



PROJEKTABSCHLUSSBERICHT

MEDIZINISCHE VERSORGUNG

DER GEFANGENEN IN HAMBURG

Hamburg

Vorbemerkung

Der Projektabschlussbericht zum Projekt

Medizinische Versorgung der Gefangenen in Hamburg

wurde der Lenkungsgruppe gemäß Nr. 3.2. der Projekteinsatzungsverfügung unter der Leitung des Projektauftraggebers vorgelegt. In ihrer Abschlusssitzung am 24. Oktober 2016 hat die Lenkungsgruppe nach abschließender Beratung der vorgelegten Arbeitsergebnisse die Projektgruppe entlastet und zugleich die weiteren Maßnahmen erörtert.

Die Lenkungsgruppe hat zunächst die Empfehlung der Projektgruppe für sachgerecht bewertet, das Zentralkrankenhaus als solches – unter Durchführung von Restrukturierungsmaßnahmen – mit dem Schwerpunkt auf die somatische Versorgung und primär mit eigenen pflegerischen und ärztlichen Kräften fortzubetreiben.

Der OP soll hingegen aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit mittelfristig aufgegeben werden, so dass die bisher im eigenen Hause erbrachten Leistungen in externen Krankenhäusern durchzuführen sind. Operationen sind bis zur endgültigen Aufgabe des OP ausschließlich durch externe routinisierte Ärztinnen und Ärzte mit der vorhandenen Ausstattung unter Orientierung an dem Katalog „Ambulantes Operieren“ zur effektiven Restwertnutzung des OP fortzusetzen und im Falle notwendiger Investitionen, die unter Zugrundelegung der von der Projektgruppe dargelegten Ermittlung den Kostenvorteil durch die Einsparung von Bewachungen aufheben, endgültig einzustellen („Break-Even-Point“). Eine Beendigung des OP-Betriebs sollte auch dann erfolgen, wenn die Fallzahlen gegenüber dem Referenzhalbjahr I/2016, ungeachtet der Nutzbarkeit des OP, weiter sinken und dadurch unter Zugrundelegung der im Bericht dargelegten Berechnung kein wirtschaftlicher Vorteil durch Bewachungsvermeidung mehr nachzuweisen ist. Die laufende medizinische Leistungserfassung zum operativen Geschehen ist vor diesem Hintergrund im Hinblick auf die fortlaufend erforderliche Wirtschaftlichkeitsbetrachtung durch das Zentralkrankenhaus unter Federführung der ärztlichen Leitung (J13/7) fortzuführen. Bei Investitionsbedarfen oder bei weiter sinkenden Fallzahlen ist eine wirtschaftliche Beurteilung des für Medizincontrolling zuständigen Fachreferates J13/4 in Zusammenarbeit mit J13/7 zu koordinieren und entscheidungsreif vorzulegen. Seitens der Justizbehörde ist beabsichtigt, den OP-Betrieb ungeachtet der erforderlichen laufenden Wirtschaftlichkeitsbetrachtung jedenfalls zum 1. Januar 2019 einzustellen.

Die Lenkungsgruppe hat weiterhin die Vorteile gesehen, die sich aus einer - von der Projektgruppe empfohlenen - kurzstationären psychiatrischen Übergangseinrichtung ergeben könnten. Diese Strukturveränderung, die medizinisch und vollzuglich eine Standardverbesserung darstellen würde, bedarf jedoch noch einer eingehenderen Wirtschaftlichkeitsüberprüfung. Vor diesem Hintergrund hat die Amtsleitung verfügt, dass nunmehr bis zum 31.03.2017 unter der Federführung des Fachreferates J13/2 in Zusammenarbeit mit J13/7 eine entscheidungsfähige Grundlage über die Einrichtung einer solchen Station (ggfs. im Rahmen eines Modellversuchs) im ZKH erstellt wird. Zu berücksichtigen sind hierbei der Abschlussbericht der *Fachkommission Resozialisierung* aus Februar 2010, das Ergebnis der *Arbeitsgruppe „Einrichtung einer Kurzstationären Behandlung von Gefangenen mit psychischen Erkrankungen innerhalb des Hamburger Strafvollzugs“* aus Septem-

ber 2011 sowie die durch die Projektgruppe erarbeiteten Modifikationen zur Nutzung des ZKH und der Qualifikationen des vorhandenen Pflegepersonals für die Einrichtung eines kurzstationären Angebotes.

Die Lenkungsgruppe hat weiterhin dem Dreistufen-Modell der Projektgruppe zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung zugestimmt: Primär ist danach anzustreben, eigene Ärztinnen und Ärzte für den Vollzug zu gewinnen, sekundär sind Kooperationslösungen mit medizinischen Einrichtungen zu suchen. Ist beides zur Deckung des Versorgungsbedarfes nicht ausreichend, sind zur Sicherstellung der Grundversorgung Honorarärzte heranzuziehen. Im Rahmen dieser Erörterung hat die Lenkungsgruppe positiv hervorgehoben, dass die von der Projektgruppe initiierten Werbemaßnahmen zu greifen scheinen. Der favorisierte Weg, die ärztliche Grundversorgung möglichst über eigenes Personal sicherzustellen, scheint damit keineswegs aussichtslos.


Der Feststellung der Projektgruppe zur Reformbedürftigkeit der vollzugsmedizinischen Organisation, des Medizincontrollings und der Verwaltung hat sich die Lenkungsgruppe ebenfalls angeschlossen.

Der Organisationsvorschlag der Projektgruppe für einen vollzugseigenen und übergreifend selbstständigen medizinischen Dienst, in dem Dienst- und Fachaufsicht zusammengeführt sind, ist eingehend und überwiegend positiv in der Lenkungsgruppe erörtert worden. Weil diese Organisationsfrage nicht unmittelbar Gegenstand des Projektauftrages war, ist eine abschließende Aufarbeitung und Abwägung der möglichen Vor- und Nachteile - auch im Vergleich zu anderen Organisationslösungen – noch nicht erfolgt. Dementsprechend hat der Unterzeichner nunmehr darum gebeten, dieses Modell soweit aufzubereiten, dass eine Entscheidung getroffen werden kann. Im Einzelnen soll unter Federführung des Fachreferates J13/4 in Zusammenarbeit mit J11 und der ärztlichen Leitung (J13/7) sowie unter Initiierung der notwendigen Beteiligungsprozesse eine detaillierte Struktur erarbeitet und vorgelegt werden, die die von der Projektgruppe vorgeschlagenen Merkmale und festgestellten Notwendigkeiten aufgreift und geeignet ist, ggfs. im Rahmen eines Modellversuchs, umgesetzt zu werden. Berücksichtigt werden soll dabei auch das vom Unterzeichner angesprochene, konträre Modell einer zwischen Vollzugs- und Aufsichtsbehörde geteilten Dienst- und Fachaufsicht.

Die Projektgruppe hat schlüssig dargelegt, dass die Einführung des Moduls „Ärztlicher Dienst“ im Verwaltungsprogramm BASIS-Web ein Konvolut an Problemstellungen in der Verwaltung im medizinischen Bereich beheben kann und das Medizincontrolling nachhaltig stärkt. Der bereits von der Lenkungsgruppe initiierte Prüfungsprozess zur Einführung des medizinischen Verwaltungsprogramms BASIS-Web/ÄD wird zum 31. Oktober 2016 abgeschlossen sein und eine wichtige Grundlage für eine medizinische Verwaltungsreform bilden. Unabhängig vom Einführungsprozess BASIS-Web sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu dem Standard ICD-10 zu schulen. Die ärztliche Leitung J13/7 koordiniert die dazu notwendigen Maßnahmen.

Bei den vorgenannten, weiterführenden Prozessen und Maßnahmen wird der Leiter der Projektgruppe auch weiterhin beratend eingebunden. Ihm gilt mein besonderer Dank für die in hohem Maße arbeits- und zeitaufwändige, dafür aber auch erfolgreiche Projektarbeit. Darüber hinaus möchte ich natürlich auch den anderen Mitgliedern der Projektgruppe, ebenso den Mitgliedern der Lenkungsgruppe und nicht zuletzt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die die Projektarbeit un-

terstützt und damit ermöglicht haben, besten Dank und Anerkennung für die umfassend geleistete Arbeit aussprechen.


Leiter des Amtes für Justizvollzug und Recht

Hamburg, im Oktober 2016

als Auftraggeber

	Ab Seite
1. Das Projekt	8
1.1. Projektauftrag	8
1.2. Projektstruktur	8
1.2.1. Lenkungsgruppe	8
1.2.2. Projektgruppe	9
1.3. Modalitäten der Projektarbeit	10
1.3.1. Arbeitsplattform	10
1.3.2. Arbeits- und Zeitplan	10
1.3.3. Projektverlängerung	12
1.3.4. Veröffentlichungen	13
2. Wesentliches Ergebnis zum Prüfungsauftrag	13
2.1. Vollständige Aufgabe des Zentralkrankenhauses (ZKH)	13
2.1.1. Eine stationäre Versorgung ist weiter erforderlich	13
2.1.2. Medizinisch ist eine Kooperation möglich	13
2.1.3. Eine Kooperation scheitert an den vollzuglichen Anforderungen	13
2.2. Unveränderter Fortbetrieb des ZKH	13
2.3. Restrukturierung des ZKH	14
2.4. Prüfung weiterer Maßnahmen	15
2.4.1. Kooperationslösung ärztliches Personal	15
2.4.2. Organisatorische Maßnahmen	15
2.4.2.1. Leitende Ärztin/ Leitender Arzt	15
2.4.2.2. Vollzugseigener medizinischer Dienstleister „Medizinischer Dienst“	16
3. Ausgangslage und Grunddatenerhebung	17
3.1. Wesentliche vollzugsrechtliche Grundlagen	17
3.1.1. Art und Umfang der medizinischen Leistungen	17
3.1.2. Ärztliche Versorgung/ Anstaltsärzte	17
3.2. Organisation der medizinischen Versorgung im Justizvollzug	18
3.2.1. Standorte	18
3.2.2. Organigramme	18
3.2.3. Referat für die JVA Glasmoor, Medizin J13/4	20

3.3.	Medizinisches Personal	21
3.3.1.	Stellenausstattung	21
3.3.2.	Entwicklung des medizinischen Personalkörpers bis 2020	22
3.3.2.1.	Ärztinnen und Ärzte	22
3.3.2.2.	Nichtärztliches medizinisches Personal	22
3.4.	Medizinische Bedarfslage	23
3.4.1.	Vorhandene Datenlage	23
3.4.1.1.	Gesundheitsakten	23
3.4.1.2.	Krankenhausakten	23
3.4.1.3.	Krankenbuch VG 67	24
3.4.1.4.	Statistiken aus dem Bereich Medizincontrolling	25
3.4.1.5.	Informationssysteme und Verfahren	25
3.4.2.	Im Rahmen der Projektarbeit erhobene Daten	25
3.4.2.1.	Erhebung des Leistungsgeschehens in den Ambulanzen und Schwerpunkte der Versorgung	25
3.4.2.2.	Zusammenfassendes Ergebnis der Erhebung des Leistungsgeschehens in den Ambulanzen	28
3.4.2.3.	Erhebung des Leistungsgeschehens 2014 im Zentralkrankenhaus	29
3.4.2.4.	Wesentliches Ergebnis aus Expertensicht zum Leistungsgeschehen 2014 im Zentralkrankenhaus	29
3.4.2.5.	Fortbetrieb und Nacherhebung OP I. Halbjahr 2016	31
3.4.2.6.	Ergebnis der Nacherhebung OP I. Halbjahr 2016 und Rückschluss auf die Wirtschaftlichkeit OP	31
3.4.2.7.	Erhebung der extern durchgeführten medizinischen Leistungen	32
3.4.2.8.	Wesentliches Ergebnis zu den extern durchgeführten medizinischen Leistungen	35
4.	Detailergebnisse der Projektarbeit	37
4.1.	Modelldiskussion	37
4.1.1.	Aufgabe des Zentralkrankenhauses (Diskussionsmodell 1)	37
4.1.1.1.	Modellspezifikation vor Prüfung	37
4.1.1.2.	Medizinische Anforderungen	37
4.1.1.3.	Vollzugliche Anforderungen	38
4.1.2.	Umwandlung in eine Bettenstation (Diskussionsmodell 2)	40
4.1.2.1.	Modellspezifikation vor Prüfung	40
4.1.2.2.	Medizinische Anforderungen	40
4.1.2.3.	Begriff „Krankenhausstatus“	40

4.1.2.4.	Absenkung von Standards	40
4.1.2.5.	Eine Umbenennung bleibt ohne inhaltliche Wirkung	42
4.1.3.	Fortbetrieb eines restrukturierten ZKH (Diskussionsmodell 3)	42
4.1.3.1.	Vorläufiger Operationsbetrieb durch Entfall von Bewachungen sinnvoll	42
4.1.3.2.	Kurzstationäre psychiatrische Station könnte zur Medizinkostensenkung beitragen	43
4.1.3.3.	Ansatz einer Alters- und Pflegestation derzeit nicht vertieft zu behandeln	45
4.1.3.4.	Auflösung der Stationen im Zentralkrankenhaus und Bildung einer Gesamtstation	46
4.1.3.5.	Geringe Auslastung Endoskopie	46
4.1.3.6.	Auswirkung auf die Stellenausstattung	47
4.2.	Weitere Varianten	48
4.2.1.	Ärztliche Leistungen	48
4.2.1.1.	Besetzung freier Stellen mit eigenen Ärztinnen und Ärzten	48
4.2.1.2.	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich ärztliche Leistungen	49
4.2.1.3.	Honorarärzte	49
4.2.2.	Organisatorische Maßnahmen	49
4.2.2.1.	Leitende Ärztin/ Leitender Arzt	50
4.2.2.2.	Vollzugseigener medizinischer Dienstleister	50
5.	Ergebnis- und Maßnahmenkatalog	53
6.	Anhang	56
6.1.	Sitzungsübersicht	56
6.1.1.	Sitzungsübersicht Lenkungsgruppe	56
6.1.2.	Sitzungsübersicht Projektgruppe	57
6.1.3.	Vorortbesichtigungen	59
6.2.	Glossar	60
6.3.	Aktensystematik zum Projekt	60

1. Das Projekt

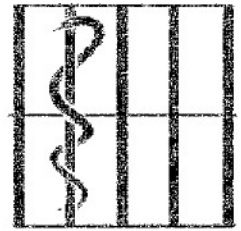
1.1. Projektauftrag

Mit Verfügung vom 27. August 2014 wurde durch den Leiter des Amtes für Justizvollzug, Recht und Gleichstellung¹ als Auftraggeber eine Projektgruppe eingesetzt und beauftragt, die ambulante und stationäre medizinische Versorgung der Gefangenen in Hamburg insgesamt und unter fachkundiger Beratung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz zu untersuchen und Optimierungsvorschläge zu erarbeiten.

Hintergründe dieses Auftrages sind u. a. steigende Gesundheitskosten, die deutlich gesunkenen Gefangenenzahlen der vergangenen Jahre sowie die weitere Sicherstellung der Versorgung trotz eines spürbaren Ärztemangels und großer Schwierigkeiten, Ärztinnen und Ärzte für den Justizvollzug zu gewinnen. Die Projektgruppe soll dabei die Umsetzbarkeit sowie die medizinischen, vollzuglichen und wirtschaftlichen Auswirkungen verschiedener Organisationsmodelle überprüfen. Die Prüfung soll dabei insbesondere auch die idealtypischen Modelle berücksichtigen, die mit der

- Aufgabe des Zentralkrankenhauses,
- der Umwandlung in eine Bettenstation oder mit der
- Beibehaltung des Zentralkrankenhauses

einhergehen. Daneben sind auch weitere modifizierende Varianten zu prüfen.



1.2. Projektstruktur

1.2.1. Lenkungsgruppe

Der Lenkungsgruppe obliegt die Beobachtung und Steuerung des Projektfortschritts. Sie trifft die wesentlichen Entscheidungen und ordnet Maßnahmen an.

Der Lenkungsgruppe gehören

- der Leiter des Amtes für Justizvollzug und Recht [REDACTED]
- der Leiter des Amtes für Gesundheit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Herr [REDACTED] (GL),
- der Leiter der Abteilung Justizvollzug [REDACTED] (J1) und
- die Anstaltsleiterin der Untersuchungshaftanstalt [REDACTED] (A)

an. Der Projektgruppenleiter [REDACTED] (J1/013, siehe Nr. 1.2.2.) ist beratendes Mitglied der Lenkungsgruppe. An den Lenkungsgruppensitzungen nimmt ferner der Vorsitzende des Personalrates für die Justizvollzugsanstalten [REDACTED] teil.

¹ Seit 2015 Amt für Justizvollzug und Recht

Die Lenkungsgruppe hat im Berichtszeitraum neun Sitzungen durchgeführt. Die Sitzungstermine sind im Berichtsanhang Nr. 6.1.1. aufgeführt.

1.2.2. Projektgruppe

Der Projektgruppe obliegt die Umsetzung der Projektaufgaben auf der Basis eines zu entwickelnden Zeit- und Arbeitsplanes. Der Projektgruppe gehören bzw. gehörten

- der Projektkoordinator im Projekt Justizvollzug Hamburg 2020 [REDACTED] (J1/013) als Projektleiter,
- die Abteilungsleiterin der Abteilung für Gesundheit (G1) der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz [REDACTED] (G10),
- die Referatsgruppenleiterin Personal und Ressourcen der Abteilung Justizvollzug [REDACTED] (J11),
- der Leiter des Referates JVA Glasmoor und Medizin [REDACTED] (J13/4),
- der Chefarzt des Zentralkrankenhauses [REDACTED] (CA) und
- die Personal- und Verwaltungsleiterin der Untersuchungshaftanstalt [REDACTED] (PVL)

an. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Projektgruppe haben zur Sicherstellung einer regelmäßig arbeitsfähigen Projektgruppe als ständige Vertretungen

- [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

bestimmt. An den Projektgruppensitzungen nimmt ferner [REDACTED] als Personalrätin für die Justizvollzugsanstalten teil.

Die Projektgruppe hat insgesamt im Berichtszeitraum 35 Sitzungen in unterschiedlicher Besetzung durchgeführt. Die Projektgruppensitzungen sind im Berichtsanhang Nr. 6.1.2. aufgeführt.

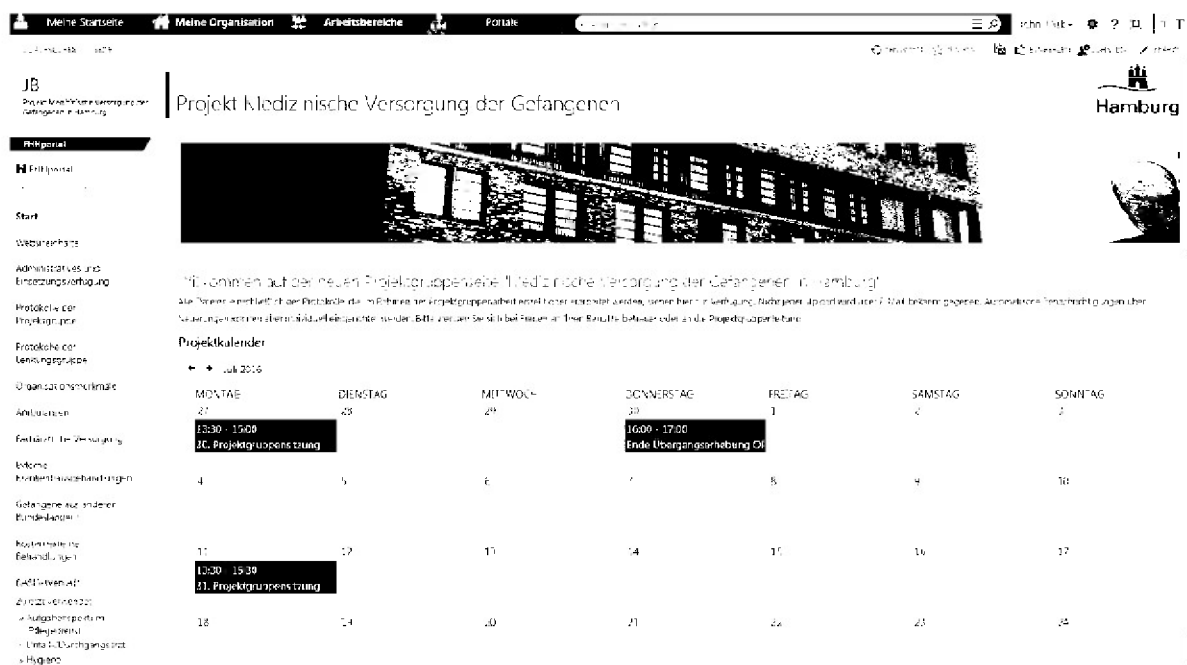
Neben den Projektgruppensitzungen haben in den Ambulanzen der Anstalten und im Zentralkrankenhaus Vorortbesichtigungen durch den Projektgruppenleiter, durch Mitglieder der Projektgruppe und Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus der BGV stattgefunden. Zwei Besichtigungstermine in den Ambulanzen der Anstalten und die Besichtigungstermine im Zentralkrankenhaus und in der Untersuchungshaftanstalt fanden unter Teilnahme CA bzw. des Ambulanzarztes der UH statt.

Die Besichtigungen sind im Berichtsanhang Nr. 6.1.3. aufgeführt.

1.3. Modalitäten der Projektarbeit

1.3.1. Arbeitsplattform

Alle Arbeitsdateien, Arbeitsergebnisse, Protokolle der Lenkungs- und Projektgruppe sowie ein Terminplan werden in einem eigenen Projektsharepoint abgebildet, der durch den Projektleiter redaktionell betreut wird. Der Sharepoint ist lediglich für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Lenkungs- und Projektgruppe freigegeben. Darüber hinaus hat J13/2 als Fachreferent für die psychiatrische Versorgung der Gefangenen Lesezugriff und wird bei der Behandlung psychiatrischer Themen vereinbarungsgemäß in die Diskussionen eingebunden. Die Liste der Leseberechtigten wurde entsprechend der aktuellen Besetzung regelmäßig angepasst.



1.3.2. Arbeits- und Zeitplan

In ihren ersten Sitzungen hat die Projektgruppe einen flexiblen Arbeitsplan erstellt. Dieser sieht mit der Grunddatenerhebung (Arbeitsschritt 1), der Modelldiskussion (Arbeitsschritt 2) und der anschließenden Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs (Arbeitsschritt 3) insgesamt drei grundsätzliche und aufeinander aufbauende Phasen vor.

Insbesondere der unverzichtbaren Grunddatenerhebung kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da komplexe und aufwändige Fragestellungen an unterschiedliche Fachbereiche erforderlich sind und Aussagen zum medizinischen Bedarf und der Wirtschaftlichkeit ohne ein differenziertes Datengerüst nicht getroffen werden können. Auch die Frage nach Kooperationslösungen kann nicht beantwortet werden, ohne die medizinische Bedarfslage zu kennen.

Die ersten Sitzungen waren somit erforderlich, um die Möglichkeiten der gegebenen Datenlage zu sondieren und eine Ambulanzerhebung für das 1. Quartal 2015 zu entwickeln, um einen quantitati-

ven und nach Fachrichtungen differenzierten Überblick über die ambulante Versorgung und medizinischen Schwerpunkte zu gewinnen. Des Weiteren wurde eine Abfrage an die kaufmännischen Abteilungen der Anstalten erarbeitet, um eine nach medizinischen Fachbereichen aufgeschlüsselte Kostenübersicht über die extern durchgeführten Behandlungen und stationären Aufenthalte zu erhalten.

Bereits aus der sich anschließenden Erhebung selbst ließen sich unmittelbare Erkenntnisse zu systemischen Defiziten ableiten. Diese fokussieren sich auf das gänzliche Fehlen eines zeitgemäßen medizinischen Verwaltungssystems und die Nichtanwendung von Diagnosestandards in der Dokumentation sowie auf ein nur mit erheblichem Aufwand herzustellenden Bezug zu anderen Datenquellen wie zu den Transportkosten mit Rettungswagen oder den Bewachungen.

Die gewonnene Datenlage wurde nach medizinischen Schwerpunkten und Auffälligkeiten statistisch ausgewertet. Auf erkannte systemische Defizite erfolgte die Verabschiedung einer Behebungsempfehlung wie die zwingend erforderliche Einführung eines medizinischen Verwaltungsprogramms.

Mit dem Beginn des zweiten Quartals 2015 erfolgte auf der Grundlage der gewonnenen Daten und Erkenntnisse der Einstieg in die Modelldiskussion. In diesem Kontext wurde deutlich, dass hierfür eine Aussage zu Wirtschaftlichkeit und Zukunftsfähigkeit des OPs im Zentralkrankenhaus erforderlich ist. Hierfür wurde die Aktenlage des Jahres 2014 ausgewählt. Da die Krankenhausaktenlage des ZKH ausschließlich auf Papierakten basiert und keine Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren erfolgt, auf deren Grundlagen eine Aussage zu den geldwerten Leistungen getroffen werden kann, war es unumgänglich, ausgebildete Erfassungskräfte mit der Nacherhebung zu beauftragen. Die erhobene Datenlage wurde anschließend einem externen Medizincontroller zur Bewertung zur Verfügung gestellt. Diese Auswertung war zeitlich und inhaltlich hochaufwändig und konnte im Januar 2016 erfolgreich abgeschlossen werden.

Arbeitsschritt 1: „Grunddatenerhebung“

Die Projektgruppe benötigt für das weitere Vorgehen eine fundierte und insbesondere abgestimmte Datenlage. Im Hinblick auf den Projektgruppenauftrag umfasst diese:

- Personalkörper des medizinischen Bereichs und personelle Ressourcen der vollzuglichen Schnittstellen
- Vollzugliche Schnittstellen
- Organisationsmerkmale und vollzugsmedizinische Abläufe
- Interne Leistungsdaten
- Kosten
- Gefangenenzahlen und -entwicklung
- Gesundheits-/Krankenzahlendaten (Gesundheitsbericht)

Im Hinblick auf die Auswertung der bisherigen Entwicklung und Prognosen sind die Daten der Jahre 2013 und 2014 heranzuziehen. 2010 dient als Referenzjahr.

Wenn möglich, sollen die Daten sekundär erhoben werden.

Ziel: Abgestimmte, überprüfbare und aussagekräftige Datenlage

Arbeitsschritt 2: „Modelldiskussion“

Modellvorgaben (insbesondere zu prüfen):

- Erhalt des Zentralkrankenhauses
- Aufgabe ZKH und Umwandlung in eine Bettenstation
- Vollständige Aufgabe
- Alternative- bzw. Schnittmengenlösungen

Liegen alle relevanten Informationen vor?

Ziel: Bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Modell

Arbeitsschritt 3: „Maßnahmenkatalog“

Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs zur Umsetzung des Lösungsmodells. Liegen alle relevanten Informationen vor?

Roadmap

① Grunddatenerhebung

- Aktuelle Situation, u.a.:
- Personal
 - Organisation
 - Leistungsdaten
 - Kosten
 - Gesundheitsdaten
 - Vollzugliche Schnittstellen
 - Bedarf

↓ Ziel: Fundierte und abgestimmte Datenlage

② Modellentwicklung

- Vorgegebene Modelle:
- Erhalt ZKH
 - Aufgabe ZKH ⇒ Umwandlung in Bettenstation
 - Vollständige Aufgabe
 - Liegen alle Informationen vor?
 - Sind die vorgegebenen Modelle umsetzbar & sinnvoll?

Weitere Lösungen:

1.3.3. Projektverlängerung

Vor dem Hintergrund der äußerst aufwändigen Aktenauswertung und der Komplexität der vollzugsmedizinischen Versorgung wurde das Projekt durch den Auftraggeber auf Antrag des Projektgruppenleiters vom ursprünglichen Ende des vierten Quartals 2015 bis zum Ende des dritten Quartals 2016 verlängert.

1.3.4. Veröffentlichungen

Die Projektgruppe hat sich bereits in der ersten Sitzung darauf verständigt, Informationen über die aktuelle Projektgruppenarbeit und über Zwischenergebnisse nicht über einen freien Zugang zu den Arbeitsunterlagen oder über Protokolle zu erteilen, sondern über Informationsschriften. Dieses Vorgehen bedient das berechnete Informationsinteresse der von Veränderungsprozessen betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ohne durch offene Diskussion in der Projektgruppe möglicherweise unbegründete Verunsicherungen zu schüren.

Die Projektgruppe hat neben dem Zwischenbericht im Projektzeitraum insgesamt zwei Newsletter – I/2015 und I/2016 – zum Projekt veröffentlicht und jeweils über den Fortgang der Projektarbeit berichtet.



2. Wesentliches Ergebnis zum Prüfungsauftrag

2.1. Vollständige Aufgabe des Zentralkrankenhauses (ZKH)

2.1.1. Eine stationäre Versorgung ist weiter erforderlich

Die Projektarbeit hat ergeben, dass die Bereithaltung einer stationären Versorgung der Gefangenen für den hamburgischen Justizvollzug unverzichtbar ist. Die Schließung des ZKH wäre daher an die Notwendigkeit gebunden, dafür eine alternative und zentral gelegene medizinische Einrichtung – ein Krankenhaus oder eine Krankenhausabteilung – außerhalb des Justizvollzuges im Rahmen einer Kooperation für Gefangene dauerhaft bereitzuhalten und die Bewachung der Gefangenen entsprechend der jeweiligen Anordnungslage bis zur Rückverlegung in die Stammanstalt sicherzustellen.

2.1.2. Medizinisch ist eine Kooperation möglich

Die derzeitige medizinische Bedarfslage im hamburgischen Justizvollzug ohne eine psychiatrische Versorgung kann nach Auswertung der Krankenhausakten grundsätzlich durch ein größeres externes Krankenhaus mit uneingeschränkter Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung und einem stationären Angebot, das die Versorgung in den maßgeblichen Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Urologie und HNO ermöglicht, ohne weiteres abgedeckt werden.

2.1.3. Eine Kooperation scheitert an den vollzuglichen Anforderungen

Nach Prüfung der vollzuglichen Anforderungen an eine Einrichtung außerhalb des Vollzuges ist festzustellen, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt – unabhängig von der Bereitschaft der in Frage kommenden Häuser – keine Einrichtung mit einem verhältnismäßigen Aufwand in die Lage versetzt und betrieben werden kann, um sämtlichen zwingend voraussetzenden vollzuglichen Anforderungen an eine somatische Station baulich und organisatorisch zu entsprechen. Die Prüfung hat aus tatsächlichen vollzuglichen Gründen keine Alternativlösung für das ZKH ergeben.

2.2. Unveränderter Fortbetrieb des ZKH

Ein unveränderter Fortbetrieb des ZKH wird ebenso nicht empfohlen. Vor allem der Operationsbetrieb ist nach eingehender Auswertung der Fallaktenlage 2014 medizinisch-wirtschaftlich nicht sinnvoll. Nur unter Ausblendung zukünftiger Investitionskosten im OP und in der OP-bezogenen Peripherie ergibt sich im derzeitigen Fall- und Fachaufkommen lediglich ein Vorteil durch Einsparungen von Bewachungspersonal bei externen Operationen.

Ferner ist nach der Auswertung der extern angefallenen Medizinkosten und einer Beurteilung der eigenen Ressourcen mit Unterstützung der BGV festzustellen, dass im Hinblick auf die hohen externen Kosten in der psychiatrischen Versorgung Optimierungsbedarf besteht. Durch Ausweitung des fachlichen Spektrums des ZKH auf eine psychiatrische Übergangsunterbringung und die

Übernahme des Controllings des Behandlungsverlaufes von Patienten können nach Auffassung der Projektgruppe positive medizinische und wirtschaftliche Effekte erzielt werden.

2.3. Restrukturierung des ZKH

Das Projekt „Medizinische Versorgung der Gefangenen in Hamburg“ ist nach Prüfung der vollzuglichen und medizinischen Rahmenbedingungen zu dem wesentlichen Ergebnis gekommen, dass das Zentralkrankenhaus des hamburgischen Justizvollzugs neben den Ambulanzen der Vollzugsanstalten ein wichtiges Segment in der medizinischen Versorgung der Gefangenen darstellt. Es gewährleistet die stationäre Versorgung der Gefangenen unter den Sicherheitsanforderungen des geschlossenen Vollzuges, profitiert von der vollzuglichen Infrastruktur, den vollzuglichen Leistungen, der Verwaltung und der Versorgung durch die Untersuchungshaftanstalt sowie von dem unmittelbar angeschlossenen Gefangenentransportwesen. Darüber hinaus sichert es eine schnellstmögliche, kostenminimierende Übernahme von extern stationär behandelten Patientinnen und Patienten, einen schnellen und ständigen Zugriff auf das stationäre Leistungsangebot seitens der Untersuchungshaftanstalt, die auch als Polizeigefängnis fungiert und die fachärztliche ambulante Versorgung im Justizvollzug.

In Anknüpfung an die bereits in Nr. 2.1. festgestellte Unverzichtbarkeit einer stationären Versorgung sind weiterhin Leistungen zu erbringen, die gemäß § 107 SGB V vollumfänglich einem Krankenhaus zuzuordnen sind. So müssen auch die hygienischen Anforderungen erfüllt werden, die die Hamburgische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention (HmbMedHygVO) fordert. Es besteht für das ZKH als „Sonderkrankenhaus²“ keine Ausnahmeregelung.

Eine Umbenennung der Einrichtung in „Bettenstation“ bliebe daher inhaltlich wirkungslos. Das ZKH nähme auch weiterhin des Status eines Krankenhauses ein.

Die Projektgruppe empfiehlt nach den vorgenannten Ausführungen, dass sich das ZKH unter Aufgabe des OP-Betriebes³ auf die somatische Versorgung konzentriert und – soweit eine Prüfung unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten positiv abgeschlossen ist – eine psychiatrisch-stationäre Übergangsstation zwischen dem AK-Nord und dem Justizvollzug als auch umgekehrt eingerichtet wird. Ferner sollte das Zentralkrankenhaus wie bisher auch zukünftig die Rolle eines Facharztzentrums wahrnehmen.

Die Projektgruppe verabschiedet zum Zweiten die Empfehlung einer mittelfristigen organisatorischen Flexibilisierung und einer Modernisierung der Verwaltung und des Controllings. Diese Empfehlung gilt für die gesamte medizinische Versorgung im Hamburger Justizvollzug.

² Definition GBO – Gesundheitsberichterstattung des Bundes – für Gefängniskrankenhäuser

³ Zur Vermeidung von Bewachungen Restnutzung der funktionsfähigen Ausstattung b.a.w., Betrieb dabei unter Orientierung an dem Katalog der ambulanten Operationen, konkrete Ausführungen siehe Nr. 3.4.2.6.

2.4. Prüfung weiterer Maßnahmen

2.4.1. Kooperationslösung ärztliches Personal

Vor dem Hintergrund der besonderen Rolle der Anstaltsärztinnen und Anstaltsärzte muss es trotz der schwierigen Marktlage und einem großen Arbeitgeberkonkurrenzdruck weiterhin Ziel bleiben, freiwerdende Arztstellen mit eigenem Personal zu besetzen. Dabei sind alle Merkmale der Stellenattraktivität und insbesondere der Stellenmarkt sorgfältig zu beobachten und stets neu zu hinterfragen.

Es ist zu akzeptieren, dass für die Gewinnung von ärztlichem Personal im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im Justizvollzug ein äußerst hoher (Kosten-)Aufwand beim Marketing und eine intensive Bewerberbetreuung einzugehen ist. Der zu betreibende Aufwand muss sich auf dem hohen Niveau der Arbeitgeberkonkurrenz behaupten können. Dabei muss vor allem auf Alleinstellungsmerkmale des öffentlichen Dienstes eingegangen werden.

Bleibt die Gewinnung eigener Ärztinnen und Ärzte trotz aller Bemühungen erfolglos oder lassen sich nur unzureichende Teilergebnisse erzielen, sollte eine Ausschreibung der zu erbringenden Leistungen und eine vertragliche Bindung an einen medizinischen Dienstleister erfolgen (Kooperationslösung). Ein durch die Projektgruppe initiiertes Markterkundungsverfahren über ein Leistungsäquivalent von fünf Ärzten (Vollzeit, Jahresvolumen 10.400 h) hat bereits einen potenziellen Kooperationspartner identifiziert. Dieses Modell sichert die Kontinuität in der medizinischen Versorgung bei einer zu geringen Anzahl eigener Ärztinnen und Ärzte. Allerdings ist dabei auch zu akzeptieren, dass sich die zu erbringenden Leistungen ausschließlich auf die medizinische Versorgung beschränken. Die deutlich darüber hinaus gehenden Leistungen der „klassischen“ Anstaltsärztinnen und Anstaltsärzte kann dieses Modell nicht erbringen.

2.4.2. Organisatorische Maßnahmen

Die Projektgruppe wurde im Rahmen der Grunddatenerhebung, der Vorortbesichtigungen in den Ambulanzen und im Zentralkrankenhaus sowie in der Diskussion um die Ausgestaltung des Zielmodells mit Problemstellungen konfrontiert, die die Hinterfragung der derzeitigen Organisationsstruktur notwendig werden ließen.

2.4.2.1. Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Die Funktion einer ärztlichen Leitung erscheint unabhängig von einem Kooperationsmodell Ärzte für die Koordinierung sowie die Dienst- und Fachaufsicht über die vollzugsweite medizinische Versorgung unverzichtbar und bedarf einer Besetzung mit einer eigenen Kraft. Die Projektgruppe kommt zu dem Ergebnis, dass die Leitende Ärztin oder der Leitende Arzt im gegenwärtigen Organisationsmodell zur Unterstreichung der Gesamtverantwortung für die medizinische Versorgung mit dem Schwerpunkt der Grundversorgung durch die Ambulanzen auch direkt der Abteilungsleitung Justizvollzug unterstellt wird.

2.4.2.2. Vollzugseigener medizinischer Dienstleister „Medizinischer Dienst“

Die Projektgruppe hat im Rahmen der Ermittlung des Ist-Standes neben den medizinischen Daten auch die derzeitigen Organisationsmerkmale beleuchtet, bewertet und in einer Zielmodelldiskussion abwägend zugrunde gelegt. Mit dem Besuch des Berliner Justizvollzugs zu einem anderen Themenkreis hat die Projektgruppe Gelegenheit erhalten, Einblicke in die Organisation der Vollzugsmedizin eines anderen Stadtstaates zu nehmen und in die Lösungsfindung einzubeziehen.

Die Projektgruppe verabschiedet die Empfehlung, zukünftig das derzeitige dezentrale Organisationsmodell und die enge personelle Einbindung des medizinischen Personals in die Organisation der Anstalten aufzugeben und unter Initiierung der erforderlichen Beteiligungsprozesse mittelfristig einen eigenständigen Medizinischen Dienst im Hamburger Justizvollzug zu bilden, der als Äquivalenzlösung für einen externen Leistungsträger die erforderlichen medizinischen Dienstleistungen für die Anstalten erbringt und sich primär auf medizinische Aufgaben und die weitere Professionalisierung konzentriert.

3. Ausgangslage und Grunddatenerhebung⁴

3.1. Wesentliche vollzugsrechtliche Grundlagen

3.1.1. Art und Umfang der medizinischen Leistungen

Die Gesundheitsfürsorge für Gefangene und Untergebrachte ist in den einzelnen Vollzugsgesetzen der Freien und Hansestadt Hamburg geregelt. Für

- den Vollzug der Freiheitsstrafe und der Jugendstrafe gelten §§ 57 ff. HmbStVollzG bzw. §§ 57 ff. HmbJStVollzG,
- für den Vollzug der Untersuchungshaft und der Untersuchungshaft gegen junge Untersuchungshaft gelten §§ 42 ff. i.V.m. § 80 HmbUVollzG und für
- den Vollzug der Sicherungsverwahrung gelten §§ 53 ff. HmbSVVollzG.

Art und Umfang der medizinischen Leistungen haben nach diesen Vorgaben den Vorschriften des SGB V zu entsprechen, wobei § 42 HmbUVollzG im Hinblick auf die Besonderheiten der Untersuchungshaft hier abweichend die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Krankenkassenstandards anführt.

Für die medizinische Versorgung der Gefangenen und Verwahrten gilt somit das Äquivalenzprinzip^{5 6}. Demnach hat sich die Anstaltsmedizin grundsätzlich an den Vorgaben zu orientieren, die für Patientinnen und Patienten in Freiheit gelten – weitestgehend jedoch unter Ausnahme der freien Arztwahl.

3.1.2. Ärztliche Versorgung/ Anstaltsärzte



Die Regelung des § 158 StVollzG, wonach die ärztliche Versorgung durch hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen ist und aus besonderen Gründen nebenamtlichen oder vertraglich verpflichteten Ärztinnen und Ärzten übertragen werden kann, wurde nicht in die hamburgischen Vollzugsgesetze übernommen.

Eine entsprechende Hinterlegung des unter anderem in §§ 76 Abs. 2, 123 IV HmbStVollzG genannten *Anstaltsarztes* findet sich daher nicht länger. Selbst im Geltungsbereich des § 158 StVollzG wird die Gesundheitsfürsorge zunehmend durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gewährleistet.⁷ Dieses ist ins-

⁴ Soweit für den Projektauftrag von Bedeutung

⁵ Feest, Lesting, Heymann-Verlag, AK-StVollzG, 6. Auflage 2012, Vor § 56 StVollzG Rn 3

⁶ Keppler, Stöver, Gefängnismedizin, Georg Thieme Verlag 2009, S. 30

⁷ Feest, Lesting, Heymann-Verlag, AK-StVollzG, 6. Auflage 2012, § 158 StVollzG Rn 3

besondere auf eine zunehmende Differenzierung und Spezialisierung ärztlicher Tätigkeiten sowie auf Probleme bei der Rekrutierung hauptamtlichen Personals zurückzuführen. Anstaltsärztinnen und Anstaltsärzten obliegen neben der reinen ärztlichen Versorgung (Primat der Medizin) zahlreiche vollzugliche Aufgaben und Verpflichtungen, die teilweise mit erheblichen rechtlichen Eingriffen verbunden sind. Unabhängig von der Frage, ob sie hauptamtliche Kräfte sind oder nicht, stellen die von ihnen getroffenen Maßnahmen juristisch allein durch die Anstaltsleitung zu vertretende Akte hoheitlichen Handelns der Anstalt dar. Daher birgt die besondere Rolle von Anstaltsärztinnen und -ärzten in sich großes Konfliktpotential.

Zu dieser „Bifunktionalität“ gesellt sich noch die Sachverwaltung der öffentlichen Gesundheit und Hygiene in der Anstalt mit dem einhergehenden Berichtswesen.⁸

3.2. Organisation der medizinischen Versorgung im Justizvollzug

3.2.1. Standorte

Der hamburgische Justizvollzug verfügt insgesamt über 9 medizinische Einrichtungen an 5 Standorten:

- Zentralkrankenhaus und Ambulanz der UH
- Ambulanz 1 und Ambulanz 2 der JVA BW
- Ambulanz der JVA HS
- Ambulanzen der JVA FB und der SH
- Ambulanz der JVA GM

Die Ambulanzen der Anstalten und auch das Zentralkrankenhaus sind räumlich und organisatorisch in die jeweilige Anstalt ein- bzw. angebunden und werden von dieser versorgt und verwaltet. Sie stellen jeweils eine Kostenstelle in den Anstalten dar.

3.2.2. Organigramme⁹

Die organisatorische Einbindung der medizinischen Leistungsbereiche in die Anstalten ist unterschiedlich geregelt. Die verfügbaren Organigramme basieren hauptsächlich auf der Frage nach der Dienstaufsicht (Erstbeurteiler). Die Regelung der medizinischen Fachaufsicht ist aus den verfügbaren Organisationsdiagrammen der Anstalten indes nicht herzuleiten und an der vollzugsmedizinischen Basis nicht immer bekannt.¹⁰ Vom Grundsatz und allgemeinen Verständnis her obliegt

⁸ Keppler, Stöver, Gefängnismedizin, Georg Thieme Verlag 2009, S. 31

⁹ Quellen: Organigramme der Anstalten, Stand 2012

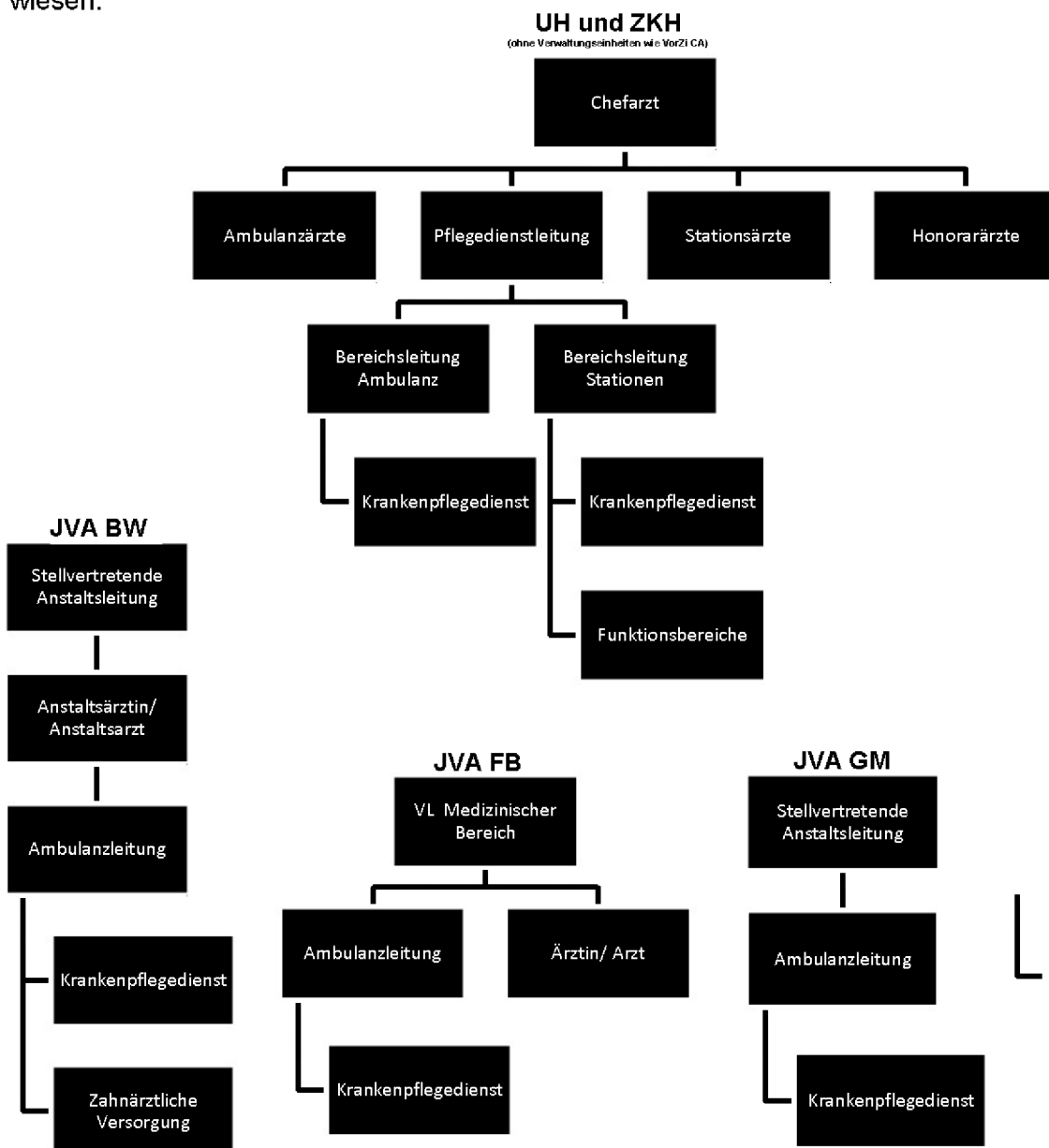
¹⁰ Gespräche im Rahmen der Ambulanzbesuche

sie dem bisherigen Chefarzt¹¹, wobei teilweise auch das Medizinreferat J13/4 Aufgaben der medizinischen Fachaufsicht wahrnimmt.¹²

Disziplinarvorgesetzte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im medizinischen Bereich sind die Anstaltsleitungen der jeweiligen Anstalten.

Die Personalverwaltung obliegt den Personal- und Verwaltungsleitungen. Sie sind auch die jeweilige Fortbildungsbeauftragten der Anstalt und unterstützen die jeweiligen Vorgesetzten in der Personalfürsorge bzw. führen diese selbst durch.

Die medizinische Fachaufsicht ist in den zur Verfügung stehenden Organigrammen nicht ausgewiesen.



¹¹ Seit 01.09.2016 Leitende Ärztin/ Leitender Arzt (LA), um die vollzugsweite Verantwortung zu unterstreichen. Die Bezeichnung Chefarzt ist grundsätzlich nicht falsch, wird jedoch im allgemeinen Verständnis eher dem Krankenhaus zugeordnet.

¹² Z.B. als Beschwerdeinstanz, siehe aber auch Nr. 3.2.3.

3.2.3. Referat für die JVA Glasmoor, Medizin J13/4¹³

Das Referat J13/4 ist für die Grundsatzangelegenheiten der medizinischen Versorgung der Gefangenen zuständig. Darunter fallen

- die Steuerung der Gewinnung externer Dienstleister und Lieferanten (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, medizinische Labore),
- die Eigenschaft als zentraler Ansprechpartner für Externe (Ärzttekammer Hamburg, BGV, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Krankenhäuser),
- die Steuerung der Ausstattung mit medizinischen Geräten, das Controlling der Kosten im medizinischen Bereich und die Entwicklung von Zielvorgaben sowie
- die Aufgaben als fachliche Leitstelle BASIS-Web/ ÄD.

¹³ Organigramm des Amtes für Justizvollzug und Recht vom 21.04.2015

3.3. Medizinisches Personal

3.3.1. Stellenausstattung

Die medizinische Versorgung im Hamburger Justizvollzug verfügt über folgende nach Anstalten aufgeführte Stellenausstattung (30.09.2016):

JVA BW	Anzahl Stellen
Anstaltsärzte	2

BW Ambulanz	Anzahl Stellen
Leitung	1
Vertretung	2
Krankenpfleger/innen	8
Med. Fachangestellte (Arzthelferin)	1
insgesamt	12

JVA FB (und SH)	Anzahl Stellen
Anstaltsärzte	1

FB Ambulanz	Anzahl Stellen
Leitung	1
Vertretung	1
Krankenpfleger/innen	7
Med. Fachangestellte (Arzthelferin)	1
insgesamt	10

JVA GM	Anzahl Stellen
Anstaltsärzte	keine

GM Ambulanz	Anzahl Stellen
Leitung	1
Vertretung	1
Krankenpfleger/innen	1
insgesamt	3

JVA HS	Anzahl Stellen
Anstaltsärzte	keine

HS Ambulanz	Anzahl Stellen
Leitung	1
Vertretung	1
Krankenpfleger/innen	3
insgesamt	5

UH Ambulanz	Anzahl Stellen
Anstaltsärzte	3

UH Ambulanz	Anzahl Stellen
Bereichsleitung	1
Vertretung	1
Krankenpfleger/innen m. Wundqualifikation	1
Krankenpfleger/innen	10
Med. Fachangestellte (Arzthelferinnen)	2,5
insgesamt	15,5

UH ZKH	Ärzte
Chefarzt	1
stellv. Chefarzt/Facharzt	1
Fach- bzw. Stationsärzte	3

ZKH Pflegebereiche	Anzahl Stellen
Bereichsleitung	1
Vertretung	2
Lehrpflegefachkraft	1
Krankenpfleger/innen Endoskopie	1
Krankenpfleger/innen EEG	1
Krankenpfleger/innen OP	1
Krankenpfleger/innen Zentralsterilisation	1
Krankenpfleger/innen mit Qualifikation für Diabetes und diätische Beratung im ZKH	1
Krankenpfleger/innen mit Wundqualifikation	2
Krankenpfleger/innen und Hygienebeauftragte	1
Krankenpfleger/innen und medizinisch technische Geräteverwaltung	1
Krankenpfleger/innen	29
insgesamt	42

ZKH - Fachabteilungen	Anzahl Stellen
Physikalische Therapie (Massagen)	2
Röntgenabteilung	1,75
Medizinische Fachangestellte (Arzthelferin)	1
insgesamt	4,75

3.3.2. Entwicklung des medizinischen Personalkörpers bis 2020

3.3.2.1. Ärztinnen und Ärzte

Die Berufsgruppe der hauptamtlichen Ärztinnen und Ärzte im Justizvollzug weist ein im Vergleich zum übrigen Personalkörper deutlich höheres Durchschnittsalter auf. Dieses hat unmittelbare Auswirkung auf die Personalfuktuation. Die Mehrheit der derzeit im Justizvollzug tätigen Ärztinnen und Ärzte wird bis 2020 altersbedingt in den Ruhestand eingetreten sein¹⁴. Gleichzeitig wächst der Konkurrenzdruck unter den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern.¹⁵ Die Bewerbungsdichte ist – auch mit Inseraten in der auflagenstarken Fachzeitschrift „Deutsches Ärzteblatt“ – äußerst gering.

3.3.2.2. Nichtärztliches medizinisches Personal

Die Betrachtung der Altersabgangszahlen bis 2020 erschließt bei den nichtärztlichen medizinischen Kräften nur eine moderate Entwicklung und kein den Ärztinnen und Ärzten entsprechendes Problemfeld. Bis 2020 werden 7 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Ruhestand eintreten. Der größte Anteil im Personalkörper der Ambulanzen und des ZKH wird erst ab der dritten Dekade und jenseits des Jahres 2026 in den Ruhestand eintreten. Von einer Problematik bei der Personalgewinnung (Tarifbeschäftigte) ist ebenfalls nicht auszugehen. Die Bewerbungsanzahl übersteigt deutlich die Anzahl der ausgeschriebenen Stellen.

¹⁴ Auswertung über die Personalstatistikfunktion SAP-BusinessObjects Infoview

¹⁵ „Die Zahl der Ärzte steigt, aber der Bedarf steigt schneller.“ Zitat von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery zur Bundesärztestatistik 2015

3.4. Medizinische Bedarfslage

Bereits in der ersten Sitzung hat die Projektgruppe die Notwendigkeit festgestellt, Gesundheitsdaten des aktuellen Gefangenenbestandes zur Bedarfsermittlung und Leistungsdaten der medizinischen Versorgung als Grundlage der Projektarbeit zu erheben. Soweit möglich, sollte im Hinblick auf die zusätzlichen Belastungen der vollzuglichen Praxis auf eine Sekundärerhebung, also auf eine Auswertung einer bereits vorhandenen Datenlage, zurückgegriffen werden. Die fortschreitende Projektarbeit hat aber gezeigt, dass auch Sekundärerhebungen kaum einen geringeren Aufwand verursachen. Die verschiedenen Datenlagen zur medizinischen Versorgung spiegeln ein hohes Maß an einem zu vereinheitlichenden Regelungsbedarf wider. Mitunter erweckten die Datenquellen sogar den Anschein von Provisorien.

3.4.1. Vorhandene Datenlage

3.4.1.1. Gesundheitsakten

Die personenbezogene medizinische Dokumentation erfolgt handschriftlich und über Vor- und Ausdrücke in der personenbezogenen Gesundheitsakte nach Nr. 60 VGO (alt). Diese Akte gilt als medizinischer Bestandteil der Gefangenenpersonalakte und begleitet die oder den Gefangenen auch bei Verlegungen.

Eine Regelung über den konkreten Aufbau und die Führung der Akte findet sich in der seit dem 15.08.2008 geltenden Fassung der VGO nicht.

Da die Patientenakten nicht digital geführt werden und es kein datenbankgestütztes Abbild entsprechend des vollzuglichen Teils der Gefangenenpersonalakte über BASIS-Web gibt, sind retrospektive statistische Erhebungen aus den Gesundheitsakten auch bei eng umrissenen Fragestellungen nur begrenzt möglich. Es muss daher unter einem erheblichen personellen Aufwand und unter der Beachtung der Schutzbedürftigkeit medizinischer Daten eine Vielzahl von Akten auch bei Teilerhebungen vollzugsweit aus dem laufenden Betrieb und den Archiven abgezogen werden. In die Erhebung müssen je nach Fragestellung auch Ärzte eingebunden und damit die begrenzten ärztlichen Leistungen von den Patientinnen und Patienten abgezogen werden.

Ferner erfolgt im hamburgischen Justizvollzug keine systematische Dokumentation der medizinischen Leistungen nach ICD-10¹⁶ und OPS¹⁷.

Die gegebene Aktenlage eignet sich somit nicht für die Erstellung einer Momentaufnahme der medizinischen Bedarfslage im Sinne eines Gesundheitsberichtes im Justizvollzug.

3.4.1.2. Krankenhausakten

Neben der Gesundheitsakte werden für stationär aufgenommene Gefangene im ZKH personenbezogene Krankenhausakten ebenfalls in Papierform geführt. Zusammenfassungen über stationäre Aufenthalte finden nach dem Abschluss der Behandlung Eingang in die Gesundheitsakte (Entlassungsbericht).

¹⁶ Siehe Glossar, 6.2.

¹⁷ Siehe Glossar, 6.2.

Retrospektive Erhebungen aus den Krankenhausakten sind bei eng umrissenen Fragestellungen und unter entsprechendem Personaleinsatz umsetzbar, da die Aktenlage zentral im ZKH verfügbar ist.

Insbesondere eine professionelle medizinwirtschaftliche Auswertung bedarf aber ebenfalls eines erheblichen Aufwands. Die Daten liegen nicht als kodierte Diagnosen und Prozeduren vor und müssen bei entsprechenden Fragestellungen unter Vorlage der betreffenden Akten durch geschultes Personal nachkodiert werden. Erst dann kann eine Fachkraft wie ein Medizincontroller ein Abbild der geldwerten Leistung generieren. Kurzfristige und regelmäßige Aussagen zur Wirtschaftlichkeit sind somit derzeit ausgeschlossen.

3.4.1.3. Krankenbuch VG 67

Das Krankenbuch VG 67 nach Nr. 70 VGO (alt) wird in den Ambulanzen mit Ausnahme der JVA Glasmoor in unterschiedlicher Auslegung und damit uneinheitlich geführt. Die derzeitige Fassung der VGO sieht dieses Buchwerk nicht länger vor, ohne jedoch Alternativlösungen vorzugeben.

Der ca. 40 Jahre alte Vordruck ist aufgrund einer wenig differenzierten Aufschlüsselung und wegen der uneinheitlichen Führung für eine fundierte vollzugsweite statistische Auswertung völlig ungeeignet und dient allenfalls lokal als Einzelnachweis für Patientenvorstellungen. Moderne Standards werden nicht bedient.

Behelfslösungen (JVA GM) eignen sich ebenfalls nicht als Grundlage für eine Gesundheitserhebung im Justizvollzug. Eine klare Abbildung des Leistungsgeschehens in den Ambulanzen ist mit den vorhandenen Daten nicht möglich.

VG 67

Behelfslösung

3.4.1.4. Statistiken aus dem Bereich Medizincontrolling

Im vollzugsmedizinischen Bereich werden fachspezifische Statistiken erhoben zu

- HIV
- Substitution
- Anzahl externer Krankenhauseinweisungen
- Röntgen
- EEG, EKG
- Belegungsstatistiken ZKH
- Belegungsstatistiken externe Gefangene
- Anzahl der Operationen
- Gastroskopien und Coloskopien
- Facharztvorstellungen unterschiedlicher Fachrichtungen (insgesamt 14)
- TBC-Erkrankungen

Diese Datenlage stand für die Projektgruppenarbeit über J13/4 bedarfsweise zur Verfügung. Grundsätzlich bildet sie aber nur die reinen Fallzahlen ab. Erst durch die Leistungsnachweise der einzelnen Fachärzte können mit einem gewissen Aufwand Kontaktzeiten abgebildet werden. Wie auch in allen weiteren Datengrundlagen im Justizvollzug spielt eine Kodierung nach ICD-10 und OPS hier keine Rolle.

3.4.1.5. Informationssysteme und Verfahren

Für grundlegende nichtmedizinische Vollzugsdaten wie Gefangenenbestand, Geschlechter- und Altersverteilung steht BASIS-Web mit dem vollzuglichen Modul, den Suchfunktionen und dem Statistikpaket zur Verfügung.

Es erfolgt keine medizinfachliche Nutzung des Verfahrens BASIS-Web (ÄD)¹⁸. Die Registerkarte „Arzt“ unter „Texte zum Gefangenen“ im vollzuglichen Teil von BASIS-Web wird ebenfalls nicht systematisch genutzt.

Sachkosten können weitestgehend aus SAP ermittelt werden. Allerdings ist es nicht in allen Bereichen möglich, die medizinischen Kosten von den vollzuglichen zu trennen, da keine gesonderte Erfassung erfolgt (z.B. bei Stromkosten). Behelfsmäßig können die Sachkosten auf die Raumfläche umgelegt werden.

¹⁸ Siehe Glossar, 6.2.

3.4.2. Im Rahmen der Projektarbeit erhobene Daten

3.4.2.1. Erhebung des Leistungsgeschehens in den Ambulanzen und Schwerpunkte der Versorgung

Die Projektgruppe hat sich in den ersten Sitzungen zur Gewinnung eines Überblicks auf eine Erhebung in den Ambulanzen im ersten Quartal 2015 verständigt, die zwar ähnlich wie VG 67 aufgebaut ist, jedoch die medizinischen Fachbereiche differenzierter voneinander erfasst, digital ausgewertet werden kann und die weitere Behandlungsfolge dokumentiert. Wie das Buchwerk VG 67 sollte die Tabelle unmittelbar bei Vorstellung der Patientin oder des Patienten ausgefüllt und auch die weitere Behandlungsfolge dokumentiert werden.

Patientenerhebung Ambulanzen I. Quartal 2015

Nr	Datum der Vorstellung	Name, Vorname	m/w	Alter	akut (a), chron. (c), Wiedervorst. (w), Zugewandten (z) Allg. Versorg. ohne Fachbereichsbezeichnung	Internist.	Chirurg.-Orthop.	Urolog.	Infektiolog. (Int)	Psychiat.	Zahnmed.	Augen	HNO	Gynäkolog.	Suchtprobl.	Vollständig (z.B. Disziplinarmäßig.)	Facharztvorstellung ZKH		Externe Behandlung (nicht ZKH)		
																	ambulant	stationär	ambulant	stationär	
																	organisator. Gründe	fachliche Gründe	organisator. Gründe	fachliche Gründe	
1	01.01.2015	Mustermann, Axel	m	17	a		x												x		
2	01.01.2015	Vorlage, Eva	w	29	w									x						x	
3																					

Die erhobenen Daten lagen mit Ablauf des 31.03.2015 vor. Sie lassen Rückschlüsse auf das quantitative und grob fachlich unterschiedliche ambulante Geschehen zu, die unmittelbar in der Projektgruppenarbeit als Grundlage dienen. Aus der Praxis wurde mitgeteilt, dass diese Abfrage im Hinblick auf zahlreiche weitere Erhebungen (Nr. 3.4.1.4.) eine zusätzliche Belastung darstellt und nicht dauerhaft leistbar ist. Pro Patient sind derzeit bereits mehrere Dokumentationen zu pflegen, die in der Tat grundsätzlich durch ein Verfahren abgedeckt werden könnten. Diese Erhebung war daher bei unveränderter Dokumentationsdichte nur temporär leistbar.

Nicht nur anlassbezogen, sondern generell erscheint es aber sinnvoll, mittelfristig auf einen regelmäßig aktualisierten Gesundheitsbericht für den hamburgischen Justizvollzug hinzuwirken.¹⁹ Dazu ist eine stete statistische Auswertung des Ambulanzgeschehens notwendig.

Ein digitales und zugelassenes Verfahren wie BASIS-Web ÄD mit einem Statistikpaket steht hierzu derzeit in Hamburg nicht zur Verfügung. Die dauerhafte Implementierung einer in Eigenleistung erstellten Exceltabelle als Verwaltungsverfahren scheidet im Hinblick auf die Schutzbedürftigkeit medizinischer Daten aus. Die Erfahrungen in der Projektarbeit haben ferner ergeben, dass es trotz sorgfältiger Erstellung von Erfassungstabellen nicht gelingt, eine einheitliche Datenpflege in der Praxis zu erzielen. Hier bedarf es eines professionellen Verfahrens und einheitlicher Regelungen zugunsten der Handlungssicherheit an der medizinischen Basis. Dazu zählt auch die Diagnostik nach ICD 10.

Die Lenkungsgruppe hat in ihrer 2. Sitzung festgestellt, dass für die Prüfung von Outsourcinglösungen das Aufgreifen einer Dokumentation nach EBM²⁰ sinnvoll erscheint, mindestens jedoch

¹⁹ Feest, Lesting, Heymann-Verlag, AK-StVollzG, 6. Auflage 2012, § 56 StVollzG Rn 13

eine Modifikation der Ambulanzabfrage nach pflegerischen und ärztlichen Kontaktzeiten, um auf diesem Weg eine deutlichere Aussage zu den Kosten zu erreichen. Im Gegenzug kann eine Entlastung der Praxis durch Aufgabe des VG 67 erreicht werden.

Die Projektgruppe hat diesen Ansatz bislang nicht weiter verfolgt, da die für den Projektfortgang wesentlichen fallzahlenbezogenen Aussagen mit der Erhebung 1/2015 erreicht werden konnten und sich ein zwischenzeitlich durchgeführtes Markterkundungsverfahren zu einer Kooperationslösung nicht an Kontaktzeiten, sondern an Vollzeitstellen Ärzte orientiert hat. Den Bedarf an ärztlichen Leistungen vor dem Hintergrund der mit Erfassungsunschärfen verbundenen Erhebungen an den tatsächlich gegebenen Kontaktzeiten innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums zu bemessen, birgt in sich die große Gefahr, nicht bedarfsentsprechend zu ermitteln. So standen zum Zeitpunkt der Erhebung bereits eigene Anstaltsärzte nicht im vorgesehenen Umfang zur Verfügung (JVA BW, FB, UH). Dass die zeitbezogenen Erhebungen in der Praxis zu tragfähigen Daten geführt hätten, ist bereits vor dem Hintergrund der teilweise extrem hohen Kontaktzahlen zumindest zu bezweifeln. Der zu erwartende Erkenntniszugewinn ist vor dem Hintergrund der Praxisbelastung fraglich. Ferner durchläuft die hamburgische Justizvollzugslandschaft derzeit einige deutliche Veränderungen, die es erschweren, eine längerfristig geltende Bedarfsdatenlage zu erzielen.

Insbesondere in der damaligen TAF der JVA HS wurde durch die Projektgruppe festgestellt, dass das Angebot für die weiblichen Inhaftierten – eine gut erreichbare und zentral in der TAF gelegene Ambulanz – in besonders hohem Maße genutzt wurde.

Ob die tatsächlich erfolgten Vorstellungen und Kontaktzeiten den tatsächlichen medizinischen Bedarf widerspiegeln, lässt sich nicht sicher feststellen. Dazu ist es ebenfalls zwingend notwendig, ein zulässiges Verwaltungsverfahren im medizinischen Bereich zu implementieren, das nicht nur unter einem erheblichen Aufwand punktuell, sondern eine ständig verfügbare und valide Datengrundlage bereitstellt.^{21 22}

²⁰ Siehe Glossar, 6.2.

²¹ Siehe 5, Maßnahmenkatalog, Nr. 5

²² Siehe Glossar, BASIS-Web/ ÄD, auch ICD-10

3.4.2.2. Zusammenfassendes Ergebnis der Erhebung des Leistungsgeschehen in den Ambulanzen

Im Erhebungszeitraum I. Quartal 2015 wurden vollzugsweit 18.632 Kontakte in den Ambulanzen dokumentiert, wobei zu Beginn des Erhebungszeitraums 1.510 und zum Ende 1.544 Gefangene im hamburgischen Justizvollzug untergebracht waren.

In der Erhebung liegen zum großen Teil mehrere Krankheitsbilder vor, daher erfolgte oft eine Mehrfachnennung.

- 13.947 Allgemeine Versorgung ohne Zuordnung zu einem Fachbereich
- 2.288 Suchtproblematik
- 2.188 Disziplinarverfahren
- 1.534 Fachgebiet Psychiatrie
- 935 Internistische Fälle
- 685 Zahnmedizin
- 517 Fachgebiet Chirurgie-Orthopädie
- 135 Fachgebiet HNO
- 122 Infektologie
- 87 Fachgebiet Urologie
- 70 Fachgebiet Augenheilkunde
- 55 Fachgebiet Gynäkologie

Die Erhebung ergibt bereits durch die dokumentierten Fallzahlen die grundsätzliche Feststellung, dass der medizinischen Versorgung ein sehr wichtiger Anteil im Justizvollzug beizumessen ist und der Schwerpunkt auf einer „hausärztlichen“ Versorgung liegt.

Die Erhebung hat erwartungsgemäß ergeben, dass der Schwerpunkt der Versorgung in den Ambulanzen im allgemeinen Spektrum liegt (75 %). Hierunter fallen auch Kontakte ohne ärztliche Beteiligung wie Pflasterausgabe, Verbandswechsel oder die Ausgabe von Kopfschmerztabletten.

Gleichermaßen erwartungsgemäß fallen der hohe suchtspezifische Anteil (12 %) unter den Gefangenen sowie der ebenfalls hohe Anteil an Vorstellungen mit psychiatrischem Hintergrund (8 %) auf.

Einen wichtigen Hinweis auf den besonderen vollzuglichen Aufgabenzuschnitt (Nr. 3.1.2.) gibt die ebenfalls hohe Fallzahl an Kontakten in Disziplinarverfahren (12 %).

Wie bereits zur Datenkritik in Nr. 3.4.2.1. beschrieben, hat das Angebot möglicherweise Auswirkung auf den Bedarf. Bei einer zu Beginn des I. Quartals geringen Gefangenenpopulation von nur 34 Frauen im geschlossenen Vollzug der JVA HS mit sehr zentral gelegener und für die Gefangenen leicht erreichbarer Ambulanz wurden im gesamten Quartal 5.596 Kontakte (davon 80 % allgemeine Versorgung) dokumentiert und somit mehr Kontakte, als in der JVA FB mit ca. 229 Gefangenen und 4.566 Kontakten im gleichen Zeitraum.

3.4.2.3. Erhebung des Leistungsgeschehens 2014 im Zentralkrankenhaus

Um das Leistungsgeschehen im Zentralkrankenhaus medizinisch und wirtschaftlich abbilden zu können, wurden die Krankenhausakten des Jahres 2014 mit einem erheblichen Aufwand ausgewertet und daraus DRGs²³ generiert.

Die Projektgruppe hat hierzu ein mehrstufiges Modell entwickelt:

- I. Sichtung der Aktenführung durch die Teilnehmerin aus der BGV
- II. Entwicklung einer Gruppierungstabelle auf Excelbasis:

Gefangenennummer	Bundesland	Übernahme aus externem Krankenhaus	Geb. Datum	Geschlecht	Aufnahmedatum	Aufnahmezeit	Entlassdatum
		ICD		ICD		ICD	
Entlassungsgrund		Hauptdiagnose	Nebendiagnose	Nebendiagnose			
OPS	OPS	OPS	OPS				

- III. Beziehung der Fallakten durch das ZKH und Eingabe der Rahmendaten in Eigenleistung
- IV. Gruppierung aus den Fallakten durch geschulte Erfassungskräfte
- V. Gruppierung der Falldaten in DRGs und Auswertung durch einen Medizincontroller

3.4.2.4. Wesentliches Ergebnis aus Expertensicht zum Leistungsgeschehen 2014 im Zentralkrankenhaus

a) Ergebnisinterpretation im Hinblick auf vollständige externe Leistungserbringung

Für die Versorgung der 489 Patienten einschließlich der 83 operativen Versorgungen (5-er Prozedur²⁴, durch ZKH erbracht) im Jahr 2014 wären in externen Krankenhäusern 1,63 Mio. € bei stationärer Behandlung mit 6.560 Belegungstagen (so lange wurden die Patienten im ZKH stationär behandelt) zu vergüten gewesen. Hinzu kämen für diese 6.560 Behandlungstage bei einer vollständig extern erbrachten Behandlung noch die erforderlichen Bewachungskosten. Die Nichtbewachung bzw. die Bewachung mit nur einer Kraft (oder auch in seltensten Fällen mit mehr als zwei Kräften) wird in dieser Berechnung vernachlässigt, ebenso wie die Transportzeiten. Demnach wären 6.560 Belegungstage x 24 Stunden x 2 Bedienstete = 314.880 Bewachungsstunden fällig gewesen.

Erschwerend käme gemäß des auswertenden Medizincontrollers aber bei der Annahme einer ausschließlich externen Behandlung (also einschließlich der stationären Anschlussversorgung bis zur

²³ Siehe Glossar, Nr. 6.2.

²⁴ Siehe Glossar, Nr. 6.2., Kapitel 5 des amtlichen Verzeichnisses betrifft Operationen

Rückverlegung in die Stammanstalt) hinzu, dass kein einzelnes Krankenhaus im Rahmen seines Regelbetriebs Gefangene unter diesen Voraussetzungen wird versorgen können und auch wollen. Ferner ist die vorliegende Rechnung sehr hypothetisch und bildet lediglich die erbrachten Dienste 1:1 nach derzeitiger Praxis im ZKH ab. Die medizinische Realität bei externen privatwirtschaftlich betriebenen Leistungsträgern wird sehr wahrscheinlich weitaus geringere Liegezeiten (siehe b) und damit auch geringere Bewachungszeiten mit sich bringen.

b) Ergebnisinterpretation im Hinblick auf die externe Durchführung von Operationen

Unter der Annahme der externen Durchführung wären für die **83 ZKH-Operationen bei 1.395 Behandlungstagen** in einem externen Krankenhaus ca. **382.000 €** zu vergüten gewesen. Hinzu kämen die Bewachungskosten für 1.395 Tage, was bei 2 Bediensteten 66.960 Bewachungsstunden entspräche.

Die Erbringung der operativen Leistungen in einem externen Krankenhaus ist nach Einschätzung des Medizincontrollers aber ebenfalls nicht mit einer so langen Verweildauer verbunden. Vielmehr handelt es sich bei den dokumentierten OP-Leistungen in der Mehrzahl der Fälle um kurzstationäre Aufenthalte oder sogar um grundsätzlich auch ambulant erbringbare Leistungen. Allerdings lässt sich aus Expertensicht die konkrete Frage nach ambulanter OP-Möglichkeit ohne weiterführende medizinische Informationen nicht seriös beantworten. Zur groben Abschätzung kann der AOP-Katalog²⁵ herangezogen werden. Allerdings kann es durchaus sein, dass eine typische AOP nicht ambulant durchführbar ist, weil der Patient multimorbide erkrankt ist, oder ein deutlich erhöhtes Narkoserisiko hat. Es kann auch zu intra- oder postoperativen Zuständen kommen, die eine stationäre Überwachung des Patienten zwingend erforderlich machen.

2014 sind insgesamt 133 Operationen verschlüsselt worden. Hiervon fallen 57 Operationen grundsätzlich in die Kategorie der Operationen, die auch ambulant durchführbar sind. Damit bleiben rein nach Datenlage für das Jahr 2014 lediglich 76 Operationen die nicht auch ambulant erbracht werden könnten. Hier gilt es zu beachten, dass es sich hierbei um eine rein statistische Aussage handelt. Im täglichen Krankenhausalltag wird jeder Patient individuell bewertet und es wird entschieden, ob eine grundsätzlich ambulante Operation auch ambulant erfolgen kann. Erlaubt das Alter oder der Gesamtzustand eines Patienten keine ambulante Operation, wird diese selbstverständlich dann stationär durchgeführt.

Prognostisch ist nach alledem die Verweildauer in einem externen Krankenhaus aber geringer zu veranschlagen. Dies reduziert die Behandlungskosten auf **228.000 €** und die Bewachungskosten reduzieren sich ebenfalls drastisch, da nach Experteneinschätzung in der Mehrzahl der Fälle eine Verweildauer von maximal 2 Tagen als völlig ausreichend erscheint.

c) Ergebnisinterpretation im Hinblick auf den weiteren Betrieb des OP aus Expertensicht

Ein OP mit 83 OP-Leistungen p.a. ist in keiner Weise ausgelastet, da auch fixe Kosten bei dieser geringen Auslastung zu veranschlagen sind. Daneben ist zu berücksichtigen, dass steigende Kos-

²⁵ Katalog Ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V (AOP-Katalog)

ten durch Hygienevorschriften und Strahlenschutzbestimmungen zu befürchten sind. Ebenfalls ist Instandhaltung, Klimatechnik und Ersatz- bzw. Neubeschaffung für die Zukunft zu kalkulieren.

d) Ergebniszusammenfassung

Unter Kosten-/ Nutzenabwägung erscheint bei den 489 analysierten Datensätzen die Bereithaltung einer vollzugseigenen stationären Versorgung am sinnvollsten. Die Aufenthalte in externen Krankenhäusern könnten damit in den meisten Fällen sehr kurz gehalten werden. Die qualifizierte medizinisch-/ pflegerische Weiterbehandlung kann nach externen Operationen stationär unter den Gegebenheiten des ZKH erfolgen. Bei sehr kurzer Verweildauer in den externen Krankenhäusern lassen sich auf diesem Weg auch die DRG-Kosten noch weiter reduzieren. Hierzu sollte die Möglichkeit geprüft werden, pauschale Abschläge zu verhandeln, da es sich für die erbringenden Krankenhäuser um extrabudgetäre Einnahmen handelt.

Der weitere Betrieb des ZKH-OPs ist aus medizinischer und aus medizinwirtschaftlicher Sicht nicht erforderlich und unwirtschaftlich. Eine Fortsetzung des Betriebs kann allenfalls aus vollzuglichen (Kosten-)Gründen hergeleitet werden.

Im Falle weiterer einfacher Operationstätigkeiten im ZKH-OP ist kritisch zu prüfen und sicherzustellen, dass das operierende Personal vor dem Hintergrund der äußerst geringen Fallzahlen im ZKH im jeweiligen Fachbereich die notwendige Routine aufweist.

3.4.2.5. Fortbetrieb und Nacherhebung OP I. Halbjahr 2016

Auf der Grundlage der aus Expertensicht getroffenen Feststellung, dass der OP-Betrieb aus rein medizinwirtschaftlicher Perspektive nicht sinnvoll ist, aber aus vollzuglichen Kostengründen unter der Voraussetzung, dass nur routinierte Operateure zum Einsatz kommen, b.a.w. vorteilhaft erscheint, erfolgt derzeit eine Weiterführung der Operationen unter Orientierung an dem Katalog der ambulanten Operationen zur Vermeidung externer Bewachungskosten.

Vor dem Hintergrund des hohen Aufwandes bei retrospektiven Betrachtungen auf der Grundlage reiner Papierakten ohne Diagnosen nach ICD-10 hat sich die Projektgruppe darauf verständigt, die durchgeführten Operationen seit dem 01.01.2016 konsequent hinsichtlich der Diagnosen und Prozeduren zu dokumentieren, um den Aufwand bei zukünftigen Auswertungen so gering wie möglich zu halten.

Die so erhobenen Daten des 1. Halbjahres 2016 wurde dem bereits mit der Auswertung der 2014er Datenlage befassten Medizincontroller zur Auswertung und Beurteilung zugeleitet.

3.4.2.6. Ergebnis der Nacherhebung OP I. Halbjahr 2016 und Rückschluss auf die Wirtschaftlichkeit OP

Die Auswertung der Operationen des 1. Halbjahres 2016 durch den Medizincontroller hat das Ergebnis der 2014er- Erhebung bestätigt.

Nach Abgleich der gelieferten Prozeduren mit dem AOP-Katalog für 2016 weisen 17 der 33 Patienten mindestens eine Prozedur aus, die im AOP-Katalog 2016 mit K1 („Leistungen, die in der Regel

ambulant erbracht werden können“) oder K2 („Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist“) ausgewiesen ist und demnach auch ambulant erbringbar wäre.

Eine auf die gegebenen 33 Fälle gestützte Modellrechnung hat ferner ergeben bzw. fortgesetzt bestätigt, dass ein Fortbetrieb des ZKH-eigenen OPs, dessen Gerätebestand noch nutzbar, aber weitestgehend abgeschrieben ist, derzeit aufgrund der externen Bewachungskosten günstiger als die externe Durchführung ist.

Bei Behandlung der vorliegenden 33 auswertbaren Patienten in einem Hamburger Krankenhaus unter kurzstationären Bedingungen von Stunden bis maximal einer Übernachtung würden Kosten in Höhe von insgesamt 42.631,08 € anfallen, wenn diese maximal eine Nacht im Krankenhaus stationär verbleiben. Hinzu kommen die Transport- und Bewachungskosten, die aufzuwenden wären. Gesehen den Fall, dass sich die 2. Jahreshälfte 2016 vergleichbar gestaltet, ist die Annahme von 80.000 € pro Jahr für extern durchgeführte Operationen anstatt im ZKH durchaus zulässig.

Nach der an Unsicherheiten gebundenen Prüfung (s.o.) weisen dazu ferner 17 der 33 Patienten mindestens eine Prozedur aus, die grundsätzlich auch ambulant erbringbar wäre.

Folgende Rechnungsannahme kann somit herangezogen werden:

33 Fälle, je 2 Bedienstete Bewachung, Versorgung in einem nahegelegenen Krankenhaus, Transportkosten werden nicht berücksichtigt (größtenteils Taxi):

- a) Maximalerwartung 24 h/ Fall: 33 Fälle x 2 Bew. x 24 h Bewachung = 1.584 h/ 1.Hj 2016
- b) Erwartung bei Ø 8 h/ Fall: 33 Fälle x 2 Bew. x 8 h Bewachung = 528 h/ 1. Hj 2016

In der **Maximalfallannahme** mit 24 h/ Fall sind bei fortgesetzt gleichbleibender Auslastung im gesamten Jahr 2016 somit insgesamt $2 \times 1.584 \text{ h} / 1.660 \text{ h} = 1,9 \text{ VK/ AVD}$ zu veranschlagen. Dieses entspräche bei einem gemittelten PKV-Wert von 55.649 € insgesamt ca. 105.733 €/ Jahr. Zusätzlich der medizinischen Kosten i. H. v. 80.000 € sind hier somit **185.733 €** anzusetzen.

Erwartet werden vor dem Hintergrund einer höheren Anzahl ambulant zu erbringender Operationen $2 \times 528 \text{ h} / 1.660 \text{ h} = 0,64 \text{ VK/AVD}$. Dieses entspräche bei einem gemittelten PKV-Wert von 55.649 € insgesamt ca. 35.615 €/ Jahr. Mit den Medizinischen Kosten fallen somit **115.615 €** an.

Gegenüberstellend konnten auf der Grundlage des 1. Halbjahres 2016 dem OP gerundete Kosten in Höhe von ca. 86.700 €, bestehend aus Personalkosten (OP-Schwester, 52.844 €) und Sachkosten (9.856 € Infrastruktur, 24.000 € externe Operateure) direkt zugeordnet werden. Hierzu ist jedoch festzustellen, dass mittel- und langfristige Investitionen nicht enthalten sind. Im vorliegenden Fallzahlenmodell ist der Fortbetrieb OP derzeit oberflächlich betrachtet maximal ca. 99.000 €/ Jahr, wahrscheinlich aber ca. 29.000 € günstiger als die externe Durchführung.

Dieses Ergebnis ist jedoch nur zu erzielen, wenn umfassende und zukünftig notwendig werdende Investitionskosten nicht in die Kalkulation einbezogen werden. Somit bezieht sich diese Aussage nur auf den OP in seiner aktuellen Konfiguration und stellt damit eine vorläufige Lösung dar. Eine langfristig angelegter Fortbetrieb und notwendige umfassende (und kalkulatorisch einzubeziehen-

de) Modernisierung sind mit der in 2014 und 2016 gegebenen Datenlage jedoch weder aus medizinischer noch aus vollzuglicher Perspektive geboten.

Um ggfs. eine grobe Aussage zu den zukünftigen Investitionskosten zu erhalten, haben Vertreter der Fachabteilung Versorgungsplanung der BGV im Rahmen einer Vorortbesichtigung am 06.07.2016 den OP besichtigt und festgestellt, dass sich die Räumlichkeiten hinsichtlich der Oberflächen gebrauchsfähig und in einem guten Zustand befinden. Die medizinische Ausstattung ist in einem ebenfalls in technisch gutem Zustand. Allerdings wird auf der Grundlage der Besichtigung auch ausgeführt, dass periphere gebäudetechnische Systeme scheinbar Investitionsbedarf aufweisen. Die Ermittlung der Investitionsbedarfe bei langfristiger Fortführung des OP kann jedoch nur durch ein Planungsbüro erfolgen. Dieses ist mit Kosten im voraussichtlich fünfstelligen Bereich verbunden. Bei allen verändernden Maßnahmen (z.B. technischen Veränderungen bzw. Modernisierungen, da das bisherige System nicht mehr verfügbar ist) ist möglicherweise der Bestandschutz gefährdet. Dieses zieht dann ggfs. weitere Investitionen nach sich. Auch hierzu kann nur eine fachgerechte Vorhabenplanung Auskünfte erteilen. Gegen Realisierung diese steht bereits aber das bestätigte Untersuchungsergebnis (s.o.) eines Medizincontrollers.

Der weitere Fortbetrieb in der derzeitigen Konfiguration sollte also zukünftig wie bereits seit Januar 2016 engmaschig und fachlich richtig unter differenzierter Ausweisung der Diagnosen und Prozeduren überwacht werden, um jeweils unmittelbar anstehenden Investitionsbedarf zu gegebener Zeit sachgerecht beurteilen zu können. Sollte die Anzahl der durchgeführten Operationen jedoch noch weiter sinken, steht auch der positive Effekt durch vermiedene Bewachungen in Frage. Die aktuelle Auslastung kann daher als unterstes Limit betrachtet werden (siehe auch Nr. 4.1.3.1.).

3.4.2.7. Erhebung der extern durchgeführten medizinischen Leistungen

Ein wesentlicher Teil der ambulanten und stationären Leistungserbringung erfolgt durch externe Arztpraxen oder Krankenhäuser. Es findet dazu regelhaft eine statistische Erhebung der externen Behandlungen nach Anstalten statt. Diese Erhebung unterscheidet Fallzahlen nach ambulanter, stationärer und psychiatrisch-stationärer Behandlung und ist nicht mit den vollzuglichen Leistungen wie z.B. Transporte verknüpft.

Eine differenzierte Erhebung mit Unterscheidung nach medizinischen Fachbereichen, Kosten und Leistungsträgern erfolgt derzeit regelhaft nicht.

Fallzahlen externe Krankenhausbehandlungen von Gefangenen

2016	Jan			Feb			Mrz			Apr			Mai			Jun		
	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych
BVW	3	1	8	7	1	6	8	0	6	11	0	7	7	6	0	6	2	6
FE	28	4	2	32	2	2	20	1	2	15	2	2	10	1	2	18	4	2
GN	6	1	0	4	3	0	2	0	0	1	1	3	7	1	0	1	1	0
HS	9	1	1	0	0	1	1	1	0	4	0	1	8	2	0	4	1	1
SI	0	2	0	0	1	0	20	1	0	14	1	3	13	0	0	19	2	0
UJ	0	0	3	0	0	3	4	7	0	5	3	0	5	5	0	4	2	0
ZKH	7	3	0	10	1	0	6	1	0	8	1	3	7	1	0	6	1	0
Ges.	58	12	12	65	11	13	64	4	13	57	5	15	68	14	7	55	11	15

2016	Jul			Aug			Sep			Okt			Nov			Dez			Gesamt		
	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych	Amb	Stat	Psych
BVW	7	1	0																14	11	0
FE	18	3	2																17	17	4
GN	6	0	0																29	7	0
HS	1	3	1																30	6	6
SI	3	1	0																77	5	0
UJ	11	0	3																10	0	28
ZKH	4	1	0																47	12	0
Ges.	50	9	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	417	66	87

Legende	
Amb	Ambulante Krankenhausbehandlungen
Stat	Stationäre Krankenhausbehandlungen
Psych	Stationäre psychiatrische Behandlungen

Auch eine Erhebung aus den personenbezogenen medizinischen Fallakten ist aus bereits benannten Gründen nicht möglich (Nr. 3.4.1.1.).

Es ist jedoch möglich, Daten zu externen Behandlungen retrospektiv und sekundär zu erheben. Dazu können die Rechnungen der medizinischen Leistungsträger, die in den einzelnen Anstalten eingegangen sind, für einen bestimmten Zeitraum ausgewertet werden.

Die Projektgruppe hat daher zum 1. Quartal 2015 eine entsprechende Abfrage der Jahre 2010, 2013 und 2014 initiiert.

Externe Behandlungen 2014

Nr.	M/W	Geb.	Name des medizinischen Einrichtung	Datum der Behandlung oder Aufnahme	Ambulanz/ Stationär	Erfassungsdatum (ambulanz, fiktiv lesbar...)	Ort	Fachabteilung	ICD Nummer (Hauptdiagnose)	Bewachung (Stunden)	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag	Fiktive Transportkosten (Toti, RTW...)
1	M	00000000	AK Barmbeck	07.05.2014	Ambulanz			2700 Augenheilkunde	H25.9 Senile Katarakt, nicht	B	14.04.2014	2.500,00 €	0,00 €
2													
3													
4													
5													

Obwohl die Abfrage sorgfältig unter Hinterlegung der Leistungsträger, Fachabteilungen und vollständiger ICD-Kataloge vorbereitet wurde, stellte die Bearbeitung für die kaufmännischen Abteilungen der Anstalten eine große Herausforderung dar, die zum Zeitpunkt der Erhebung systemische Defizite offenbarte:

- Es erfolgt – abhängig von der Stammanstalt der betreffenden Gefangenen – ein dezentraler Rechnungseingang und Rechnungsbearbeitung, so dass medizinisch-statistische Erhebungen und ein übergreifendes Controlling nicht bzw. nur begrenzt möglich sind.
- Die Rechnungen werden zwar den medizinischen Bereichen zur Prüfung vorgelegt und können mit vorhandenen Gesundheitsakten abgeglichen werden, sobald die Aktenlage wegen Verlegung oder Entlassung nicht mehr verfügbar ist, steht diese Kontrollmöglichkeit nicht mehr zur Verfügung. Es ist unwahrscheinlich, dass Gesundheitsakten in allen Rechnungsfällen aus anderen Anstalten, Ländern oder aus dem Archiv abgefordert werden (können).
- Es ist nicht bzw. nicht einheitlich geregelt, wer die fachliche Prüfung der Rechnung vornimmt (Ärzte/ Ambulanzleitung/ Krankenpflegedienst).
- Es ist davon auszugehen, dass das mit der Rechnungsprüfung befasste vollzugsmedizinische Personal nicht hinreichend über die einschlägigen Standards informiert ist. ICD und DRGs sind nicht Gegenstand des internen Fortbildungskatalogs.
- Es war festzustellen, dass Rechnungen im Prüfungsgang inhaltlich getrennt wurden und wichtige Anlagen zugunsten der Medizinakten entnommen wurden. Die daraus in den kaufmännischen Abteilungen entstehende Aktenlage ist somit unvollständig.
- Bewachungen und Transportkosten (auch kostenintensive) lassen sich – sofern überhaupt – nur unter erheblichem Aufwand zuordnen.

Ein festinstalliertes und differenziertes Kostencontrolling ist auf Basis der derzeitigen Gesamtorganisation nicht möglich.

3.4.2.8. Wesentliches Ergebnis zu den extern durchgeführten medizinischen Leistungen

Gesamtübersicht der Kosten für externe Behandlungen aller Anstalten 2014 in €

	BW	FB	GM	HS	SH	UH	Gesamt
Ambulant	53.961,46	9.132,84	9.419,88	9.399,73	2.963,50	29.042,70	113.920,11
Stationär	369.679,93	241.217,08	126.087,87	214.412,21	103.537,03	1.031.767,49	2.086.701,61
Gesamt	423.641,39	250.349,92	135.507,75	223.811,94	106.500,53	1.060.810,19	2.200.621,72

Die zusammenfassende Auswertung des Rechnungsjahres 2014 hat ergeben, dass vollzugsweit die **Fachrichtung 2900 – Allgemeine Psychiatrie** mit insgesamt **1.656.593,12 €** den deutlich größten Anteil bei den externen Kosten für die medizinische Versorgung einnimmt.

Sie übersteigt damit die nächste Fachposition 1500 – Allgemeine Chirurgie um nahezu das Zwanzigfache (ausführliche Aufgliederung siehe Folgeseite, höchste Kostenpositionen sind hervorgehoben).

Kosten nach Fachrichtungen 2014 in €, Leerstelle = Keine Kosten angefallen oder erfasst

	BW	FB	GM	HS	SH	UH	Gesamt
Innere Medizin	1.787,05	25.354,23	9.726,96	4.011,73	13.212,80	5.195,02	59.287,79
Kardiologie	169,02	4.402,62	49.573,01		194,96	28.624,98	82.964,59
Hämatologie	2.155,78		3.761,51				5.917,29
Gastroenterologie		2.532,59	1.924,51			2.382,39	6.839,49
Pneumologie	134,33	92,82					227,15
Rheumatologie			56,59				56,59
Pädiatrie				1.002,69			1.002,69
Allgem. Chirurgie		11.320,99	16.752,57	10.663,43	35.857,51	13.588,56	88.183,06
Unfallchirurgie	1.873,72	15.126,76	47,51		59,34	4.003,92	21.111,25
Neurochirurgie					6.243,37	392,92	6.636,29
Gefäßchirurgie					756,37		756,37
Plastische Chirurgie	123,99						123,99
Thoraxchirurgie						10.564,91	10.564,91
Herzchirurgie					6.274,52		6.274,52
Urologie		6.472,21	7.359,02	9.115,72		81,03	23.027,98
Orthopädie	24,52	16,90	4.161,62				4.203,04
Frauenheilkunde			2.735,34	523,51		5.446,21	8.705,06
Geburtshilfe			893,92	54,82		1.301,66	2.250,40
HNO-Heilkunde	897,65	2.960,66	3.377,94	48,18		1.607,89	8.892,32
Augenheilkunde	74,61	711,50	571,25	52,98		2.843,93	4.254,27
Neurologie	95,01	3.223,62	23.176,42		88,31		26.583,36
Allgemeine Psychiatrie	305.119,35	173.870,71		192.565,47	18.946,28	966.091,31	1.656.593,12
Nuklearmedizin	233,26					695,22	928,48
Strahlenheilkunde		561,04	1.425,05	2.742,34		1.307,90	6.036,33
Dermatologie						58,00	58,00
Zahnheilkunde	1.959,67		2.351,20	1.561,20		681,15	6.553,22
Intensivmedizin			2.430,40				2.430,40
Ohne Spezifikation	108.993,43	3.703,27	5.182,93	1.469,87	24.867,07	15.943,19	160.159,76
Gesamt	423.641,39	250.349,92	135.507,75	223.811,94	106.500,53	1.060.810,19	2.200.621,72

4. Detailergebnisse der Projektarbeit

4.1. Modelldiskussion

4.1.1. Vollständige Aufgabe des Zentralkrankenhauses (Diskussionsmodell 1)²⁶

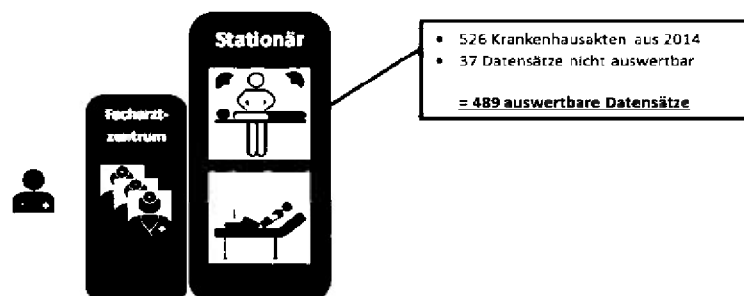
4.1.1.1. Modellspezifikation vor Prüfung

In dieser Modellannahme werden sowohl der OP als auch der stationäre Bereich des Zentralkrankenhauses geschlossen. Die Liegenschaft wird in weitesten Teilen anderweitig verwendet. Die Ambulanz der Untersuchungshaftanstalt erhält aus den freiwerdenden Kapazitäten einen neuen personellen Zuschnitt, der eine selbstständige Versorgung der Untersuchungshaftanstalt in ihrer Eigenschaft als Polizeigefängnis vollständig sicherstellt. Leistungsbereiche wie die zahnärztliche Versorgung der UH, die ambulante fachärztliche Versorgung für den Justizvollzug, die Röntgenabteilung, das zentrale Verbandstofflager und erforderliche therapeutische Angebote bleiben bedarfsgerecht erhalten und werden von der UH bzw. der Ambulanz der UH betrieben bzw. verwaltet.

Die Prüfung der Aufgabe des Zentralkrankenhauses bezieht sich also auf den gesamten operativen und stationären Leistungsbereich. Die Rolle des Facharztzentrums ist ein gesonderter Aspekt. Bleibt das Zentralkrankenhaus erhalten, ist es wirtschaftlich sinnvoll, die extern einzubestellenden Vertragsfachärzte so weit wie möglich auch fortgesetzt an diesem Standort zu bündeln. Die zentrale Rolle der Untersuchungshaftanstalt im hamburgischen Gefangenentransportwesen ist dabei ein wichtiger Aspekt.

4.1.1.2. Medizinische Anforderungen

Eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Modellvariante 1 – Aufgabe des Zentralkrankenhauses ist die medizinisch-wirtschaftliche Untersuchung der Krankenhausaktenlage durch einen extern beauftragten Fachmann im Bereich Medizincontrolling. Wie bereits in 4.1.1.1. beschrieben, ist bei diesem Modell zu berücksichtigen, dass das medizinische Spektrum im Zentralkrankenhaus und in der Untersuchungshaftanstalt durch ein dreisäuliges Modell dargestellt werden kann:



²⁶ Diese Modellvariante schließt im Ergebnis auch die stationäre und vollständige Outsourcinglösung - ZKH und Ambulanzen - ein, die die Projektgruppe im Zwischenbericht Nr. 3.2.5. und Nr. 3.2.6 als „Modellvariante 5“ und „Modellvariante 6“ definiert hat.

Die ausgewerteten Fallakten des Jahres 2014 haben ergeben, dass die erforderlichen Leistungen durch ein größeres externes Krankenhaus mit uneingeschränkter Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung und einem stationären Angebot, das die Versorgung in den maßgeblichen Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Urologie und HNO ermöglicht, abgedeckt werden kann. Diese medizinischen Anforderungen erfüllen folgende Krankenhäuser²⁷:

- AK Nord
- AK St. Georg
- AK Altona
- AK Harburg
- Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
- UKE
- Kath. Marienkrankenhaus

4.1.1.3. Vollzugliche Anforderungen

Empfänger von stationären medizinischen Leistungen sind männliche und weibliche junge und erwachsene Gefangene aller Haftarten. Die Sicherheitsanforderungen an eine medizinische Versorgung außerhalb einer Justizvollzugsanstalt müssen daher ohne Einschränkungen dem Niveau des geschlossenen Jugend- und Erwachsenenvollzuges entsprechen.

Es ist ferner und insbesondere vor dem Hintergrund längerfristiger stationärer Aufenthalte zu gewährleisten, dass neben der sicheren Unterbringung vor Ort auch alle weiteren gesetzlich normierten Aufgaben des Vollzuges und die damit einhergehenden vollzuglichen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen uneingeschränkt erbracht werden können.

Hierzu zählen die

- Durchführung von Besuchen, ggfs. unter Überwachung,
- Durchführung von Besuchen durch Rechtsanwälte und Notare,
- Sicherstellung des unbeschränkten Schriftwechsels und ggfs. der Überwachung des Schriftwechsels,
- Sicherstellung der psychologischen Betreuung bei Bedarf,
- Möglichkeit seelsorgerischer Betreuung bei Bedarf,
- Gewährleistung eines mindestens einstündigen täglichen Aufenthaltes im Freien,
- Ermöglichung des bargeldlosen Einkaufs,
- Durchführung von Gerichtsvorführungen, sofern die Transport- und Verhandlungsfähigkeit gegeben ist und die
- Sicherstellung der vollzuglichen Behandlung und der sozialdienstlichen Betreuung durch eine Vollzugsabteilungsleitung.

²⁷ Auskunft G1411 der BGV / Versorgungsplanung

Ferner muss gewährleistet sein, dass besondere Sicherungsmaßnahmen jederzeit rechtmäßig durchgeführt werden können. Gerichtlich oder vollzuglich angeordnete Trennungen müssen ebenfalls umgesetzt werden können.

Die Anforderungen an eine zu errichtende, vollzugskonforme Umgebung wurden gemeinsam mit und nach Maßgabe der Referatsgruppenleitung J12 – Bau und Sicherheit – formuliert. Weitere vollzugliche Anforderungen ergeben sich aus den vollzugsgesetzlichen Grundlagen (Nr. 3.1.1.) Der aufgestellte Anforderungskatalog wurde der BGV mit der Bitte um Prüfung und Nennung möglicher Leistungsträger für ein Markterkundungsverfahren mitgeteilt:

- 20 Einzelpatientenzimmer in separater Station und mit der Möglichkeit, eine Personenschleuse ohne weitere Zu- und Abgänge einzurichten, mit gut durchsuchbarer und übersichtlicher Einrichtung sowie mit optionalen Telefonanschlüssen in den Zimmern, Waschräumen und WC,
- davon sind 2 Patientenzimmer in Minimalausstattung mit Kameraüberwachung über die Stationsaufsicht vorzuhalten,
- 2 Vollzugsdiensträume (1 Aufenthaltsraum für das vollzugseigene Inhouse- Transportpersonal sowie 1 Büro / Stationsaufsicht oder auch Schwesternzimmer mit der Möglichkeit, einen vollzugseigenen FHH-Net-PC mit Basis-Web und Telefon für das Vollzugspersonal aufzustellen (Internetzugang muss gegeben sein). Es ist von einer ständigen Besetzung mit mindestens 3 Vollzugsbediensteten im Schichtdienst auszugehen.
- 1 Sprechzimmer mit Tisch und Stühlen für Besuche und Anwaltsbesuche,
- 1 Personal-WC
- 1 Untersuchungsraum auf der Station, um die krankenhausesinternen Bewegungen zu minimieren. Die krankenhausesinternen Bewegungen mit Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten sollen auf ein Mindestmaß reduziert bleiben, da Bewegungen außerhalb der Vollzugsstation grundsätzlich gefesselt erfolgen.
- Einbau von vergitterten Fenstern (Manganstahl) auf der gesamten Station muss baulich möglich sein (Nachrüstung durch Justizbehörde)
- Einbau von verschlossenen Patientenzimmertüren aus Stahl muss möglich sein (STUV o. vergl. Sicherheitsschließung),
- Es muss die Möglichkeit eines täglichen Aufenthaltes im Freien in einem ummauerten, nicht einsehbar Außenbereich mit separatem Zugang gegeben sein. Dieser Bereich darf auch nicht von anderen Stationen einsehbar sein und es sollte weder Personen- noch Autoverkehr daran vorbeiführen.
- Der Justizvollzug benötigt ferner eigene Parkplätze und sichere An- und Abfahrwege für Vollzugsfahrzeuge.

Hierzu ist ergänzend zu bemerken, dass sich aus der Erhebung der ZKH-Akten 2014 zwar nicht unmittelbar ein Bedarf von 20 Betten ableiten lässt, diese Modellausprägung muss aber unbedingt ausreichende Reserven aufweisen, denn das Modell sieht keine eigene stationäre Unterbringung mehr vor. Sollte es zu einer kurzfristigen Erhöhung der stationären Fallzahlen über 20 Betten hinaus kommen, müsste mit einem erheblichen personellen Aufwand jeder überzählige Fall in einem nicht gesicherten Patientenzimmer bewacht werden. Ferner muss berücksichtigt werden, dass die Patienten nicht in eine häusliche Pflege, sondern in die Vollzugsumgebung entlassen werden. Daher können längere Liegezeiten entstehen. Letztlich muss die Möglichkeit des täglichen Aufenthal-

tes im Freien gegeben sein. Das HmbStVollzG sieht davon keine andere Ausnahme als ausschließlich eine witterungsbedingte vor.

Die BGV hat nach Prüfung hierzu schriftlich mitgeteilt, dass mit Ausnahme des kapazitiv völlig ausgeschöpften Maßregelvollzuges derzeit kein hamburgisches Krankenhaus für eine solche Konfiguration in Frage kommt. Das Zentralkrankenhaus ist derzeit die einzige Einrichtung, die das erforderliche vollzugliche Setting gewährleisten kann.

4.1.2. Umwandlung in eine Bettenstation (Diskussionsmodell 2)

4.1.2.1. Modellspezifikation vor Prüfung

Das Zentralkrankenhaus verliert per Erklärung den Status eines Krankenhauses. Die Einrichtung nimmt per Erklärung den Status einer Postakut-Station oder Reha-Station ein und wird organisatorisch der Ambulanz der UH zugeordnet. Eine Absenkung des medizinischen Leistungsspektrums einschließlich der hygienischen Anforderungen bis auf das Niveau einer häuslichen Pflege wird angenommen.

Der OP des Zentralkrankenhauses wird stillgelegt und nutzbare mobile Ausrüstungsgegenstände anderweitig verwendet. Der stationäre Bereich bleibt als Betten-/Pflegestation erhalten. Leistungsbereiche wie die zahnärztliche Versorgung der UH, die ambulante fachärztliche Versorgung für den Justizvollzug, die Röntgenabteilung, das zentrale Verbandstofflager und erforderliche therapeutische Angebote bleiben erhalten und werden von der UH bzw. der Ambulanz der UH betrieben bzw. verwaltet.

4.1.2.2. Medizinische Anforderungen

Indizierte Operationen der Gefangenen und die stationäre Versorgung müssen nach den durch die Fallaktenauswertung 2014 gewonnenen Erkenntnissen unter Einhaltung des Äquivalenzprinzips auch weiterhin sichergestellt werden. Krankenhauspflichtige Krankheitsbilder müssen durch externen Dienstleister versorgt werden. Auch bei diesem Modell muss die 24/7- Versorgung der UH einschließlich des Bereitschaftsärztlichen Dienstes sichergestellt werden, d.h. es muss in der UH auch nachts ein Arzt zur Verfügung stehen.

Es ist bereits im Vorwege der Detailprüfung durch die ärztlichen Projektgruppenmitglieder erkannt worden, dass ein solches standardsenkendes Vorhaben in Einzelfällen sogar trotz vollzugsärztlicher Versicherung einer adäquaten Nachsorge zwangsläufig zu deutlich längeren Liegezeiten und damit Bewachungskosten in externen Einrichtungen führen wird.

4.1.2.3. Begriff „Krankenhausstatus“

Die Begrifflichkeit „Krankenhausstatus“ ist nicht eindeutig definiert, daraus sind folglich keinerlei Schlussfolgerungen ableitbar. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) führt unter dem Terminus Krankenhäuser aus:

Unter Krankenhäusern versteht man medizinische Einrichtungen zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten und zur Geburtshilfe. Im Gegensatz zur ambulanten Behandlung in einer Arztpra-

xis spricht man von einer stationären Behandlung im Krankenhaus, wenn ein mehrtägiger Krankenhausaufenthalt eines Kranken notwendig ist. In der Ambulanz von Krankenhäusern oder in der Poliklinik eines größeren Klinikkomplexes werden aber auch ambulante Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt, die in den örtlichen Arztpraxen nicht oder nur unzureichend durchgeführt werden können. Außerdem sind die Krankenhäuser für die Ausbildung des Pflegepersonals zuständig. (...)

Sonderkrankenhäuser nehmen besondere Aufgaben wahr. Sie führen spezielle Behandlungsverfahren durch oder nehmen nur bestimmte Personengruppen auf (z.B. psychiatrisches, Rehabilitations- oder Gefängnis Krankenhaus).

Das ZKH ist demnach ein Sonderkrankenhaus, in dem gem. § 60 Abs. 1 HmbStVollG „Art und Umfang der Gesundheitsuntersuchungen und medizinischen Vorsorgeleistungen (...) den Leistungen nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches und den auf Grund dieser Vorschriften getroffenen Regelungen“ entsprechen. Die Ausführung der GBE greift hier einen ebenfalls wichtigen Aspekt für den Hamburger Justizvollzug auf; das Krankenhaus stellt gegenüber den Praxen (Ambulanzen der Anstalten) ein Kompetenzzentrum dar.

Das ZKH erfüllt auch die Bedingungen nach § 107 SGB V für Krankenhäuser. Demnach sind Krankenhäuser Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

4.1.2.4. Absenkung von Standards

In Bezug auf die Absenkung von Standards käme effektiv eine Kostenersparnis durch Absenkung von Hygieneanforderungen in Betracht. Hierzu führt die Hamburgische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention (HmbMedHygVO) § 1 - Anwendungsbereich aus, dass die Verordnung für Krankenhäuser gilt. Die Justizbehörde hat dazu gegenüber der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz bereits 2014 Stellung bezogen. Demnach knüpft in Hamburg die Regelung zum Geltungsbereich daran, dass das Krankenhaus an der allgemeinen stationären Versorgung der Bevölkerung teilnimmt. Da es im Hamburger Krankenhausgesetz HmbKHG weder Ausnahmeregelungen noch besondere Zuweisungsregelungen für Justizvollzugskrankenhäuser gebe, spricht mehr dafür, das ZKH ebenfalls im Anwendungsbereich des Gesetzes anzusiedeln.

Im Ergebnis fällt das Justizvollzugskrankenhaus unter Berücksichtigung aller genannten Gesichtspunkte unter den Anwendungsbereich der HmbMedHygVO.

Dieses gilt gleichermaßen für den Fall, dass keine operativen Leistungen mehr durchgeführt werden und nur ein konservativ stationäres bzw. postoperativ nachversorgend medizinisches Angebot durch entsprechend medizinisches Personal (Ärzte und Pflege) bestünde.

4.1.2.5. Eine Umbenennung bleibt ohne inhaltliche Wirkung

Die Auswertung der Krankenhausaktenlage hat die Unverzichtbarkeit einer weiteren stationären Versorgung ergeben, die gemäß § 107 SGB V vollumfänglich die Kriterien für ein Krankenhaus erfüllen. Es müssen dazu auch weiterhin die hygienischen Anforderungen erfüllt werden, die die Hamburgische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention (HmbMedHygVO) fordert. Zwar ist das Zentralkrankenhaus nicht an die Allgemeinversorgung angeschlossen und nimmt den Status eines „Sonderkrankenhauses“ ein, jedoch besteht keine Ausnahmeregelung. Eine Umbenennung der Einrichtung in „Bettenstation“ zur Vermeidung des Begriffs Krankenhaus bleibt daher inhaltlich wirkungslos.

4.1.3. Fortbetrieb eines restrukturierten ZKH (Diskussionsmodell 3)

Nach dem Ausschluss der Diskussionsmodelle 1 (Nr. 4.1.1.) und des Modells 2 (Nr. 4.1.2.) ist als verbliebene Modellvorgabe die Beibehaltung des ZKH einer Prüfung der Ausgestaltung zu unterziehen.

In der Modelldiskussion kann unmittelbar Bezug auf das Ergebnis der Untersuchung der Krankenhausakten 2014 (Nr. 3.4.2.4. d) und der Nacherhebung I/2016 (Nr. 3.4.2.6.) genommen werden.

Das Zentralkrankenhaus gewährleistet, wie bereits unter Nr. 4.1.1.3. festgestellt, die stationäre Versorgung der Gefangenen unter den Sicherheitsanforderungen des geschlossenen Vollzuges. Darüber hinaus profitiert die Einrichtung von der vollzuglichen Infrastruktur, den vollzuglichen Leistungen, der Verwaltung und der Versorgung durch die Untersuchungshaftanstalt sowie von dem unmittelbar angeschlossenen Gefangenentransportwesen.

Durch die Gewährleistung krankenhäuslicher Standards sichert es eine schnellstmögliche, kostenminimierende Übernahme von extern stationär untergebrachten Patienten (Nr. 4.1.2.2.).

Die Basis der medizinischen Versorgung stellen die Ambulanzen dar (Nr. 3.4.2.2.). Das Zentralkrankenhaus sichert durch seine infrastrukturellen und organisatorischen Möglichkeiten die fachärztliche Versorgung, die in den Ambulanzen räumlich, technisch und organisatorisch nicht geleistet werden kann und ergänzt darüber hinaus die Ambulanzen als Kompetenzzentrum (Nr. 4.1.2.3.).

4.1.3.1. Vorläufiger Operationsbetrieb durch Wegfall von Bewachungen sinnvoll

Die umfassende medizinwirtschaftliche Betrachtung der Datenlagen des Jahres 2014 und des 1. Quartals 2016, gemäß derer der eigene Operationsbetrieb aus rein medizinwirtschaftlicher Perspektive nicht sinnvoll ist, stellt weiter fest, dass der Betrieb des OP derzeit allenfalls allein durch vollzugliche Kostenpositionen zu rechtfertigen ist, auch unter dem Blickwinkel, dass der Gerätebestand noch nutzbar, aber größtenteils abgeschrieben ist.

Eine Kalkulation auf der Grundlage der Auswertung der OPs I/2016 hat ergeben, dass in externen Krankenhäusern hochgerechnet ca. 80.000 €/a für die durchgeführten Operationen zu entrichten gewesen wäre. Die Bewachungskosten für die ausgewerteten Fälle belaufen sich in der unwahrscheinlichen Höchstannahme auf bis zu ca. 105.733 €/Jahr, im Erwartungsfall auf 35.615 € (Nr. 3.4.2.6.). Damit bewegen sich die zu erwartenden Kosten ohne eigenen OP und unter der Voraus-

setzung der eigenen stationären Nachsorge auf Kosten zwischen dem Erwartungsfall 115.615 € und im Höchstfall auf 185.733 €.

Demgegenüber stehen unter Ausblendung der (unbekannten) mittel- bis langfristig unausweichlichen Modernisierungskosten und nicht erfassbaren Nebenkosten ca. 86.700 € eigene Kosten bei der Durchführung der Operationen im eigenen Hause/ Jahr.

Derzeit erbringt der eigene OP-Betrieb im Erwartungsfall pro Jahr somit ca. ca. 29.000 € Kostenvorteil gegenüber einer externen Lösung.

Dieser verhältnismäßig geringe Kostenvorteil lässt einen langfristigen Weiterbetrieb des OP unter kalkulatorischer Einbeziehung von Investitionskosten nicht sinnvoll erscheinen, denn die Kosten für die Planung und den Umbau eines neuen Operationssaales sowie der notwendigen Peripherie übersteigen voraussichtlich auch den vollzuglichen wirtschaftlichen Nutzen.

Im Ergebnis sollte das Zielmodell unter einer sorgfältigen Erhebung und unter regelmäßiger Überprüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere im Falle unausweichlicher Investitionen den vorläufigen Weiterbetrieb des OPs realisiert werden. Dabei sollte zunächst vom derzeitigen Kostenvorteil in der Erwartungshöhe von ca. 29.000 €/ Jahr ausgegangen werden. Fällt somit eine OP-relevante Investition einschließlich Planung an, die € 290.000 übersteigt, ist der Kostenvorteil rechnerisch bei 10jähriger Nutzungsdauer neutralisiert.

Bei dieser Betrachtung bleiben jedoch das monetär nicht darstellbare Risiko im eigenen Hause durchgeführter Operationen und die allgemein stetig voranschreitende Entwicklung außen vor. Es ist vor diesem Hintergrund abzuwägen, ob ein im Vergleich zu den medizinischen Gesamtkosten im Justizvollzug (Nr. 3.4.2.8.) sehr geringer Kostenvorteil den Fortbetrieb rechtfertigen kann, denn bereits das notwendige Kostencontrolling und die bisher nicht berücksichtigten und mit den gegebenen Möglichkeiten auch nicht erfassbaren Verwaltungskosten (z.B. Planung von OPs) wären dem gegenüberzustellen.

Im Falle des Wegfalls der Eignung als OP z. B. durch Änderung von Standards oder bei Ausfall wichtiger Komponenten, kann letztlich zur gegebenen Zeit eine Prüfung erfolgen, ob eine Weiternutzung der funktionsfähigen Restbestandteile für kleinere Behandlungen möglich ist. Die Bereitstellung einer eigenen OP-Kraft ist dann allerdings nicht mehr erforderlich.

4.1.3.2. Kurzstationäre psychiatrische Station könnte zur Medizinkostensenkung beitragen²⁸

Vor dem Hintergrund der im Vergleich zu anderen Fachbereichen äußerst hohen Kosten für die psychiatrischen Unterbringungen (Nr. 3.4.2.8) hat sich die Projektgruppe auch mit dem Thema der medizinischen Kostenoptimierung befasst.

Eine analog zu der möglichst kurz andauernden Unterbringung auf einer somatischen Station geführte Überlegung ist eine Optimierung der vollzugeigenen psychiatrischen Versorgung zur Reduktion externer Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern.

Auf der Grundlage des Abschlussberichtes der Fachkommission Resozialisierung hatte sich bereits 2011 eine eigene Arbeitsgruppe mit der Entwicklung von Konzepten einer praktischen Umsetzung auseinandergesetzt und ein Arbeitspapier erstellt, das bereits recht konkrete Ansätze und

²⁸ „Modellvariante 4“, Zwischenbericht Nr. 3.2.4.

Anforderungen einer im oder in der Nähe des Zentralkrankenhauses gelegenen psychiatrischen kurzstationären-Abteilung formuliert.

In einem noch zu bestimmenden Bereich des ZKH könnte eine vollzuglich-psychiatrische Station eingerichtet werden. Diese Station soll ausdrücklich nicht eine Ersatzlösung für eine stationäre klinisch-psychiatrische Versorgung im AK Nord oder eine dauerhafte Unterbringung für vollzugliche Problemfälle darstellen, sondern als eine „Station der Weichenstellung“ mit Aufgaben der Exploration, Diagnostik und Therapie und einer maximalen Aufenthaltsdauer von 4 - 6 Wochen eingerichtet werden. Sie soll es aus vollzuglicher Richtung ermöglichen, Problemfälle in einem speziell dafür besser ausgestatteten Umfeld unter Konzentration von Fachkompetenz zu beobachten, zu betreuen und zu entscheiden, welcher weitere Schritt erfolgen muss. Daneben kann diese Station das Patientencontrolling übernehmen und die Möglichkeit bieten, geeignete Fälle ggfs. früher aus dem AK Nord zurückzuholen, da sie nicht direkt sondern stufenweise unter fachkundiger Beobachtung des Fortschritts in den Regelvollzug zurückbegleitet werden. In beide Richtungen – AK Nord oder Vollzug – ist diesem Konzept folgend die jederzeitige Rückverlegung möglich. Eine Akutversorgung wird aber nicht leistbar sein.

Folgende Vorteile werden angenommen:

- Bessere Auslastung des ZKH, ggfs. auch Einnahmen durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen durch andere Bundesländer im Rahmen der bestehenden Kooperationen
- Konzentration von Fachkompetenz innerhalb des Vollzuges
- Personaleffizienz durch Rotation von Psychiatern (AK-Nord)
- Kostenersparnis durch Reduktion von Liegezeiten im AK-Nord
- Bessere Behandlungsmöglichkeiten als in den Anstalten

Die Projektgruppe hat unter Einbeziehung des zuständigen Referenten für den Arbeitsschwerpunkt Psychiatrieplanung und Maßregelvollzug der BGV - G14 Versorgungsplanung - festgestellt, dass im ZKH grundsätzlich für ein solches Vorhaben ein tragfähiges Setting und im Hinblick auf die räumliche Situation auch die notwendige Kapazität gegeben ist.

Das vorhandene Pflegepersonal kann die absehbaren Aufgaben leisten, zudem sich darunter auch Bedienstete mit entsprechenden Qualifikationen befinden. Daneben steht das AK Nord als Kooperationspartner weiterhin zur Verfügung, wird aber „Herr des Verfahrens“ bleiben wollen.

Letztlich ist die Frage nach der Wirtschaftlichkeit die entscheidende. Hierzu ist die Empfehlung zu geben, die Implementierung einer psychiatrischen Übergangseinrichtung in der Liegenschaft ZKH weiter zu prüfen.

Insgesamt könnte eine Ergänzung der derzeit bipolaren Lösung (entweder externe psychiatrische Einrichtung oder Regelvollzug) in der psychiatrischen Versorgung um eine Zwischeneinrichtung durchaus ein sinnvoller Ansatz zur Senkung im Bereich der Medizinkosten darstellen.

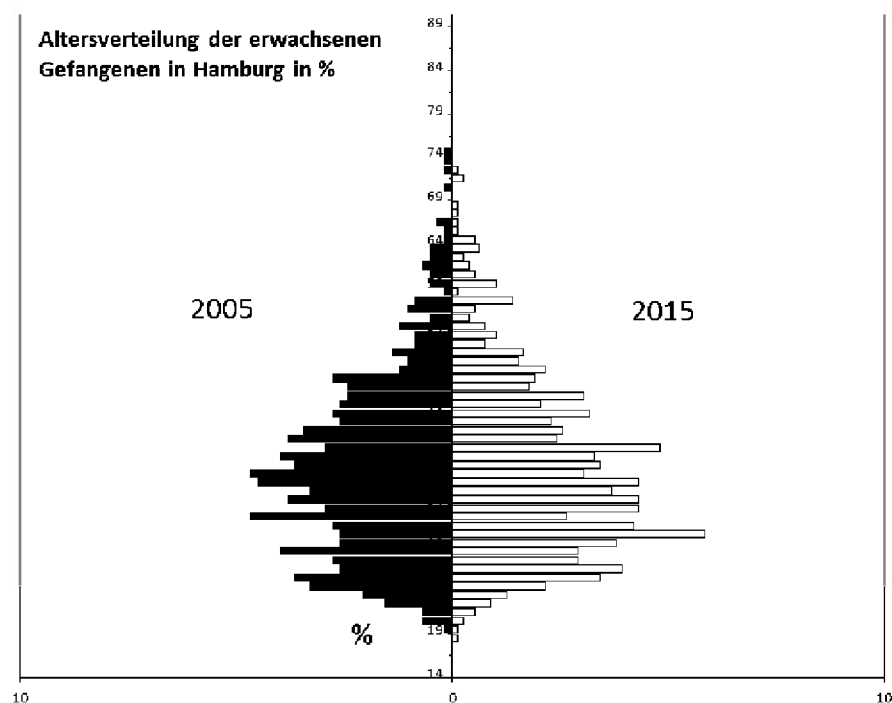
4.1.3.3. Ansatz einer Alters- und Pflegestation derzeit nicht vertieft zu behandeln

Im Rahmen der Prüfung einer bedarfsentsprechenden fachlichen Neuausrichtung des Zentralkrankenhauses wurde auch die Einrichtung einer Therapie- und Pflegestation für den hamburgischen Justizvollzug erörtert. Einrichtungen in diesem Kontext – auch mit dem Schwerpunkt Senioren – sind bereits punktuell in Flächenbundesländern installiert.²⁹

Derzeit ergeben sich aus der vorhandenen Datenlage keine Hinweise auf eine Verdichtung einer aus der allgemeinen demografischen Entwicklung resultierenden Bedarfslage im hamburgischen Justizvollzug, die die Einrichtung einer gesonderten Pflegestation über das bereits vorhandene stationäre Angebot und die Unterbringungs- und Behandlungsmöglichkeiten in den hamburgischen Justizvollzugsanstalten hinaus als geboten erscheinen lässt.³⁰

Zwar lässt sich aus einer Altersverteilung und einer Gegenüberstellung über einen Zeitraum von 10 Jahren kein Pflege- und Therapiebedarf ableiten und valide Prognosen zu demografischen Entwicklungen bedürfen deutlich umfassenderer Datenlagen, hier ist aber ein augenfälliger Hinweis darauf gegeben, dass es in einem mittelfristigen Zeitraum nicht zu deutlich erkennbaren Veränderungen in Richtung einer alternden Gefangenenspopulation und damit auch nicht zu einer größeren Wahrscheinlichkeit eines verstärkt erforderlichen altersbedingten Pflegebedarfs gekommen ist.

Daher und vor dem Hintergrund der im Gegensatz zu den psychischen Erkrankungen nur äußerst abstrakt bestimmbar bedarfslage wurde der Ansatz einer Pflegestation im Rahmen des Projektes nicht weiter verfolgt. Es bleibt Linienaufgabe, die Entwicklung in den kommenden Jahren zu beobachten.



²⁹ Z.B. JVA Hövelhof, Nordrhein-Westfalen, JVA Singen, Baden-Württemberg

³⁰ Siehe DS 20/8089

4.1.3.4. Auflösung der Stationen im Zentralkrankenhaus und Bildung einer Gesamtstation

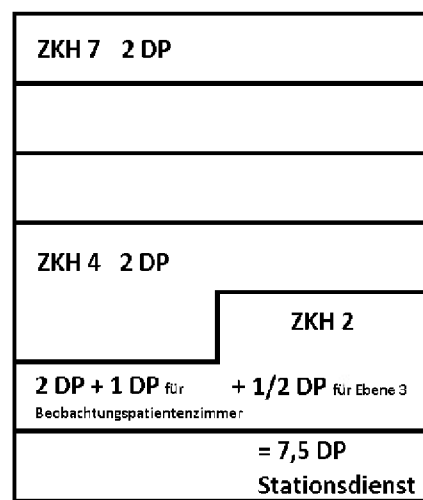
Zur konkreten Ausgestaltung des Ergebnismodells des Fortbetriebs eines restrukturierten ZKH hat sich die Projektgruppe mit dem Ansatz befasst, vor dem Hintergrund der gelebten Dienstpraxis und auch wegen nicht scharf abgrenzbarer Unterbringungen (Berücksichtigung von Trennungen, Vollzugsform etc.) zukünftig nur noch eine ZKH-Station statt der derzeitigen Stationen ZKH 2, ZKH 4 und ZKH 7 mit insgesamt 47 Betten zu definieren.

Medizinisch ist eine Differenzierung in unterschiedliche Stationen nicht erforderlich, wobei es aber aus zweckdienlichen Gründen bei einer separaten Unterbringung von TBC-Fällen auf einer gesonderten Ebene (ZKH 7) bleiben sollte.

Der Personalbedarf der möglichen Gesamtstation kann dabei aus dem bisherigen Dienstpostenbedarf der betriebenen Ebenen 2, 3, 4 und 7 summiert werden.

Im Früh- und Spätdienst sind gemäß der derzeitigen Bedarfsberechnung für ZKH 2 insgesamt drei Dienstposten (zwei DP zzgl. einen DP aufgrund der beiden dort befindlichen Beobachtungspatientenzimmer), für ZKH 3, die als nichtselbstständige Station mitbewirtschaftet wird, ist ein halber DP veranschlagt, für die Ebene 4 sind zwei DP und für die Ebene ZKH 7 sind ebenfalls zwei DP als Bedarf definiert. Hieraus summiert sich der Gesamtbedarf 7,5 DP jeweils für Frühdienst, ebenso wie für den Spätdienst. Für die Wochenenddienste (12 h) sind ebenfalls 7,5 DP ausgewiesen.

Der Nachdienst wird aus zwei DP ZKH und einen DP aus der Ambulanz zur Versorgung der Anstalt bestellt.



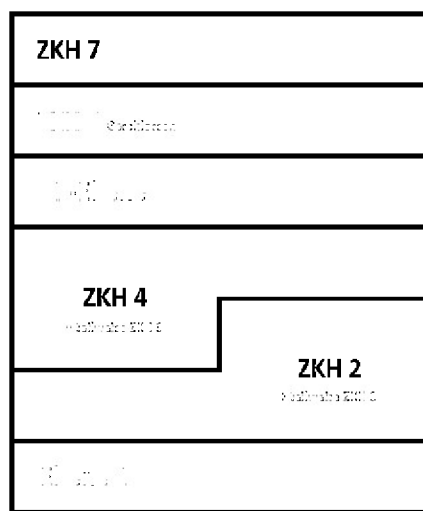
Für die Bewirtschaftung der Gesamtstation ZKH werden somit 7,5 Dienstposten im Früh- und Spätdienst angesetzt.

Mit diesen insgesamt 7,5 Dienstposten werden im Tages- bzw. Tageswechselschichtbetrieb die gesamten vollzuglichen wie pflegerischen Aufgaben erledigt und die Mindestbesetzung der betriebenen Stationen gewährleistet

Es scheint aber vertretbar zu sein, die Dienstpostenstärke am Wochenende (tagsüber) von 7,5 auf 6 zu reduzieren, da Tätigkeiten wie die Durchführung des Gefangeneinkaufes, die Besuchsabwicklung, Sprechstunden und planbare OP-Termine nicht stattfinden.

4.1.3.5. Geringe Auslastung Endoskopie

In dem bereits im Zwischenbericht Nr. 3.2.8. identifizierten Teilbereich Endoskopie hat sich die äußerst geringe Auslastung



tung weiterhin bestätigt. Die Fallzahlen ergeben eine Auslastung von höchstens einem Tag je Woche.

Die Endoskopie kann daher in der Dienstpostenberechnung statt Werktags von Montag bis Freitag auf Montags reduziert werden.

4.1.3.6. Auswirkung auf die Stellenausstattung

Mit der Reorganisation des ZKH und der als geringbelastet identifizierten Fachleistung Endoskopie ergibt sich aus den Positionen 4.1.3.3. und 4.1.3.4. folgende Auswirkung auf den Stellenbedarf:

Aus der Reduktion des Wochenenddienstes ZKH Gesamtstation auf 6 Dienstposten ist eine Stelleneinsparung von 1 Stellen (1,09) Pflegedienst gegeben.

Aus der Reduktion der EEG-Dienstwochentage von 5 Tagen im Tagesdienst auf 1 Tag ist eine Stelleneinsparung von 0,8 gegeben.

Der Pflegekostenverrechnungssatz (Bewirtschaftung) 2016 weist für A9 (Endoskopie) jährlich 59.341 € und für EG7 (Pflegedienst) 52.311 € aus, so dass sich rechnerisch auf der Grundlage der Stellenbedarfsberechnung ein Einsparpotenzial von $59.341 \text{ €} \times 0,8 + 52.311 \text{ €} \times 1 = 99.783,80 \text{ €/Jahr}$ ergibt.

Bei einer Aufgabe des OP wird die Stelle der OP-Pflegekraft entbehrlich und kann eingespart werden. Unter Annahme des unter Nr. 3.4.2.6. ermittelten Fallaufkommens für die Zukunft sind dabei jedoch im Maximalfall mit 24 Stunden Bewachung je OP 1,9 VK AVD erforderlich, im Erwartungsfall (gewisser Teil der Operationen ist ambulant erbringbar) wären 0,64 VK AVD anzusetzen.

4.2. Weitere Varianten

4.2.1. Ärztliche Leistungen

Die Projektgruppe hat sich im Hinblick auf die besonderen Aufgaben der Anstaltsärztinnen und Anstaltsärzte (Nr. 3.1.2.) und unter fachkundiger Beratung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz auf die Empfehlung einer Priorisierung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung verständigt.

4.2.1.1. Besetzung freier Stellen mit eigenen Ärztinnen und Ärzten

Primäres Ziel muss es trotz der angespannten Lage am Arbeitsmarkt für Ärztinnen und Ärzte weiterhin bleiben, freiwerdende Arztstellen mit eigenen Kräften zu besetzen. Vor dem Hintergrund einer auch in anderen Bundesländern gegebenen, insgesamt äußerst dürtigen Bewerberlage gilt ein Hauptaugenmerk daher vor allem der Professionalisierung der Stellenausschreibungen und damit des Marketings.

Hierzu hat sich die Projektgruppe professioneller Unterstützung bedient und bereits ab Sommer 2015 einen Coach mit versierten Kenntnissen im Bereich Personalrecruiting beratend in die Projektarbeit eingebunden. Dieser wurde zuvor mit umfangreichen Informationen über die Tätigkeitsmerkmale und über die Problemstellung ausgestattet.

In der direkten Zusammenarbeit mit dem Coach erfolgte eine Konzentration auf die Attraktivitätsmerkmale einer Tätigkeit im öffentlichen Dienst. Der Ausschreibungstext der Stellenausschreibungen wurde dahingehend einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen.

Um überregional auf die Stellenausschreibung hinzuweisen, wurden ebenfalls in Zusammenarbeit mit dem Coach professionelle Anzeigen für das Deutsche Ärzteblatt auf dem Niveau der Arbeitgeberkonkurrenz erstellt und auf der eigenen Homepage der Justizbehörde, auf dem Stellenmarkt des Deutschen Ärzteblattes sowie über die Printausgabe bundesweit veröffentlicht.

Die Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg

sucht ab sofort und ständig



Bis EGr.15 / EGr. A2
TV-Ärzte 101*
Welche Vordienstverhältnisse durch zuzahlbare Teilzeitarbeit, Ruf- oder Berufschichtverläufe?

Ärztinnen oder Ärzte im Justizvollzug

Die medizinische Versorgung von Gefangenen ist ein fachlich vielseitiges und interessantes Aufgabefeld. Für eine erfolgreiche Resozialisierung ist sie von grundsätzlicher Bedeutung.

Wir suchen zur Sicherstellung der Grundversorgung Ärztinnen und Ärzte, die im Idealfall über eine Facharztqualifikation für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder eine andere Fachrichtung verfügen und sich dieser gesellschaftlich sinnvollen Aufgabe in einer Hamburger Justizvollzugsanstalt mit einem verlässlichen, kollegialen und interdisziplinären Team an Ihrer Seite annehmen wollen.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verstehen wir als einen wichtigen Grundsatz einer erfolgreichen Zusammenarbeit und bieten Ihnen darüber hinaus

- Eigenverantwortung
- Entwicklungsmöglichkeiten
- Flexibilität und
- berufliche Sicherheit im öffentlichen Dienst der attraktiven Metropole Hamburg.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung. Insbesondere freuen wir uns über Bewerbungen von Menschen mit ausländischen Wurzeln.

Bewerbungsanschrift:

Justizbehörde Hamburg
Zentralamt - Personalreferat Z22/13
Drehbahn 36
20364 Hamburg

Mehr Informationen finden Sie unter:

<http://www.hamburg.de/justizbehoerde/stellen-ausbildung/>

Bei grundsätzlichem Interesse, zur Vermittlung von Gesprächen mit bereits bei uns tätigen Ärzten und für weitere Frage wenden Sie sich gerne an:



Hamburg

*) Bei Vorliegen der Voraussetzungen, ggf. auch Sonderarbeitsvertrag in Anlehnung an § 41 Nr. 2 TV-L

Um auf breiter Fläche auch Ärztinnen und Ärzte in der Metropolregion Hamburg zu erreichen, die nicht aktiv nach Stellenangeboten suchen, wurde auf Grundlage der Ausschreibungen ein Radiospot über den hörerstärksten lokalen Radiosender „Radio Hamburg“ initiiert und es erfolgten 4 Ausstrahlungen zu verschiedenen Tageszeiten.

Die Sprechtexte stellten auch auf die Attraktivitätsmerkmale des öffentlichen Dienstes, insbesondere der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, ab.

Derzeit erfolgen auch Veröffentlichungen auf weiteren Anzeigenplattformen.

Zum Stand des Abschlussberichtes (30.09.2016) liegen drei Bewerbungen auf eine aktuelle Stellenausschreibung Anstaltsärztin oder Anstaltsarzt vor. Alle Bewerbungen nehmen Bezug auf die Werbung im Deutschen Ärzteblatt.

Auch fortgesetzt sollte demnach bei Stellenausschreibungen auf eine großformatige Anzeige im Ärzteblatt und im erarbeiteten Umfang geschaltet werden.

4.2.1.2. Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich ärztliche Leistungen

Bleibt eine Nachbesetzung trotz aller Bemühungen mittelfristig erfolglos oder lassen sich nur Teilergebnisse erzielen, muss eine Ausschreibung der zu erbringenden Leistungen und Bindung an einen medizinischen Dienstleister erfolgen (Kooperationslösung). Ein Markterkundungsverfahren über 5 ärztliche Leistungsäquivalente (10.400 h/a) hat bereits einen potenziellen Kooperationspartner identifiziert. Nachteil dieses Lösungsansatzes ist jedoch der Rückzug auf die rein medizinischen Leistungen und eine voraussichtlich langfristige vertragliche Bindung. Ein Ausschreibungsverfahren befindet sich in Vorbereitung.

4.2.1.3. Honorarärzte

Bleibt auch eine Ausschreibung und Bindung das Ausschreibungsverfahren ergebnislos, muss zur Sicherstellung der „hausärztlichen“ Grundversorgung in den Anstalten auf Honorarärzte zurückgegriffen werden. Dieses ist im Hinblick auf Planbarkeit und Kontinuität die ungünstigste Lösung, sichert aber im Falle des Scheiterns anderer Lösungen in der Hamburger Vollzugslandschaft mit derzeit sechs Anstalten, darunter eine Untersuchungshaftanstalt mit 24 Stunden / 7 Tage- Zuführungen in Polizeihaft. Als Vorteil könnte es über diese Variante gelingen, Honorarärzte bei der alters- oder wirtschaftlichkeitsbedingten Aufgabe ihrer eigenen Praxis noch bis zum Eintritt in den Regelruhestand für ein Angestelltenverhältnis zu gewinnen. Auch die Vernetzung unter den Ärzten selbst und die Mund zu Mund- Werbung für eine Tätigkeit im Justizvollzug darf dabei nicht unterschätzt werden.

4.2.2. Organisatorische Maßnahmen

Die Projektgruppe wurde im Rahmen der Grunddatenerhebung, der Vorortbesichtigungen in den Ambulanzen und im Zentralkrankenhaus und in der Diskussion um die Ausgestaltung des Zielmo-

dells mit Problemstellungen konfrontiert, die auch die Hinterfragung der derzeitigen Organisation notwendig erscheinen ließen.

4.2.2.1. Leitende Ärztin/ Leitender Arzt

Die Funktion einer gesamtverantwortlichen ärztlichen Leitung im Justizvollzug erscheint auch bei weitreichenden Outsourcinglösungen unverzichtbar und bedarf einer Besetzung mit einer eigenen Kraft. Diese Besetzung erfolgte zum 1. September 2016. Zur Unterstreichung der Gesamtverantwortung für die medizinische Versorgung mit dem Schwerpunkt der Grundversorgung durch die Ambulanzen wurde bereits eine Empfehlung der Projektgruppe aufgegriffen und nunmehr die Leitende Ärztin auch mit dem Leitzeichen J13/7 anteilig auf Referentenebene zugeordnet.

Die gesamtverantwortliche ärztliche Leitung war auch Gegenstand eines Austausches mit dem Land Berlin, in dem eine entsprechende Organisation installiert ist. Im Aufgabenspektrum des dortigen ärztlichen Leiters tritt die eigene medizinische Tätigkeit deutlich hinter Führungsaufgaben zurück. Vorteilhaft wahrzunehmen war in diesem Zusammenhang auch die konsequente Einführung und Weiterentwicklung von Standards wie BASIS-Web / ÄD und Kennzahlen in der Vollzugsmedizin des Landes Berlin.

4.2.2.2. Vollzugseigener medizinischer Dienstleister „Medizinischer Dienst“

Bei der Bearbeitung der unterschiedlichen Themenbereiche ergaben sich punktuelle Problemstellungen und Hinweise auf Veränderungsbedarfe, die die Projektgruppe auch auf die derzeitige Organisation zurückführt. Es ist jedoch in diesem Zusammenhang auch festzustellen, dass die Vorzüge oder Nachteile einer jeweiligen Organisationsstruktur stark von individuellen Einflüssen abhängig sind.

So ist nach Auffassung der Projektgruppe auch die Steuerung des medizinischen Personaleinsatzes (z.B. Festlegung von medizinischen Abläufen, Festlegung von Sprechzeiten, Bedarfsanalyse, Überbrückung von lokalen Engpässen) ein wichtiger Aspekt der vollzugsweiten und bedarfsdeckenden medizinischen Versorgung. Die Chefärztin bzw. der Chefarzt (CA) nahm bisher organisatorisch eher die Rolle eines Leitenden Anstaltsarztes ein. Direkte Steuerungsmöglichkeiten über die UH / das ZKH hinaus besaß sie bzw. er nicht. Dabei wurde aber die Erwartung an den CA gerichtet, vollzugsweit die fachliche Aufsicht über die medizinische Versorgung wahrzunehmen und darüber hinaus in allen Dimensionen - medizinisch, vollzuglich und als Sachverwalter/in öffentlichen Gesundheit und Hygiene im Justizvollzug - adäquat auszufüllen. Aus diesen unterschiedlichen Anforderungen ergeben sich bereits für Anstaltsärzte punktuell Konfliktlagen. Die herausgehobene Funktion CA allerdings ist noch mit weiteren eigenständigen Interessenlagen der Vollzugsaufsicht und der jeweiligen Anstalten konfrontiert (z.B. personelle Situation, rein vollzugliche Abläufe), die die begrenzten Möglichkeiten der Fachaufsicht und die organisatorische Position überlagern.

Vor dem Hintergrund des Prüfauftrages wurde auch die organisatorische Einbettung eines privatwirtschaftlichen medizinischen Dienstleisters in den Justizvollzug in Erwägung gezogen. Unabhängig davon, dass bereits tatsächliche Gründe und vollzugliche Anforderungen gegen eine solche Lösung sprechen (kein potenzieller Anbieter vorhanden), ergeben sich für ein Organisationsmodell mit zentralen Merkmalen und gestützt auf vertragliche Grundlagen durchaus positive Aspekte, die auch in einer Lösung mit eigenem Pflegepersonal Berücksichtigung finden sollten.

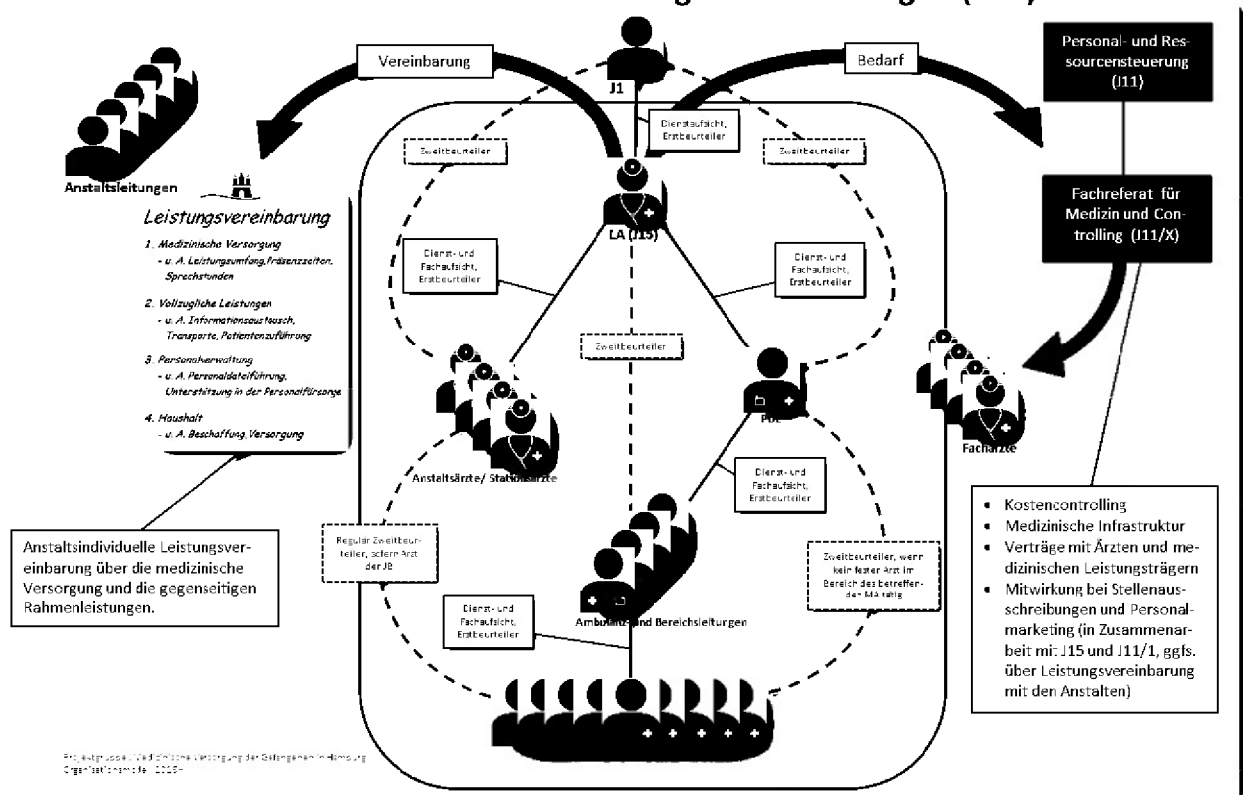
Hieraus hat die Projektgruppe das Modell eines vollzugseigenen medizinischen Dienstleisters mit folgenden Merkmalen arbeitet:

- Vollständige Bündelung des gesamten medizinischen Personals in einen Medizinischen Dienst des Hamburger Justizvollzugs
- Vollständige Anbindung der Leitenden Ärztin oder des Leitenden Arztes (LA) an die Vollzugsaufsicht
- Zentrale Pflegedienstleitung
- Regelung der medizinischen Versorgung und anstaltsseitiger Unterstützungsleistungen durch Leistungsvereinbarungen zwischen den Anstalten und dem Medizinischen Dienst als Äquivalent zu Verträgen mit externen medizinischen Dienstleistern. Ziel ist eine Revision des tatsächlichen medizinischen Bedarfs

Im Rahmen der Projektarbeit erörterte Vorteile dieses Modells:

- Reduktion von nichtmedizinischen Interessen bei notwendigen Veränderungsprozessen im medizinischen Bereich
- Stärkung des Grundsatzes des Primats der Medizin
- Risikominimierte Schaffung einer besseren strukturellen Grundlage für möglicherweise zukünftige Kooperationslösungen mit externen Dienstleistern
- Deutlich bessere Extrahierung der medizinischen Leistungen und Kosten (Controlling)
- Konsequente Einforderung einer Revision des tatsächlichen medizinischen Bedarfs durch Leistungsvereinbarungen und regelmäßige Überprüfungen
- Größere Flexibilität durch direkte Steuerungsmöglichkeit in ärztlichen und pflegerischen Aufgabenbereichen, effizienterer Personaleinsatz

Medizinischer Dienst des Hamburger Justizvollzuges (MD)



Die Projektgruppe hat auf der Grundlage ihrer Arbeitserfahrungen und der gewonnenen Erkenntnisse das zentrale Organisationsmodell eines Medizinischen Dienstes mit der zum gegenwärtigen Zeitpunkt und vor dem Hintergrund der weiteren Aufgaben höchstmöglichen Detaildichte erarbeitet.

Es bedarf hierzu jedoch noch weiterer Detailklärungen und Beteiligungsprozesse, die nicht über die Projektarbeit abgebildet werden können und ein eigenständiges Projekt erfordern.³¹

Der Projektgruppenleiter

30.09.2016

³¹ Maßnahmenkatalog

5. Ergebnis- und Maßnahmenkatalog

Nr.	Gegenstand/ Feststellung	Ergebnis	Bezugsdokumente/ Bezugsprotokolle	Bezugsposition Zwischenbericht	Bezugsposition Abschlussbericht	Weitere Maßnahmen
1	Bei Aufgabe des ZKH stehen keine geeigneten Kooperationspartner zur Verfügung	Aufgabe ZKH keine Option, da stationäre Versorgung sicherzustellen ist	<ul style="list-style-type: none"> 7. LG-Sitzung/ TOP 1 vom 15.02.2016, Ausschlussvermerk vom 06.04.2016 	<ul style="list-style-type: none"> Nr. 3.2.1. 	<ul style="list-style-type: none"> Nr. 2.1. Nr. 4.1.1. 	Fortbetrieb ZKH, langfristige Marktbeobachtung
2	Umwandlung in eine „Bettenstation“ ist medizinisch nicht realisierbar, die Zeichnung inhaltlich nicht greifbar. Es müssen weiterhin stationäre Leistungen erbracht werden, die gemäß § 107 SGB V vollumfänglich die Kriterien für ein Krankenhaus erfüllen	Bettenstation nicht realisierbar	<ul style="list-style-type: none"> 8. LG-Sitzung/ TOP 1 vom 03.05.2016 	<ul style="list-style-type: none"> Nr. 3.2.2. 	<ul style="list-style-type: none"> Nr. 2.2. Nr. 4.1.2. 	Keine
3	Die medizinische Versorgung im Hamburger Justizvollzugsbedarf einer eigenen übergreifend verantwortlichen medizinischen Leitungsfunktion (Leitende Ärztin/ Leitender Arzt)	Nachbesetzung erfolgt	<ul style="list-style-type: none"> 3. LG-Sitzung/ TOP 3 vom 29.05.2015 4. LG-Sitzung/ TOP 3 Nr. 2 vom 30.07.2015 5. LG-Sitzung/ TOP 3 vom 23.10.2015 	<ul style="list-style-type: none"> Nr. 3.1.1.2. Nr. 3.1.2.2. Nr. 3.1.3.1. 	<ul style="list-style-type: none"> Nr. 2.4.2.1. Nr. 4.2.2.1. 	Keine
4	Zur Sicherstellung einer adäquaten vollzugsfachlich fundierten medizinischen Versorgung bedarf es auch weiterhin primär der Nachbesetzung freierwerdender Arztstellen	Freierwerdende Arztstellen werden zur Nachbesetzung ausgeschrieben und professionell beworben	<ul style="list-style-type: none"> 4. LG-Sitzung/ TOP 3 Nr. 3 vom 30.07.2015 	<ul style="list-style-type: none"> Nr. 3.1.3.1. 	<ul style="list-style-type: none"> Nr. 4.2.1.1. 	Frühzeitige Ausschreibung, Veröffentlichung im Ärzteblatt, intensive Bewerberbetreuung
5	Es wird im Justizvollzug kein zulässiges medizinisches und papierunabhängiges Fachverfahren	Die Einführung von BASIS-Web/ AD wird befürwortet	<ul style="list-style-type: none"> 3. LG-Sitzung/ TOP 2a vom 29.05.2015 	<ul style="list-style-type: none"> Nr. 3.2.7. 	Keine tiefergehende Behandlung, Einführung BASIS-Web/AD wird bereits geprüft.	Eine Vorarbeitsgruppe prüft derzeit die Einführung des Basis-Web-Moduls AD-Ärztlicher Dienst.

fahren eingesetzt. Zugriff auf die Datenlage besteht nur oberflächlich und über vordefinierte Fragestellungen, bei Detailfragestellungen nur mit erheblichem Aufwand und nicht zeitnah möglich. Die Möglichkeiten des medizinischen Controllings bedürfen der Stärkung.

Es besteht Schulungsbedarf zu ICD-10 beim Personal.

6

Im Rahmen Prüfung der eigenen Operationen Ausgestaltung des Zentralkrankenhauses wurden die Fallakten 2014 und I/2016 ausgewertet.

- 6. LG-Sitzung/ TOP 1 vom 04.01.2016
- Nr. 3.2.8. (bereits als verzichtbar deklariert)
- Nr. 4.1.3.1.

Fortbetrieb des OP unter fachlich richtiger Dokumentation der Leistungen, Fallprüfung bei anstehendem Investitionsbedarf durch J13/4

7

Die Projektgruppe hat unter verschiedenen Blickwinkeln organisationsbedingte Defizite wahrgenommen.

- Die Projektgruppe hat einen Optimierungsvorschlag zur zukünftigen Organisation eines medizinischen Dienstes im Hamburger Justizvollzug entworfen.
- 5. LG-Sitzung/ TOP 3 vom 23.10.2015
- 7. LG-Sitzung/ TOP 1 vom 15.02.2016
- 8. LG-Sitzung/ TOP 2 vom 03.05.2016
- Nr. 2.2.2.
- Nr. 3.1.2.2.
- Nr. 2.4.2.2
- Nr. 4.2.2.2.

Es bedarf der Ableitung in einen weiteren Arbeits- und Beteiligungsprozess außerhalb der Projektgruppe unter Einbindung der neuen ärztlichen Leitung und J13/4.

8

Die Projektgruppe hat festgestellt, dass erhebliche Defizite im Rechnungsprüfungsverfahren zu externen medizinischen Rechnungen bestehen.

- Die derzeitige Organisation sieht keinen zentralen Rechnungseingang
- 3. LG-Sitzung/ TOP 2b vom 29.05.2015
- Nr. 3.2.7.
- Nr. 3.4.2.7.

Es ist erforderlich, eine zentrale Rechnungsstelle für die Vorprüfung mit entsprechendem Kenntnisstand einzurichten.

Prüfung medizinischer Rechnungen vor.

Das Aufkommen der eingehenden Rechnungen (~vollzugsweit 600/a) rechnet nicht die Schaffung einer vollen Stelle. Es erscheint sinnvoll, eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter in DRGs zu schulen und regelmäßig nachzuschulen (ZKH oder Referat J13/4).

- Nr. 2.3.
- Nr. 4.1.3.2.

- Auf der Grundlage des Abschlussberichtes der Fachkommission „Resozialisierung“ wurde der Platzbedarf für eine psychiatrische Übergangseinrichtung (Standzeit max. 6 Wochen) mit 10 – 12 Plätzen festgestellt.
- Vermerk „Kurzstationäre Behandlung von Gefangenen mit psychischen Erkrankungen innerhalb des Hamburger Strafvollzuges“
- 5. LG-Sitzung/ TOP 3 vom 23.10.2015

10 Die derzeitige Stationskonfiguration des ZKH spiegelt nicht mehr die diensttägliche Realität wieder.

- Auflösung der Stationssystematik ZKH 2 – 4 – 7 und Bildung einer Gesamstation ZKH
- 9. LG-Sitzung/ TOP 1 vom 10.08.2016

LA/ J13/7 koordiniert Umsetzung, Stellenbedarfsberechnung

- Nr. 4.1.3.4.

6. Anhang

6.1. Sitzungsübersicht

6.1.1. Sitzungsübersicht Lenkungsgruppe

Sitzung	Datum	Themen (Stichpunkte)
1	06.02.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplanung PG • Bisherige Ergebnisse und Erkenntnisse
2	27.03.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnis von Vorortbesichtigungen • 1. Newsletter zum Projekt • Einstieg der PG in die Modelldiskussion
3	29.05.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung Zwischenbericht • Bericht vom Besuch im Berliner Vollzug, u. A. zu Basis-Web und DRG-Prüfung
4	30.07.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Auslagerung Krankenhausbetrieb - Markterkundung • Gewinnung eigene Ärztinnen und Ärzte
5	23.10.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungen ZKH-Leistungen • Markterkundungsverfahren ärztliche Leistungen als Option, falls eigene Ärzte nicht gewonnen werden können • Wirtschaftlichkeit OP • Psychiatrische Station • Organisationsstruktur
6	04.01.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Bericht Medizincontroller zu den operativ/stationären Leistungen ZKH und Beurteilung der Wirtschaftlichkeit • Übersicht über den Projektstand
7	15.02.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung Projektstand • Ausschluss Outsourcinglösung
8	03.05.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss Bettenstation • Organisationsmodell • Sachstand Ermittlung des Investitionsbedarfs • Sachstand Stationszuschnitt ZKH • 2. Newsletter zum Projekt
9	10.08.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnis Nacherhebung OP • Vorortbesichtigung OP durch BGV • Kooperationslösung Ärzte eines externen Dienstleisters - Ergebnis der Rechtsprüfung • Organisationsmodell eines eigenständigen medizinischen Dienstes im Justizvollzug • Projektabschluss – Übersicht über verbliebene Punkte

6.1.2. Sitzungsübersicht Projektgruppe

Sitzung	Datum	Themen (Stichpunkte)
1	22.09.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Modalitäten der PG-Arbeit • Datengrundlagen/ Vorgehen Bestandsaufnahme
2	17.10.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischenergebnisse Bestandsaufnahme
3	04.11.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischenergebnisse Bestandsaufnahme • Planung Ambulanzbesuche
4	28.11.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischenergebnisse Bestandsaufnahme • Medizinisch-vollzugliche Schnittstellen
5	19.12.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Planung der Erhebungen Fallzahlen Ambulanzen in I/2015 und externe medizinische Kosten 2010, 2013, 2014
6	13.02.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Sachstand Erhebungen und Planung Besuch Vollzugskrankenhaus Berlin
7	23.03.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Definition der Modelle 1 – 5, Beginn Modelldiskussion • 1. Newsletter
8	10.04.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Vorlage der Auswertung der externen medizinischen Kosten 2010, 2013 und 2014 • Fortführung der Modelldiskussion
9	04.05.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischenbericht • Fortführung Modelldiskussion
10	01.06.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Bericht Berlin-Besuch • Besetzung freie Arztstellen • Vorgehen bei der Auswertung der Operationen und stationären Leistungen im ZKH aus 2014 • Fortsetzung Modelldiskussion
11	19.06.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Nachbesetzung freie Arztstellen – Coaching Stellenmarketing • Fortsetzung Modelldiskussion
12	17.07.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Arztausschreibung • Fortsetzung Modelldiskussion
13	07.08.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Finale Abstimmung der Arztausschreibungen • Fortsetzung Modelldiskussion
14	04.09.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Versorgung im ZKH • Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen ZKH/OP
15	18.09.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Sachstandsberichte Erhebung ZKH-Akten, Markterkundung ärztliche Leistungen, Stellenausschreibung • Wirtschaftlichkeitsbetrachtung
16	28.09.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Sachstandsberichte Erhebung ZKH-Akten, Stellenausschreibung • Wirtschaftlichkeitsbetrachtung
17	02.10.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Versorgung im ZKH
18	19.10.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Zukünftige Organisation/ Aufsichtsstruktur
19	27.11.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Sachstände ZKH-Aktenauswertung, Wirtschaftlichkeitsbetrachtung ZKH- Gerätebestandsliste • Projektverlängerungsantrag

		<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der medizinischen Versorgung
20	14.12.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrales Organisationsmodell der medizinischen Versorgung • Wirtschaftlichkeit OP
21	13.01.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnis der ZKH-Aktenerhebung und weiteres Vorgehen OP • Zentrale Organisation der medizinischen Versorgung – Modellkritik der Anstaltsleitungen
22	12.02.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Modell 1 – Aufgabe ZKH – Katalogentwicklung für vollzuglichen Bedarf bei Outsourcinglösung • Modell 3 – Optimierung ZKH • Zentrale Organisation der medizinischen Versorgung
23	07.03.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Modell 3 – Optimierung ZKH – Stationszuschnitt
24	30.03.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss Modell 1 • Modell 3 – Optimierung ZKH – Stationszuschnitt
25	11.04.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Modell 3 – Optimierung ZKH – Stationszuschnitt
26	06.05.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Newsletter • Geräteausstattung und Investitionen • Modell 2 – Bettenstation – Ausschluss • Modell 3 – Optimierung ZKH – Stationszuschnitt
27	13.05.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Stationszuschnitt ZKH und Fachdienste
28	27.05.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Fachdienste ZKH
29	13.06.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Fachdienste ZKH
30	27.06.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Fachdienste ZKH • Ambulanz der UH • Ambulanzen der Anstalten
31	11.07.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulanz UH • Personalverwaltung und kaufmännische Leistungen in einem zukünftigen medizinischen Dienst
32	01.08.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Fachbereiche und Ambulanz – Stellenausstattung • Kaufmännische Leistungen in einem zukünftigen medizinischen Dienst
33	16.08.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Fachbereichsbetrachtung ZKH und Ambulanz, Prüfung Konsens UH • Abschlussbericht
34	14.09.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Fachbereichsbetrachtung ZKH und Ambulanz, Ergebnis UH • Abschlussbericht
35	26.09.2016	<ul style="list-style-type: none"> • Abstimmung der wesentlichen Ergebnisse des Abschlussberichtes

6.1.3. Vorortbesichtigungen

Datum	
17.11.2014	Ambulanz JVA Billwerder
24.11.2014	Ambulanz Untersuchungshaftanstalt und ZKH
09.12.2014	Ambulanz JVA Glasmoor
16.12.2014	Ambulanz JVA Fuhlsbüttel
23.02.2015	Ambulanz Untersuchungshaftanstalt und ZKH
06.03.2015	Ambulanz JVA Hahnöfersand
07.05.2015	Vollzugskrankenhaus Berlin
06.07.2016	ZKH OP, Station, Sterilisation

6.2. Glossar

Bezeichnung	Erläuterung
BASIS-Web/ ÄD	Das B uchungs- und A brechnungssystem im S trafvollzug ist eine unter der Federführung des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelte Datenbank, die den Großteil der Bereiche der Vollzugsverwaltung in den Anstalten abbildet und modular aufgebaut ist. In ihr werden personen- und vollzugsbezogene Daten der Gefangenen gespeichert und verarbeitet. Das Modul Ä rztlicher D ienst als digitales Abbild der Gesundheitsakte ist eine in Hamburg bisher ungenutzte Teilfunktion. Es baut unter anderem auf dem Standard ICD-10 auf und ist eng mit anderen Modulen vernetzt (z.B. im Bereich der Ernährung, bestimmte Kostformen)
DRG	D iagnosis R elated G roups (Diagnosebezogene Fallgruppen) ist ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren, mit dem stationäre Fälle anhand von Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren und demographischen Variablen bestimmten Fallgruppen aufgrund ihrer methodischen Ähnlichkeit zugeordnet werden. Grundsätzlich sind DRGs für die vollzugseigene Versorgung nicht unmittelbar von Bedeutung. Sie sind aber wichtig für die Prüfung und Abrechnung externer Leistungen und für Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen. Weiterhin lassen sie Plausibilitätsprüfungen zu.
EBM	Der E inheitliche B ewertungsmaßstab ist ein Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte, ambulante oder belegärztliche Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden und ist damit ein Vergütungssystem der ärztlichen Versorgung in Deutschland. EBM findet im hamburgischen Justizvollzug keine Anwendung.
ICD 10	Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist ein weltweit anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sind gem. § 295 Abs. 1 SGB V verpflichtet, Diagnosen nach ICD-10 in der deutschen Modifikation (German Modifikation) zu verschlüsseln.
OPS	Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren.

6.3. Aktensystematik zum Projekt

Aktentitel	Aktenzeichen
Projekt Medizinische Versorgung der Gefangenen in Hamburg	4550/54
Protokolle Lenkungsgruppe	4550/54/1
Protokolle Projektgruppe	4550/54/2
Auswertungen	4550/54/3
Berichte	4550/54/4
Newsletter	4550/54/5

Justizbehörde
Amt für Justizvollzug und Recht
- J1 -
Drehbahn 36
20354 Hamburg

Ansprechpartner: – J1/013 –
Tel: 040 428 43-4785
<http://www.hamburg.de/justizbehoerde>