

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Geschäftsbericht 2011





KG NW

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
Krankenhausfinanzierung und -planung	14
Krankenhausorganisation, EDV und Statistik	28
Medizin	54
Rechts-, Vertrags- und Personalwesen im Krankenhaus	58
Politik / Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	75
Schiedsstellen nach §§ 18, 18a KHG.....	88
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien	91
Satzung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	115
Abkürzungsverzeichnis	126
Organigramm	132
Impressum	133



Vorbemerkung



KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum

Rückblickend war das Jahr 2011 ein turbulentes und ereignisreiches Jahr, das maßgeblich vom Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und der in diesem Gesetz vorgesehenen Etablierung eines eigenständigen spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs zum weiteren Abbau der Barrieren zwischen den Sektoren bestimmt wurde. Weiterhin rückten die im GKV-Finanzierungsgesetz verankerten Kürzungen im Krankenhausbereich für die Jahre 2011 und 2012 und die damit verbundenen Folgen der finanziellen Belastungen auch im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel in den Vordergrund.

Neben diesen Schwerpunkten der Bundesebene nahm die KGNW auf Landesebene zum GKV-VStG in ihren vorläufigen Eckpunkten zur Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten wohnortnahen medizinischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung

der Bedarfsplanung Stellung. Die KGNW positionierte sich zudem neben tagessaktuellen Themen insbesondere im Hinblick auf die Neuaufstellung des Krankenhausplans und zu Entwicklungen der Krankenhaushygiene verbunden mit dem Umsetzungsstand der KRINKO-Empfehlungen.

GKV-VStG

Auf beiden Ebenen – Bund und Land – hat sich die KGNW immer wieder zu Wort gemeldet und eingebracht. Im Kontext des GKV-VStG standen die Themenfelder „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, „Medizinische Versorgungszentren“, „Gemeinsamer Bundesausschuss“ und „Erprobung Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Fokus. Als KGNW haben wir die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgeschlagene Neugliederung der medizinischen Versorgung in die haus- und fachärztliche Grundversorgung, die spezialfachärztliche Versorgung und die stationäre Krankenhausversorgung zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung begrüßt.

Vonseiten der KGNW wurde dabei immer betont, dass bei einer Neuordnung der Versorgung sowohl Kostenträger als auch Leistungserbringer entsprechend dem Grad der Versorgungsbeteiligung gleichberechtigt als Beteiligte an der Ausgestaltung der Versorgung mitwirken sollten. Hervorgehoben wurde zudem die Letztverantwortung des Landes für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung in allen Bereichen.

Um der Versorgungssituation vor Ort gerecht werden zu können, sollte eine zentrale, sektorenübergreifende Planung zur Sicherstellung der Versorgung auf Landesebene auf regionaler Ebene durch die Selbstverwaltungspartner unter Beteiligung der Landesregierung erfolgen und durch entsprechende Koordinationsgremien ergänzt werden.

GKV-VStG und § 90a SGB V

Auch ausgehend von diesen Positionen hat die KGNW die Interessen der NRW-Kliniken am 01.03.2011 auf Landesebene in einem gemeinsamen Gespräch zur sektorenübergreifenden Versorgung mit Frau Ministerin Steffens und der Staatssekretärin Frau Bredehorst des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter sowie den Spitzen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Techniker Krankenkasse vertreten. Von den Beteiligten wurde eine erforderliche sektorenübergreifende Betrachtungsweise bei der Planung von Versorgungsstrukturen in den Vordergrund gerückt. Im Hinblick auf die im Gesetzgebungsverfahren eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wurde Einvernehmen erzielt, als Land NRW sich ergänzend zu den bisherigen Instrumenten der ambulanten und stationären Bedarfsplanung zusätzlich für die Schaffung eines sektorenübergreifenden Gremiums auszusprechen.

Erfreulich war hier die Zusage von Ministerin Steffens, diese Position in den weiteren Verhandlungen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Bundesebene ausdrücklich zu vertreten. Als weiteres Ergebnis wurde in nachfolgenden Gesprächen auf Landesebene zwischen der KGNW und der KV Nordrhein insbesondere auch die sektorenübergreifende Versorgung thematisiert.

Die gemeinsamen Bemühungen führten letztlich in der erfolgreichen Umsetzung dazu, dass im GKV-VStG die Länder nach § 90a SGB V die Möglichkeit zur Bildung eines solchen gemeinsamen Gremiums auf Landesebene erhalten haben. Weiterhin wurde im Gesetz trotz massiver Kritik auch seitens der KGNW geregelt, dass nach § 116b SGB V Leistungen aus dem Bereich der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie onkologische und rheumatologische Erkrankungen nur noch bei „schweren Verlaufsformen“ zur spezialfachärztlichen Versorgung gehören sollen und die konkrete Abgrenzung der Leistungen weiterhin durch den G-BA erfolgt. Weiter ist eine Krankenhausbehandlung nur möglich, wenn eine Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Facharzt vorliegt. Nach dem Gesetz bleiben Krankenhäuser neben Ärzten grundsätzlich zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren berechtigt – aber mit der künftigen gesetzlichen Beschränkung auf Gesellschaften mit beschränkter Haftung und Personengesellschaften.

Kostendämpfungsmaßnahmen der Bundesregierung

Neben diesen von den Krankenhäusern äußerst kritisch bewerteten neuen gesetzlichen Regelungen im GKV-VStG stießen die parallel zum Gesetzgebungsverfahren von der Bundesregierung umgesetzten Kostendämpfungsmaßnahmen angesichts der Milliardenüberschüsse der gesetzlichen Krankenkassen auf völliges Unverständnis. So wurden allein den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern durch die im GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehene Kürzung der Grundlohnrate um 0,25 Prozent auf 0,9 Prozent und Mehrleistungsabschläge in Höhe von 30 Prozent insgesamt fast 150 Mio. Euro entzogen.

Immer wieder hat die KGNW darauf hingewiesen, dass die Krankenhäuser damit ihren Sparbeitrag bereits in 2011 mehr als erfüllt haben, aber trotzdem im GKV-VStG keine finanziellen Entlastungen für die Kliniken vorgesehen sind und damit weiter an den überholten Sparplänen der Bundesregierung festgehalten wird.

Vonseiten der KGNW wurden gegenüber der Öffentlichkeit, in politischen Gesprächen und auf Veranstaltungen wie dem KGNW-FORUM kontinuierlich die Rücknahme der Absenkung der Veränderungsrate aus dem GKV-FinG für das Jahr 2012 um 0,5 Prozent sowie die Refinanzierung der Tarifabschlüsse gefordert, damit es nicht zum prognostizierten Abbau von Personal und eklatanten Personalmangel in den Krankenhäusern komme. Als weitere zentrale Forderung wur-

de die ebenfalls im GKV-FinG vorgesehene Ablösung der Grundlohnrate durch den Orientierungswert erhoben.

Da zu erkennen war, dass sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in NRW aufgrund massiv steigender Löhne bei nahezu stagnierenden Einnahmen im Jahr 2012 weiter verschlechtern würde und vonseiten der Bundesregierung eine Lösung der Finanzierungsfrage eher unwahrscheinlich erschien, wurden einerseits auf DKG-Ebene eine kurzfristige Kampagne sowie andererseits weitere öffentlichkeitswirksame Maßnahmen im Jahr 2012 diskutiert. Im Ergebnis führten diese Überlegungen dann letztlich mit Blick auf die Bundesregierung zu der größten öffentlichkeitswirksamen landesweiten Kampagne in der Geschichte der KGNW, um den zentralen Forderungen der Kliniken Nachdruck zu verleihen.

Hygiene im Krankenhaus

Weitere aktuelle Ereignisse haben im Jahresverlauf 2011 erneut zu Diskussionen über Hygienestandards in deutschen Krankenhäusern auf der Bundes- und Landesebene und über die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Krankenhaushygieneverordnung geführt, die im Ergebnis in einer Novellierung des Infektionsschutzgesetzes mündeten. Dieses Gesetz sieht ebenso wie der vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium erarbeitete „Aktionsplan Hygiene“ eine stärkere Wahrnehmung der Fachaufsicht durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst vor.

Die KGNW hat in der Hygiene-Diskussion vielfach hervorgehoben, dass die Umsetzung der sehr strengen und personalintensiven Hygieneverordnung die Krankenhäuser, mangels verfügbarer Fachkräfte auf dem Markt, vor erhebliche Probleme stellt.

Gleichzeitig wurden die Krankenhäuser intensiv über die Notwendigkeit und Bedeutung geeigneter Maßnahmen in der Krankenhaushygiene, wie z. B. eine flächendeckende Prävention, Überwachung (Surveillance), Therapie und Sanierung der infizierten bzw. kolonisierten (besiedelten) Personen während und insbesondere auch nach dem stationären Aufenthalt informiert. Das rationale Zusammenwirken von stationärer und ambulanter Antibiotikatherapie und die zentralen Aufgaben der Hygienekommission sowie die Bedeutung der Netzwerkbildung aller Akteure entlang des MRSA-Kreislaufs wurden ebenfalls herausgestellt.

Krankenhausaktivitäten im Bereich Hygiene

Auch die gemeinsam vom MGEPA und der KGNW durchgeführte Bestandsaufnahme des Umsetzungsgrads der Krankenhaushygieneverordnung NRW führte zur weiteren Sensibilisierung der Krankenhäuser in diesem Bereich. Dieser Umfrage lag die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen aus dem Jahr 2009 zugrunde.

Die überaus hohe Beteiligung der Krankenhäuser an der gemeinsamen Umfrage und die ausdrückliche Befürwortung der KGNW als Mitglied in der Landesgesundheitskonferenz, als Thema „Nosokomiale Infektionen“ in der EntschlieÙung der 20. Landesgesundheitskonferenz aufzugreifen, zeigen den hohen Stellenwert, den die Krankenhäuser dieser Thematik beimessen.

Daher hat sich die KGNW maßgeblich in die Erarbeitung der EntschlieÙung der 20. Landesgesundheitskonferenz „Prävention nosokomialer Infektionen“ eingebracht, die im Dezember auf der „Jubiläums-Konferenz“ unter Beteiligung von NRW-Ministerpräsidentin Hannelore Kraft im nordrhein-westfälischen Landtag verabschiedet wurde. Zentraler Inhalt der EntschlieÙung ist ein übergreifendes Handlungskonzept, um insbesondere den Einsatz von Antibiotika zu regulieren und Qualitätsverbesserungen in der Hygiene zu erreichen.

EHEC-Infektionen in Deutschland und NRW

Weiteren außergewöhnlich hohen Einsatz aller an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser verlangten die weltweit größten bislang beschriebenen Ausbrüche von EHEC in Deutschland und in NRW.

Nur so konnte erreicht werden, dass den fast 5.000 Betroffenen zu jedem Zeitpunkt auch in NRW eine bestmögliche Versorgung zukommen konnte.

In den Krankenhäusern mussten hierzu einschneidende strukturelle und organisatorische Anpassungen mit der Folge erheblicher finanzieller Belastungen vorgenommen werden.

Auch hier hat die KGNW kurzfristig eine Umfrage mit einer hohen Beteiligung der betroffenen Krankenhäuser durchgeführt, um einen Überblick über den Umfang dieser zusätzlichen finanziellen Belastungen zu erhalten. Die ermittelten Daten zur Anzahl der behandelten und entlassenen „EHEC-Patienten“ sowie den abgerechneten DRGs wurden dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) zur Verfügung gestellt und auf der Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Juni 2011 thematisiert, um vonseiten der Politik Lösungen für eine kostendeckende Finanzierung der EHEC/HUS-Infektionen zu finden.

Neuaufstellung des Krankenhausplans in Nordrhein-Westfalen

Neben diesen Schwerpunktthemen rückte die Positionierung der KGNW zur Neuaufstellung des Krankenhausplans in Nordrhein-Westfalen im Jahresverlauf immer mehr in den Vordergrund. Im Hinblick auf die Ankündigung von Gesundheitsministerin Barbara Steffens, bis zum Ende des Jahres 2011 einen neuen Krankenhausplan vorlegen zu wollen, bestand die Notwendigkeit, die KGNW-Positionen, die z. T. noch in den Jahren 2008 und 2009 beschlossen worden waren, zu überprüfen.

Grundsätzlich vertritt die KGNW den ordnungspolitischen Ansatz, dass prinzipiell die Krankenhausplanung als Kernaufgabe eine Planung der Kapazitäten ist. Die KGNW spricht sich zudem dafür aus, dass eine Planung über die Gebiete nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztinnen und Ärzte hinaus nur bei einem Versorgungsmangel bzw. einer Unterversorgung vorgenommen wird oder eine Planungsvorgabe – wie bei den Transplantationszentren – gesetzlich geregelt ist.

Vor diesem Hintergrund des staatlichen Sicherstellungsauftrags hält die KGNW darüber hinaus lediglich im Bedarfsfalle die Festlegung von Kapazitäten für schwer Brandverletzte, Kapazitäten für schwer Hirnverletzte und Intensivpflegeeinheiten durch das Land für erforderlich. Geachtet werden muss zudem darauf, dass die nordrhein-westfälische Krankenhausversorgung nicht durch zusätzliche, isolierte Vorgaben von den Entwicklungen in anderen Bundesländern abgekoppelt werden darf. Insellösungen müssen ebenso vermieden werden wie eine Verlagerung der krankenhauplanerischen Befugnisse vom Land auf die Kostenträger.

Versorgungsangebot in der stationären und teilstationären Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Versorgungsangebot sowohl in der stationären und teilstationären Erwachsenenpsychiatrie als auch der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

ist aufgrund der seit Jahren stetig wachsenden Nachfrage im Bereich der stationär und teilstationär zu behandelnden psychiatrischen Erkrankungen weiterzuentwickeln. Experten erwarten, dass sich dieser Trend auch in Zukunft weiter fortsetzen wird.

Hier schlägt die KGNW auf Basis des aktualisierten „Positionspapiers der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen für den Bereich der Psychiatrie zur Aufstellung eines neuen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen“ mit dem Planungshorizont 2015 ein Korridormodell im Sinne „kommunizierender Röhren“ zwischen stationärer und teilstationärer Erwachsenenpsychiatrie vor. Mit diesem Modell soll der stetig wachsenden Nachfrage nach psychiatrischer Krankenhausbehandlung in beiden Bereichen sowie den überhöhten Bettennutzungsgraden und langen Wartelisten bei der teilstationären Versorgung Rechnung getragen werden. Hieraus ergibt sich aus Sicht der KGNW ein notwendiger Aufbau stationärer Kapazitäten bei einem deutlich höheren Bedarf mit größerer Dynamik im teilstationären Bereich.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie fordert die KGNW weitere Anstrengungen im Rahmen einer zwingend erforderlichen Weiterentwicklung des „Konzepts zur Verbesserung der stationären und teilstationären Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Nordrhein-Westfalen“, damit die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie geschlossen wird.

In einem regionalisierten Verfahren sollen die landesweiten Bedarfskapazitäten anhand der quantitativen Eckwerte und der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2015 konkret vor Ort und auf Kreisebene im Rahmen regionaler Planungskonzepte unter Berücksichtigung der dortigen Gegebenheiten ermittelt werden. Hinsichtlich der Psychosomatik wird seitens der KGNW befürwortet, die bisherige Planung der Psychosomatik im Sinne des Status quo beizubehalten und die weitere Entwicklung zu begleiten.

Determinanten der Krankenhaushäufigkeit

Das Thema Krankenhauskapazitäten in NRW wurde häufig in der Öffentlichkeit begleitet durch eine Diskussion über Krankenhaushäufigkeit, Fallzahlentwicklung sowie die Entwicklung der Krankenhauskosten in NRW. Dies führte seitens der KGNW dazu, das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) zu beauftragen, die Determinanten zu untersuchen.

Das DKI hat hierfür Literatur und Daten zusammengetragen und auf dieser Basis die Ursachen (Determinanten) der Krankenhaushäufigkeit näher untersucht – mit dem Ergebnis, dass die Krankenhaushäufigkeit in NRW (Jahr 2009) um 5,9 Prozent (2.351 Fälle je 10.000 Einwohner) über dem Bundesdurchschnitt (2.220 Fälle je 10.000 EW) liegt. Damit belegt NRW einen durchschnittlichen zehnten Rang (1 = niedrig, 16 = hoch) im Bundesländervergleich.

Nach der Studie ist knapp ein Drittel der erhöhten Krankenhaushäufigkeit mit dem soziokulturellen Erbe NRWs und den damit verbundenen Determinanten Arbeitslosigkeit und Armut assoziiert. Die sozioökonomischen Nachteile haben sich in NRW stärker ausgewirkt als in anderen Bundesländern und beeinflussen auch heute in vielfältigster Weise die Krankheitshäufigkeit. Dass es sich um einen multifaktoriellen Zusammenhang handelt, wird für NRW auch durch weitere Kennzahlen belegt, die mit erhöhter Morbidität in Verbindung stehen, wie z. B. Adipositas, Tabakkonsum, Alkoholisirkonsum, und die vermutlich einen weiteren Teil der Krankenhaushäufigkeit erklären.

In einer weiteren Untersuchung, die an den ersten Teil anschließt, wurde das DKI beauftragt, die ermittelten Determinanten der Krankenhaushäufigkeit auf der regionalen Ebene zu untersuchen. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im zweiten Quartal 2012 erwartet.

Lassen Sie mich kurz zum Abschluss beispielhaft auf einige weitere themenzentrierte Aktivitäten der KGNW eingehen, die über die Landesgrenzen hinaus Beachtung fanden:

Abrechnungsprüfungen

Zum Verdacht auf Falschabrechnung sahen sich die Krankenhäuser und Krankenhausärzte oftmals ungerechtfertigten Vorwürfen ausgesetzt. Die KGNW und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben diese Vorwürfe stets entschieden zurückgewiesen. Auf der Grundlage einer von der DKG bei der BDO-Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Auftrag gegebenen Studie zum Thema „Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens“ wurde den Anschuldigungen, die durch die Komplexität des Systems bedingt sind, auf sachlicher Ebene begegnet. Hingewiesen wurde vor allem darauf, dass 96 Prozent aller Krankenhausabrechnungen unbeanstandet bleiben. Hervorgehoben wurde, dass vielfach erst nachträglich Teile der Rechnung infrage gestellt werden und dann über die Interpretationen von Details gerungen wird. Thematisiert wurden zudem die Höhe der Prüfungskosten von jährlich 700 Mio. Euro und die Personalbindung durch das bürokratische Verfahren zulasten der Patientenversorgung.

Kooperationen zwischen Krankenhäusern und externen Ärzten

Die Frage, ob das Krankenhaus die ärztliche Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nur durch angestellte Ärzte erbringen kann oder ob hierzu auch nicht fest angestellte Ärzte, wie z. B. niedergelassene Ärzte, eingebunden wer-

den können, führte aufgrund unterschiedlicher Bewertungen der rechtlichen Rahmenbedingungen zu intensiven Diskussionen.

Die KGNW ist der Auffassung, die durch bundes- und landesrechtliche Regelungen gestützt wird, dass Krankenhäuser in ihrer Organisation zur Leistungserbringung im Rahmen des Versorgungsauftrags und insbesondere im Bereich des Personaleinsatzes frei sein müssen, Leistungen durch angestellte Ärzte oder Honorarärzte zu erbringen. Dies darf nicht auf Nebenleistungen beschränkt sein, sondern muss auch für Haupt- oder Kernleistungen gelten. Die Erbringung und Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen können nicht vom Status des ärztlichen Personals im Krankenhaus (Beamten- oder Angestelltenverhältnis oder Freiberuflichkeit) abhängen. Zudem erfordert die Versorgungsrealität, insbesondere in strukturell benachteiligten Räumen von Flächenländern, flexible Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten, um eine ordnungsgemäße Patientenversorgung sicherzustellen.

Critical-Incident-Reporting-Systeme

Mit einem verstärkten Informations- und Erfahrungsaustausch trug die KGNW der zunehmenden Bedeutung von Beinahe-Fehler-Meldesystemen Rechnung. Gestützt wurden die KGNW-Aktivitäten im Hinblick auf Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS) durch eine Umfrage bei den NRW-Klinken, die ergab, dass sich in 60 Prozent der Krankenhäuser CIRS bereits in Betrieb oder in der

Einführung befinden und weitere 30 Prozent die Einführung planen. In der KGNW-Fachtagung zum „Einrichten und Betreiben von CIRS im Krankenhaus“, die mit Unterstützung der Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein durchgeführt wurde und auf breite Resonanz stieß, wurden grundlegende haftungsrechtliche Probleme, organisatorische Fragestellungen und Analysemethoden für CIRS-Meldungen diskutiert. Dargestellt wurde zudem, wie durch Motivation und gute Kommunikation der Ergebnisse des CIRS im Krankenhaus die Meldehäufigkeit gesteigert werden kann.

In Abstimmung mit den Ärztekammern und auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der beiden Landesteile soll eine Konzeption zum Betreiben eines gemeinsamen landesweiten regionalen CIRS erarbeitet werden, in das möglichst viele Leistungserbringer ihre Beinahe-Fehler melden können.

Veranstaltungen der KGNW

Auf der 9. Ergebniskonferenz QS NRW, dem 5. Krankenhaus-Qualitätstag NRW und dem 7. Krankenhaus-Umwelttag NRW wurden aktuelle Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene, Projekte und Maßnahmen sowie praktische Umsetzungsbeispiele dargestellt, diskutiert und Perspektiven zu diesen vielschichtigen Themenbereichen aufgezeigt.

NRW-Kliniken bei Jobmessen in Österreich und neues Internetportal zur Weiterbildung

Von Beginn an haben wir als KGNW die gemeinsame Initiative zur Zusammenarbeit im Bereich der ärztlichen Weiterbildung zwischen dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Österreichischen Ärztekammer unterstützt und mitgetragen. Im Rahmen der gemeinsamen Aktivitäten der Initiative mit dem Wissenschaftsministerium NRW und der Ärztekammer Nordrhein wurde die Beteiligung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser an den Jobmessen in Österreich organisiert und darüber hinaus das Internetportal www.docjobs-nrw.de zur Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt in NRW entwickelt. Die Informationen auf „docjobs-nrw“ sollen das Interesse bei ausländischen Ärzten an einer ärztlichen Tätigkeit in Nordrhein-Westfalen wecken und Hilfestellung vor der Arbeitsaufnahme geben. Durch dieses Portal und die durchgeführten Jobmessen konnten zahlreiche Ärzte vor allem aus Österreich gewonnen werden, ihre Weiterbildung in nordrhein-westfälischen Kliniken zu absolvieren.

An dieser beispielhaften Darstellung einiger Schwerpunkte wird die Palette der vielfältigen und unterschiedlichen Themen deutlich, die für die KGNW im Jahre 2011 im Fokus standen. An dieser Stelle möchte ich mich bei den Mitarbeitern der Geschäftsstelle sowie der KGNW für den hohen persönlichen Einsatz, der auch in diesem Jahr

notwendig war, um das breite Spektrum der Aufgaben und Themen zu bewältigen, herzlich bedanken. Nur gemeinsam ist es möglich, den sich ständig verändernden Herausforderungen zu stellen und der stetig wachsenden Aufgabenvielfalt im Interesse der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser gerecht zu werden.



Matthias Blum

Krankenhausfinanzierung und -planung

Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts für das Land NRW

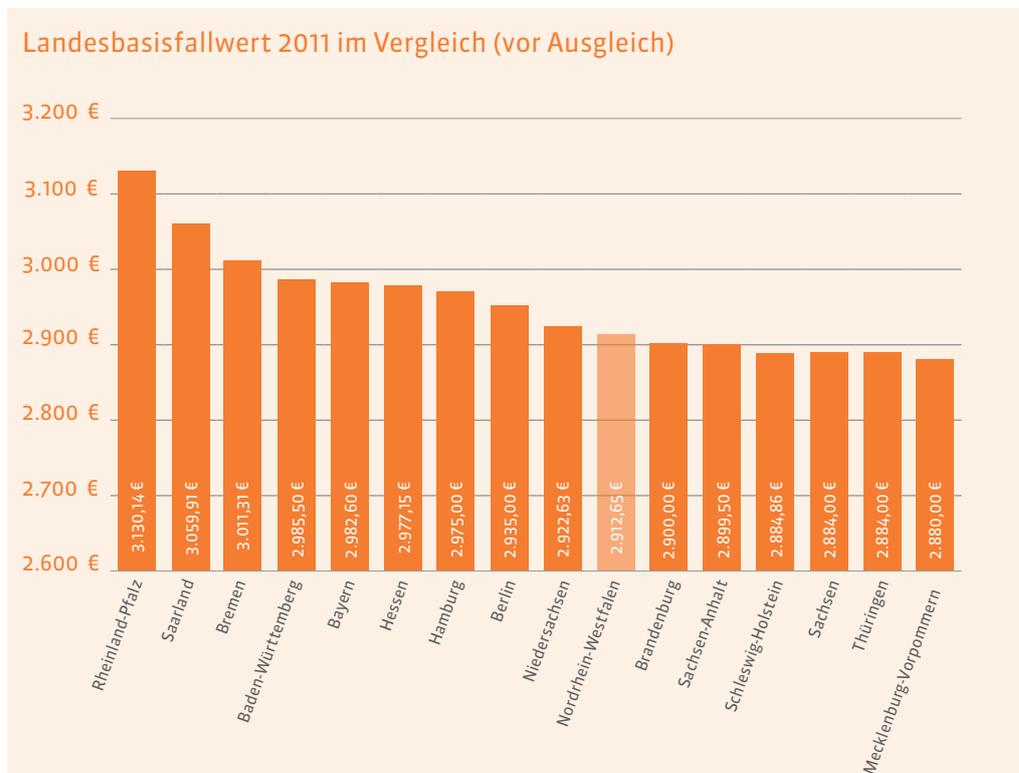
Landesbasisfallwert 2011

Der Gesetzgeber hat die Vertragsparteien auf der Landesebene im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verpflichtet, alljährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert (LBFW) mit Wirkung für die örtlichen Vertragsparteien für das folgende Kalenderjahr zu vereinbaren.

Die Verhandlung zum Landesbasisfallwert 2011 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW begann nach Aufforderung der KGNW am 28.10.2010. Krankenhausseitig wurden die Verhandlungen

erneut von der Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ der KGNW geführt.

Da das auf Ortsebene vereinbarte Leistungsvolumen aller Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 stärker angestiegen war als im Rahmen der Landesbasisfallwertvereinbarung 2010 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW vereinbart, musste zunächst eine Berichtigung des Landesbasisfallwerts 2010 und damit des Ausgangsbetrags für den Landesbasisfallwert 2011 vorgenommen werden.



Quelle: Eigene Abfrage, KGNW

Der Ausgangsbetrag zur Ermittlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2011 betrug nach Berichtigung 2.882,00 Euro.

Ausgehend von diesem Betrag lag der – aufgrund der für den Krankenhausbereich geltenden gekürzten Veränderungsrate für 2011 in Höhe von 0,9 Prozent – maximal verhandelbare Landesbasisfallwert 2011 einschließlich Konvergenz auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor (§ 10 Abs. 8 Satz 6 und 7 KHEntgG) bei 2.912,65 Euro (= Obergrenze). Dieser Wert konnte mit den Landesverbänden der Kostenträger vereinbart werden.

Die Vereinbarung sieht für das Jahr 2011 eine Leistungssteigerung von 1,7 Prozent vor (4.458.446,64 Casemix-Punkte). Darüber hinausgehende Leistungssteigerungen sind bis zu einer Grenze von 0,8 Prozent sanktionsfrei. Insgesamt kann somit in Nordrhein-Westfalen eine Leistungsmenge von bis zu 4.494.114,21 Casemix-Punkten erbracht werden, ohne dass im Jahr 2012 nachträglich eine Berichtigung und ein Ausgleich vorgenommen werden müssen.

Soweit diese Leistungsmenge in Höhe von 4.494.114,21 Casemix-Punkten im Jahr 2011 jedoch überschritten wird, erfolgen im Jahr 2012 eine Berichtigung und ein Ausgleich

in Höhe der Überschreitung der 4.494.114,21 Casemix-Punkte. Die Berichtigung erfolgt mit einer Bewertung der überzähligen Casemix-Punkte in Höhe von 50 Prozent. Der Ausgleich erfolgt mit einer Bewertung von 25 Prozent.

Darüber hinaus erfolgen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts 2012 eine Berichtigung und ein Ausgleich in Höhe der Summe der für das Jahr 2011 erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschalen nach § 120 Abs. 1a SGB V. Die Berichtigung erfolgt in Höhe von 100 Prozent der entsprechenden Summe. Der Ausgleich erfolgt in Höhe von 50 Prozent der entsprechenden Summe.

Mit Bescheid vom 28.02.2011 wurde die von den Vertragsparteien nach § 10 KHEntgG getroffene Vereinbarung über den Landesbasisfallwert 2011 vom MGEPA mit Wirkung zum 01.03.2011 genehmigt.

Landesbasisfallwert 2012

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2012 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin am 21.10.2011.

Erlasse des Ministeriums zur Krankenhausfinanzierung und -planung

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt des Referats lag im Jahr 2011 in der fachlichen Erörterung verschiedener Themenbereiche mit den Partnern des Gesundheitswesens sowie dem MGEPA, die sowohl krankenhaushausplanerischen als auch krankenhaushausfinanzierungsrechtlichen Hintergrund besitzen. Zu nennen sind hier insbesondere die Bereiche

Genehmigung von Budgetvereinbarungen und das Tätigwerden von Kooperations-/Honorarärzten im Krankenhaus. In persönlichen Gesprächen wurden die krankenhaushausseitigen Anliegen und Forderungen verdeutlicht. Ein Diskussionsprozess konnte auf diese Weise angeschoben werden.

G-DRG-System und Abrechnungsbestimmungen 2012

Fallpauschalenkatalog 2012

Der DRG-Katalog für das Jahr 2012 konnte nicht – wie in den vorangegangenen Jahren – durch die Selbstverwaltungspartner vereinbart werden. Der GKV-Spitzenverband hatte i. V. m. den beiden neuen Zusatzentgelten ZE 130 und ZE 131 für hochaufwendige Pflegefälle seine Zustimmung zur FPV 2012 von einer „verbindlichen“ Regelung bezüglich der Überführung der Pflegefördermittel in den Landesbasisfallwert abhängig gemacht. Nach Auffassung der Kostenträger sei durch die Vorschrift des § 10 KHEntgG nicht sichergestellt, dass eine „Doppelfinanzierung“ durch Einrechnung der Pflegefördermittel in voller Höhe in den Landesbasisfallwert i. V. m. der Abrechnung von Zusatzentgelten ausgeschlossen sei. Auch das BMG wies darauf hin, dass der Gesetzgeber die Möglichkeit von Zusatzentgelten bei Fassung der relevanten Regelungen in § 10 KHEntgG nicht antizipiert habe. Das BMG regte an, die aus Sicht von Kostenträger und BMG vorhandene

Regelungslücke durch eine Empfehlung der Selbstverwaltung auf Bundesebene gem. § 9 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG an die Vertragspartnern auf Landesebene zu schließen.

Die DKG hat erläutert, dass die Instrumente für eine sachgerechte Lösung auf der Landesebene bereits auf Basis der derzeitigen Rechtslage zur Verfügung stünden und die verbleibende Unsicherheit im Bereich des Üblichen der Verhandlungen auf der Landesebene liege. Auch auf Nachfrage konnte die Kassenseite den von ihr befürchteten Betrag im dreistelligen Millionenbereich nicht begründen.

Die Selbstverwaltungspartner haben daraufhin nochmals den Versuch unternommen, einen Minimalkonsens für eine Bundesempfehlung zur Überführung der Pflegefördermittel in den Landesbasisfallwert zu finden. Der Vorstand der DKG hat am 03.11.2011 keine Notwendigkeit für eine Bundesempfehlung gesehen, da eine sach-

gerechte Umsetzung auf der Landesebene bereits durch die vorhandene Rechtslage gewährleistet ist. Die DKG hat das BMG am 03.11.2011 über die Entscheidung des Vorstands informiert und betont, dass die DKG nach wie vor bereit ist, die FPV 2012 in der vorliegenden Fassung abzuschließen. Der GKV-Spitzenverband machte seine Zustimmung weiterhin abhängig von einem Abschluss einer verbindlichen Bundesempfehlung.

Nachdem keine Einigung mit dem GKV-Spitzenverband möglich war, hat das BMG eine Ersatzvornahme in die Wege geleit-

et und der DKG am 09.11.2011 den Referentenentwurf für eine „Verordnung zum DRG-Entgeltkatalog für das Jahr 2012 (DRG-Entgeltkatalogverordnung 2012 – DRG-EKV 2012)“ zugesendet. Mit der Ersatzvornahme wurden ausschließlich die Entgeltkataloge in Kraft gesetzt. Der Vorschlag des InEK für die Entgeltkataloge wurde vom BMG unverändert übernommen.

Die DRG-Entgeltkatalogverordnung 2012 wurde am 28.11.2011 im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2010

Land	Krankenhäuser insgesamt			öffentliche Krankenhäuser			freigemeinnützige Krankenhäuser			private Krankenhäuser		
	KH	Betten	Betten je 100.000 Einw.	KH	Betten	Betten je 100.000 Einw.	KH	Betten	Betten je 100.000 Einw.	KH	Betten	Betten je 100.000 Einw.
Deutschland	2 064	502749	614,9	630	244254	298,8	755	173 467	212,2	679	85 038	104
Baden-Württemberg	289	58 045	540	109	38 566	358,8	65	11 965	111,3	115	7 514	69,9
Bayern	373	75 789	605,2	184	54 692	436,7	48	8 555	68,3	141	12 542	100,2
Berlin	79	19 782	573,9	2	7 694	223,2	34	8 397	243,6	43	3 691	107,1
Brandenburg	52	15 244	607,9	19	8 349	333	16	2 838	113,2	17	4 057	161,8
Bremen	14	5 224	791	5	3 103	469,8	7	1 819	275,4	2	302	45,7
Hamburg	47	11 897	668,3	2	1 319	74,1	14	3 938	221,2	31	6 640	373
Hessen	181	35 844	591,1	56	18 636	307,3	48	9 393	154,9	77	7 815	128,9
Mecklenburg-Vorpommern	39	10 454	635	6	2 968	180,3	13	1 998	121,4	20	5 488	333,3
Niedersachsen	198	41 978	529,7	51	17 810	224,7	79	16 078	202,9	68	8 090	102,1
Nordrhein-Westfalen	404	121 780	682,1	85	37 522	210,2	273	77 322	433,1	46	6 936	38,8
Rheinland-Pfalz	98	25 451	635,1	17	8 441	210,6	63	15 272	381,1	18	1 738	43,4
Saarland	24	6 548	642	9	3 982	390,4	15	2 566	251,6	-	-	-
Sachsen	80	26 383	634,8	35	17 042	410,1	18	3 143	75,6	27	6 198	149,1
Sachsen-Anhalt	50	16 527	704,8	17	9 435	402,4	17	3 550	151,4	16	3 542	151,1
Schleswig-Holstein	94	15 743	555,9	19	7 922	279,7	33	3 207	113,2	42	4 614	162,9
Thüringen	42	16 060	716,5	14	6 773	302,2	12	3 416	152,4	16	5 871	261,9

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jahr 2010

Abrechnungsbestimmungen (Fallpauschalenvereinbarung 2012 – FPV 2012)

Die Vereinbarung der Abrechnungsbestimmungen für 2012 kam – im Gegensatz zu der Vereinbarung des Fallpauschalenkatalogs – auf dem Verhandlungswege zustande. Unterstützt wurde die Verhandlung auf DKG-Seite unter Beteiligung von KGNW-seitigen Mitgliedern durch die Beratungen in der Kommission Leistungsentgelte.

Zu den Anpassungen für das Jahr 2012 gehören insbesondere:

1. Abrechnung bei Verbleib der gesunden Mutter aufgrund der Behandlungsbedürftigkeit des Neugeborenen (§ 1 Abs. 5 FPV 2012),
2. Abrechnung teilstationärer Behandlungen bei Verlegung bzw. Wiederaufnahme einer zuvor vollstationären Ein-Belegungstag-DRG (§ 6 Abs. 2 FPV 2012).

Besondere Einrichtungen 2012 (Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2012 – VBE 2012)

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG i. V. m. § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG können besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwer kranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit dem DRG-Fallpauschalenkatalog noch nicht sachgerecht vergütet werden, zeitlich be-

fristet aus dem Vergütungssystem genommen werden. Das Nähere dazu regeln die Vertragsparteien auf Bundesebene in der „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE)“, die aufgrund der im KHG vorgesehenen zeitlichen Befristung und der jährlichen Weiterentwicklung der G-DRG-Kataloge jährlich neu verhandelt wird.

Im Rahmen der Verhandlungen für das Jahr 2012 stand erneut der seit der VBE 2009 in der Präambel enthaltene Prüfauftrag an das InEK bezüglich der Ausnahmeregelung für Palliativstationen im Vordergrund. Eine Umsetzung des Prüfauftrags auf Basis der vorliegenden Daten des Jahres 2010 war jedoch nicht sinnvoll, da für das kommende Jahr Neuerungen im OPS und im Entgeltkatalog eingeführt werden, die für eine Bewertung der zukünftigen Abbildung der Palliativmedizin berücksichtigt werden müssen. Durch das DIMDI wurde ein neuer Code für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98e) in den OPS aufgenommen, der erstmalig im Jahr 2012 zu erfassen ist. Zudem werden mit dem DRG-Katalog 2012 zwei Zusatzentgelte für besonders pflegeaufwendige Fälle (ZE 130 und ZE 131) eingeführt, die sowohl palliativmedizinische Fälle in besonderen Einrichtungen als auch das Zusatzentgelt für palliativmedizinische Versorgung (ZE 60) betreffen können. Eine differenzierte Aussage zu den inhaltlichen Überschneidungen der Zusatzentgelte für Palliativmedizin und hohen Pflegeaufwand ist mit den vorliegenden Daten noch nicht möglich. Aufgrund

der Überschneidungen der Zusatzentgelte wurden für besondere palliativmedizinische Einrichtungen, wie bereits für das ZE 60 geregelt, auch die Abrechnungen der ZE 130 und ZE 131 ausgeschlossen.

Der Prüfauftrag an das InEK wurde zunächst erneut um ein Jahr verschoben. Da die Daten des Jahres 2012 dem InEK jedoch erst im Frühjahr 2013 zur Verfügung stehen werden, haben sich die Vertragspartner im Spitzengespräch verständigt, spätestens im Jahr 2013 auf Grundlage der Ergebnisse des Prüfauftrags über die erforderlichen Anpassungen der VBE 2014 zu entscheiden. Daher ist unabhängig von der Abrechnungsfähigkeit der Zusatzentgelte eine möglichst vollständige Dokumentation der OPS für palliativmedizinische Versorgung und der OPS für hohen Pflegeaufwand bereits ab dem Jahr 2012 bedeutsam für die Umsetzung des Prüfauftrags. Ohne diese Informationen werden

die Besonderheiten der Patientenstruktur in den ausgenommenen Einrichtungen nur schwer nachweisbar sein. Zudem können diese Informationen entscheidend für die Sachgerechtigkeit einer ggf. erforderlichen Anschlussregelung für das Jahr 2014 werden.

Mit Ausnahme der Regelungen für die palliativmedizinischen Stationen wurde die VBE 2011 ohne weitere inhaltliche Änderungen für das Jahr 2012 fortgeschrieben. Die in der VBE enthaltenen DRG-Listen wurden durch das InEK an den G-DRG-Katalog für 2012 und die Vereinbarung redaktionell an das Jahr 2012 angepasst. Die Abstimmung der Endfassung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung wurde am 08.12.2011 geschlossen.

Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit im Jahr 2011 – insgesamt 168,9 Mrd. Euro

Stationäre Leistungen 60,1 Mrd. Euro (35,6 %)

Krankenhausbehandlung	60,1 Mrd. €	35,5 %
-----------------------	-------------	--------

Ambulante Leistungen 79,6 Mrd. Euro (47,1 %)

Ärztliche Behandlung	27,6 Mrd. €	16,4 %
----------------------	-------------	--------

Heil- und Hilfsmittel	11,2 Mrd. €	6,6 %
-----------------------	-------------	-------

Arzneimittel	29,1 Mrd. €	17,2 %
--------------	-------------	--------

Zahnarzt und Zahnersatz	11,7 Mrd. €	6,9 %
-------------------------	-------------	-------

Übrige Leistungen (17,3%)	29,2 Mrd. €	17,3 %
----------------------------------	-------------	--------

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Zahlen, Daten, Fakten 2011

Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V

Ab dem Jahr 2009 werden ambulante Leistungen, deren Abrechnungsgrundlage der EBM ist, auf Basis der für den Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

Die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung, die unabhängig von der Kassenzugehörigkeit für alle gesetzlich krankenversicherten Patienten gleichermaßen zur Anwendung kommen, ergeben sich aus der Multiplikation der EBM-Punktzahlen mit einem Punktwert. Hierfür hat der EBM-

Bewertungsausschuss einen bundesweiten Orientierungswert vorzugeben, von dem die Gesamtvertragspartner auf Landesebene grundsätzlich nur unter bestimmten Voraussetzungen abweichen können. Der Erweiterte Bewertungsausschuss legte den Orientierungswert für die Jahre 2011 und 2012 unverändert auf 3,5048 Cent fest. In beiden Landesteilen werden die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser auf Grundlage des auf Bundesebene vereinbarten Orientierungspunktwerts in Höhe von 3,5048 Cent nach entsprechender Bestätigung der jeweiligen Verbände der Krankenkassen vergütet.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Zur Umsetzung der Zulassung von Krankenhäusern zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V hat der damalige Minister Karl-Josef Laumann mit Datum vom 30.06.2009 einen Bericht zur Verfügung gestellt, in dem 107 Krankenhäuser (Stand 31.05.2009) mit 686 Leistungsanträgen aufgeführt sind. Zugelassen waren zu diesem Stichtag 18 Krankenhäuser mit insgesamt 96 Leistungsbereichen (Indikationen). In einer weiteren Landtagsvorlage (14/2852) werden 129 zugelassene Indikationen zum Stand 31.08.2009 genannt.

Das MGEPA führt die – vom Vorgängerministerium begonnene – nach Regierungsbezirken differenzierte Liste von zugelassenen Krankenhäusern nach § 116b SGB V auf seiner Internetpräsenz weiter. Bis auf Weiteres soll diese Liste quartalsweise aktualisiert werden. Mit Stand vom 31.12.2011 sind 69 Krankenhäuser mit 393 Leistungsbereichen (Indikationen) zugelassen.

Heilmittelvertrag

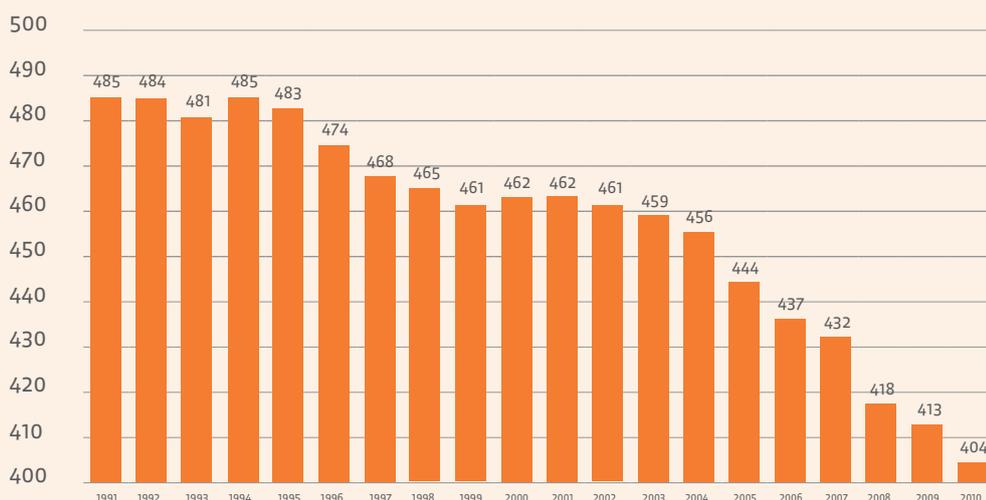
Die mit dem Heilmittelvertrag im Landesteil Nordrhein ab dem 01.01.2008 vereinbarte Preisliste für die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser (Anlage 2 des Heilmittelvertrags) umfasste die Preise für die Jahre 2008 bis 2010. Einige Leistungen wurden über eine Konvergenz an den endgültigen Preis im Jahr 2010 angepasst.

Der Vorstand der KGNW hat in seiner 204. Sitzung am 20.05.2010 in Düsseldorf auf Empfehlung des Hauptausschusses die Kündigung der Anlage 2 zum Heilmittelvertrag ab dem 01.01.2008 im Landesteil Nordrhein (Höchstpreise für die Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser im Landesteil Nordrhein für die Jahre 2008 bis 2010) zum 31.12.2010 beschlossen, um zum Beginn des

Jahres 2011 eine Aktualisierung der Preisliste zu ermöglichen. Mit Schreiben vom 18.06.2010 an die Verbände der Krankenkassen im Landesteil Nordrhein hat die KGNW gem. § 14 Abs. 2 des Heilmittelvertrags fristgerecht die Anlage 2 zum Heilmittelvertrag gekündigt.

In den sich anschließenden Verhandlungen konnte mit den Verbänden der Krankenkassen eine Erhöhung der Listenpreise für das Jahr 2011 um 1,15 Prozent erreicht werden. Dieser Wert entspricht der ungekürzten Veränderungsrate für das Jahr 2011 nach § 71 SGB V. Die Preise konnten ab dem 01.01.2011 und unabhängig vom Abschluss des Unterschriftenverfahrens abgerechnet werden.

Anzahl der Krankenhäuser in NRW 1991–2010



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2010

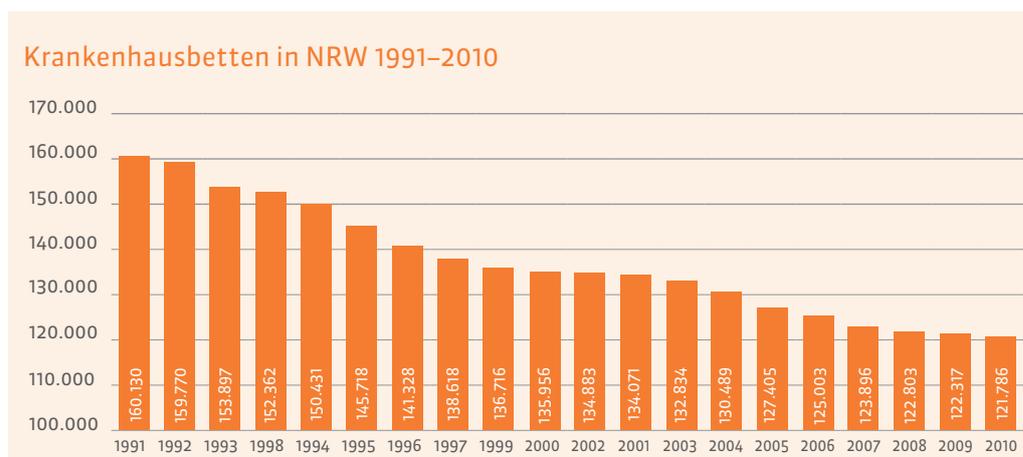
Aufgrund des Vorstandsbeschlusses vom 27.09.2011 wurde die Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein (gem. § 125 Abs. 2 SGB V) fristgerecht zum 31.12.2011 gekündigt, um den Weg für eine Vergütungsanpassung zum 01.01.2012 frei zu machen. Als erster Verhandlungstermin mit den Vertretern der Krankenkassen wurde der 25.11.2011 verein-

bart. Die Verhandlung wurde im Dezember 2011 abgeschlossen. Es wurde eine Preisanpassung der Heilmittelpreise für das Jahr 2012 in Höhe von 1,98 Prozent vereinbart. Dieser Wert entspricht der ungekürzten Veränderungsrate für das Jahr 2012 nach § 71 SGB V. Die neuen Preise gelten ab dem 01.02.2012.

Krankenhausplanung

Vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) am 29.12.2007 haben in bislang zwölf Arbeitssitzungen der Arbeitsgruppe des Landesausschusses für Krankenhausplanung Beratungen sowohl über die Ausgestaltung der Planungsgrundsätze als auch über weitere Festlegungen und zur Bemessung der zukünftig notwendigen Kapazitäten stattgefunden.

Nachdem Ministerin Barbara Steffens zum weiteren Fortgang der Krankenhausplanung auf dem Frühjahrsempfang der KGNW am 24.03.2011 angekündigt hat, die Eckpunkte des Rahmenplans noch im ersten Halbjahr 2011 vorlegen und im Landesausschuss für Krankenhausplanung zur Diskussion stellen zu wollen, wurde die KGNW-Positionierung zur Neuaufstellung des Krankenhausplans in den Gremien der KGNW erneut beraten.



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2010

„Kernaufgabe“ der Krankenhausplanung ist die Bedarfsfeststellungs- und Versorgungsplanung, bei der die Krankenhauspläne die für eine ortsnahe bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser (vgl. § 12 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW) nach Standort, Bettenzahl, Behandlungsplätzen und Fachrichtungen (§ 16 Abs. 1 KHGG NRW) auszuweisen haben. Insofern ist Krankenhausplanung in erster Linie die Planung erforderlicher Kapazitäten.

Eine Planung über die Gebiete nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztinnen und Ärzte hinaus sollte grundsätzlich nur dann vorgenommen werden, wenn es ansonsten zu einem Versorgungsmangel bzw. zu einer Unterversorgung kommt oder eine Planungsvorgabe – wie im Falle der Transplantationszentren – gesetzlich geregelt ist. Vor diesem Hintergrund des staatlichen Sicherstellungsauftrags erscheint darüber hinaus lediglich die Festlegung von Kapazitäten für schwer Brandverletzte, Kapazitäten für schwer Hirnverletzte und Intensivpflegeeinheiten durch das Land geboten.

Psychiatrieplanung

Der Fachausschuss für Planung und Förderung hat in seiner 120. Sitzung am 04.07.2011 auf Grundlage der Ergebnisse der 7. Sitzung der Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“ der KGNW am 28.06.2011 beschlossen, das KGNW-Positionspapier zur Versorgung der Bevölkerung in NRW mit stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen zu aktualisieren.

Mit der 10. Sitzung am 31.05.2011 wurden die Beratungen der Arbeitsgruppe des Landesausschusses für Krankenhausplanung wieder aufgenommen. Die 11. Arbeitsgruppensitzung fand am 20.07.2011 statt. Vom Ministerium wurden von den Beteiligten der Arbeitsgruppe zu verschiedenen Fragen Stellungnahmen erbeten.

Mit Schreiben vom 19.09.2011 wurden seitens der KGNW die erbetenen Stellungnahmen unter Berücksichtigung der abgestimmten Positionierung der KGNW zur Neuausrichtung der Krankenhausplanung an das Ministerium übersandt.

Die eingegangenen Stellungnahmen wurden in der 12. Sitzung der Arbeitsgruppe des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 23.11.2011 beraten. Dort wurde auch ein neuer Zeitplan zur Neuaufstellung des Krankenhausplans bekannt gegeben, der eine Veröffentlichung des neuen Krankenhausrahmenplans für Ende 2012 in Aussicht stellt.

Das aktualisierte „Positionspapier der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen für den Bereich der Psychiatrie zur Aufstellung eines neuen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen“ mit dem Planungshorizont 2015 ist dem MGEPA am 14.07.2011 übersandt worden.

Das Positionspapier enthält folgende wesentliche Kernaspekte: Aufgrund der seit Jahren stetig wachsenden Nachfrage im Bereich der stationär und teilstationär zu behandelnden Erkrankungen und der Prognose von Experten, dass sich dieser Trend auch in Zukunft weiter fortsetzen wird, ist aus Sicht der KGNW eine Weiterentwicklung des Versorgungsangebots sowohl in der stationären und teilstationären Erwachsenenpsychiatrie als auch der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich.

Für die Erwachsenenpsychiatrie schlägt die KGNW ein Korridormodell im Sinne „kommunizierender Röhren“ zwischen stationärer und teilstationärer Erwachsenenpsychiatrie vor. Mit diesem Modell soll zum einen dem Umstand Rechnung getragen werden, dass in beiden Bereichen eine stetig wachsende Nachfrage nach psychiatrischer Krankenhausbehandlung erwartet wird. Zum anderen soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass im Bereich teilstationärer Versorgung überhöhte Bettennutzungsgrade und lange Wartelisten anzutreffen sind. Vor diesem Hintergrund wird im Vergleich zum – nach wie vor – als notwendig erachteten Aufbau stationärer Kapazitäten ein deutlich höherer Bedarf an teilstationären Kapazitäten gesehen. Die Dynamik des Kapazitätsaufbaus im teilstationären Bereich muss mithin eine andere sein als im stationären Bereich.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie fordert die KGNW weitere Anstrengungen im

Rahmen einer zwingend erforderlichen Weiterentwicklung des „Konzepts zur Verbesserung der stationären und teilstationären Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Nordrhein-Westfalen“, damit der erforderliche Lückenschluss zwischen Angebot und Nachfrage in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen kann. Ein Korridormodell – wie von der KGNW für die Erwachsenenpsychiatrie vorgeschlagen – ist deshalb für diesen Bereich aus Sicht der KGNW noch nicht zielführend.

Weiterhin bleibt die KGNW dabei, ein Verfahren der Regionalisierung vorzuschlagen, das die Ermittlung der landesweiten Bedarfskapazitäten anhand der quantitativen Eckwerte und der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2015 mittels der Hill-Burton-Formel vorsieht. Die Regionalisierung bis auf die Versorgungsgebietsebene erfolgt über eine Fallzahlquote auf Basis von Ist-Fällen unter Berücksichtigung der tatsächlichen Inanspruchnahme. Die konkrete Bedarfsfeststellung erfolgt auf Orts- und Kreisebene im Rahmen regionaler Planungskonzepte unter Berücksichtigung der dortigen Gegebenheiten.

Hinsichtlich der Psychosomatik wird seitens der KGNW befürwortet, die bisherige Planung der Psychosomatik im Sinne des Status quo beizubehalten und die weitere Entwicklung zu begleiten.

Eine flexibilisierte Kapazitätsnutzung stationärer und teilstationärer Kapazitäten zwischen 20 und 35 Prozent von der Ge-

samtkapazität sollte für die einzelnen Leistungserbringer auf der Ortsebene ermöglicht werden.

In der psychiatrischen Versorgung sollten darüber hinaus aus Sicht der KGNW auch Modellprojekte berücksichtigt werden, die geeignet sein könnten, an den Schnittstel-

len zwischen ambulanter und (teil-)stationärer Versorgung eine verbesserte Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erreichen. Anlauf-, Umstellungs- und Begleitforschungskosten dieser Modellprojekte sind dabei aufgrund seiner Daseinsvorsorgeverantwortung im Rahmen der öffentlichen Gesundheit durch das Land zu übernehmen.

Krankenhausförderung

Konjunkturpaket II

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 024/2011 vom 14.01.2011 hat die KGNW darüber informiert, dass das Innenministerium zu Beginn dieses Jahres mitgeteilt hat, dass entsprechend den gesetzlichen Vorgaben die Fördermittel des Konjunkturpakets II in NRW fristgerecht zum Jahreswechsel „vollständig abgerufen und verplant“ worden seien. 9.111 Projekte seien mit einem gesamten Investitionsvolumen von mehr als 2,8 Mrd. Euro in den Kommunen und Hochschulen angelaufen oder bereits abgeschlossen.

Haushaltsplan 2011/2012

Zur Öffentlichen Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses des Landtags Nordrhein-Westfalen am 23.03.2011 hat die KGNW eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2011 vorgelegt. Auf die nach wie vor nicht auskömmliche Höhe der Haushaltsansätze zur Krankenhausförderung wurde erneut hingewiesen. Unter an-

derem wurde herausgestellt, dass – nach der Kürzung der für die Krankenhausförderung bereits in der Vergangenheit zur Verfügung gestellten Mittel in Höhe von 13 Mio. Euro im Jahr 2010 – noch 19 Mio. Euro bis zu dem in der Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschkHFVO) für die Berechnung der Baupauschale bis einschließlich des Jahres 2011 festgesetzten Betrags in Höhe von 190 Mio. Euro fehlten.

§ 9 Abs. 3 KHG spricht in diesem Zusammenhang von der regelmäßigen Anpassung der Pauschalbeträge (hier für kurzfristige Anlagegüter) an die Kostenentwicklung. Diese Regelungen haben sich in der Vergangenheit in unserem Bundesland auf den Haushalt nicht niedergeschlagen. Ein gesetzeskonformes Vorgehen ist auch im Haushaltsplamentwurf für das Jahr 2011 nicht erkennbar. Insofern hat eine vollständige Entkopplung der Fördermittelhöhen von der Preisentwicklung stattgefunden. Der vorgegebene Beitrag des Landes zur Daseinsvorsorge wird somit stetig entwertet.

Einer Verlautbarung des Finanzministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen vom 22.07.2011 über Rahmendaten und Fahrplan beim Haushalt 2012 ist zu entnehmen, dass die erste Lesung des Haushalts 2012 im Dezember im Landtag stattfinden kann. Im Erläuterungsband zum Entwurf des Einzelplans 15 für das Haushaltsjahr 2012 führt die Ministerin im Dezember 2011 u. a. aus, dass mit dem Haushaltsansatz für die Baupauschale im Jahr 2012 die Übergangsphase zur Einführung der Baupauschale abgeschlossen sei. Auch anfangs noch nicht geförderte Plankrankenhäuser erhielten damit eine Baupauschale.

„Sonderfonds Krankenhäuser“

Zur Umsetzung des „Sonderfonds Krankenhäuser“ hat die KGNW in mehreren persönlichen Gesprächen um ergänzende zeitnahe Informationen gebeten. Den verringerten Haushaltsansatz auf 3,75 Mio. Euro (entgegen dem ursprünglichen Haushaltsansatz in Höhe von 5 Mio. Euro) hat die KGNW in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2011 kritisiert. Nähere Informationen lagen bis dahin lediglich durch die an den Ausschuss für



Quelle: Umfragen der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen

Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration gerichtete Vorlage 15/489 vor. Die dort enthaltenen Erläuterungen/Eckpunkte zum geplanten „Sonderfonds Krankenhäuser“ haben u. a. das Verfahren und den Zeithorizont dargelegt.

Investitionsprogramm 2011

Das Investitionsprogramm 2011 wurde im Ministerialblatt Nr. 17 vom 12.07.2011 veröffentlicht. Bereits mit KGNW-Rundschreiben Nr. 272/2011 vom 06.07.2011 wurden die Mitgliedskrankenhäuser über das in der Landtagsvorlage 15/719 vom 28.06.2011 enthaltene Investitionsprogramm 2011 informiert.

Mit Schreiben vom 30.05.2011 an das MGEPA hat die KGNW zum Entwurf des Investitionsprogramms 2011 Stellung genommen.

Mit dem Investitionsprogramm 2011 ist die Auszahlung der Baupauschale für effektiv 315 Krankenhäuser vorgesehen. Anders als zum Zeitpunkt der Einführung der Baupauschale geplant, sind vom rechnerischen Ansatz in Höhe von 190 Mio. Euro tatsächlich 171 Mio. Euro als Baupauschalenzahlung veranschlagt. Die zur Weiterfinanzierung der vor 2005 begonnenen Krankenhausbaumaßnahmen vorgesehenen Mittel belaufen sich nunmehr auf 19 Mio. Euro.

Die konsequente Fortsetzung der bereits im Jahr 2010 angepassten Übergangsphase zur Einführung der Baupauschale – im Vergleich zur Informationsbroschüre zur Baupauschale NRW des Jahres 2007 betragen der erhöh-

te Anteil der „Bau-Investitionspauschale“ 162,5 Mio. Euro und die reduzierten Mittel zur „Ausfinanzierung alter Verpflichtungen“ 27,5 Mio. Euro – hätte nach unserer Auffassung nicht dazu führen dürfen, dass der Anteil für die tatsächlichen Baupauschalenzahlungen im Jahr 2011 unter den in der genannten Planung zur Übergangsphase in Höhe von 176,5 Mio. Euro fällt. Es ist nun leider davon auszugehen, dass weniger Krankenhäuser Mittel aus der Baupauschale erhalten, als nach der ursprünglichen Planung zu erwarten gewesen wäre. Eine Erläuterung dieses Umstands ist aus dem Investitionsprogramm 2011 nicht ersichtlich.

Die KGNW hat dabei auch ihre Erwartungen unterstrichen, dass im Jahr 2012 sämtliche nach dem KHG förderfähigen Krankenhäuser die ihnen zustehenden Mittel tatsächlich erhalten.

Für die pauschale Förderung kurzfristiger Anlagegüter wurden wie in den vergangenen Jahren 293 Mio. Euro bereitgestellt.

Krankenhausorganisation, EDV und Statistik

Externe stationäre Qualitätssicherung

Datenerfassung (Verfahrensjahr 2010)

An dem externen stationären Qualitätssicherungsverfahren gem. § 137 SGB V haben sich für das Verfahrensjahr 2010 insgesamt 380 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen beteiligt. Von diesen wurden in den 20 auf Landesebene betreuten indirekten Leistungsbereichen 917.111 Datensätze (2009: 861.637; +6,4 Prozent) für die Berechnung der Qualitätsindikatoren mit zusammen 203 Qualitätskennzahlen nach einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert. Auf dieser Datenbasis wurden von der Geschäftsstelle QS NRW 3.878 Klinikauswertungen elektronisch an die Kliniken versandt. In den zehn direkten Leistungsbereichen kommt noch einmal eine größere Anzahl von Datensätzen für Qualitätsindikatoren mit zusammen 113 Qualitätskennzahlen hinzu.

Datenvalidierung (Verfahrensjahr 2010)

Im Rahmen der Datenvalidierung im Leistungsbereich „Cholezystektomie“ wurden in 15 Krankenhäusern 300 Datensätze aus den Patientenakten erneut erfasst und mit der ursprünglichen QS-Dokumentation verglichen. Es wurden keine systematischen Falschdokumentationen festgestellt. Erstmals wurde im Rahmen des Strukturierten Dialogs auch nach den Ursachen von „Über- und Unterdokumentation“ gefragt, d. h., welche Gründe dazu führen, dass mehr oder

weniger Datensätze dokumentiert wurden als in der Sollstatistik dargelegt.

Strukturierter Dialog (Verfahrensjahr 2010)

In 3.656 Fällen (2009: 3.537; +3,4 Prozent) wurde in NRW aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten der „Strukturierte Dialog“ eingeleitet. Dabei zeigte sich erneut, dass die Kliniken die Qualität der Leistungserbringung kontinuierlich verbessert haben. Im Rahmen des „Strukturierten Dialogs“ werden Krankenhäuser auf Auffälligkeiten hingewiesen, zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, in wenigen Fällen ergänzend Klinikgespräche geführt und bei Verbesserungsbedarf Zielvereinbarungen geschlossen.

Abschlussbericht über den Strukturierten Dialog zum Verfahrensjahr 2009

Von der Geschäftsstelle QS NRW wurde ein Bericht über die Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen für das Verfahrensjahr 2009 in einer neuen, bundeseinheitlichen Form erstellt und an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesandt. Der Bericht enthält u. a. auch Detailanalysen zu 21 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene. Der Bericht der Geschäftsstelle QS NRW an den G-BA wurde auf Beschluss des Lenkungsausschusses QS NRW erstmals auch im Internet veröffentlicht.

„Qualitätsinitiative NRW“

Für die Verfahrensjahre 2009 bis 2011 haben die medizinischen Arbeitsgruppen, die AG QS NRW und der Lenkungsausschuss QS NRW eine „Qualitätsinitiative NRW“ zur Verbesserung des Strukturierten Dialogs im Rahmen der stationären Qualitätssicherung erarbeitet. Durch Setzung von Themenschwerpunkten mit konkreten Zielen wurden die Qualitätsverbesserungsmaßnahmen stärker auf bestimmte Indikatoren mit Verbesserungspotenzial fokussiert.

9. Ergebniskonferenz QS NRW

Die mittlerweile 9. Ergebniskonferenz QS NRW über die Ergebnisse des Verfahrensjahres 2010 am 05.10.2011 in der Halle Münsterland in Münster besuchten ca. 150 Personen aus den Krankenhäusern sowie aus der Selbstverwaltung. Hier wurden auch die ersten Ergebnisse der „Qualitätsinitiative NRW“ einem breiteren Fachpublikum vorgestellt. In vier parallelen Workshops wurden am Nachmittag wieder – neben anderem – die Qualitätsindikatoren, die Gegenstand der Qualitätsinitiative sind, näher unter die Lupe genommen.

Neuerungen im Verfahrensjahr 2011

Das Verfahrensjahr 2011 hat keine neuen Leistungsbereiche mit sich gebracht. Es wurden jedoch sechs Leistungsbereiche um PID-Daten (Patienten-Identifikationsdaten) erweitert, um die XML-basierten Datenwege für Follow-up-Verfahren in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erproben zu können:

- Geburtshilfe
- Neonatologie
- Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
- Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel
- Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
- Knie-Endoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel

Voraussichtlich ab 01.02.2012 wird die Vertrauensstelle ihren Betrieb aufnehmen und ab dem 01.04.2012 die Daten der genannten sechs Leistungsbereiche zur Pseudonymisierung und Weitergabe an die Bundesauswertungsstelle für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung entgegennehmen.

Im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe, dessen Datenerfassung auf Fälle aus dem ersten Quartal beschränkt ist, konnten die Daten des Verfahrensjahres 2011 bereits ausgewertet werden.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

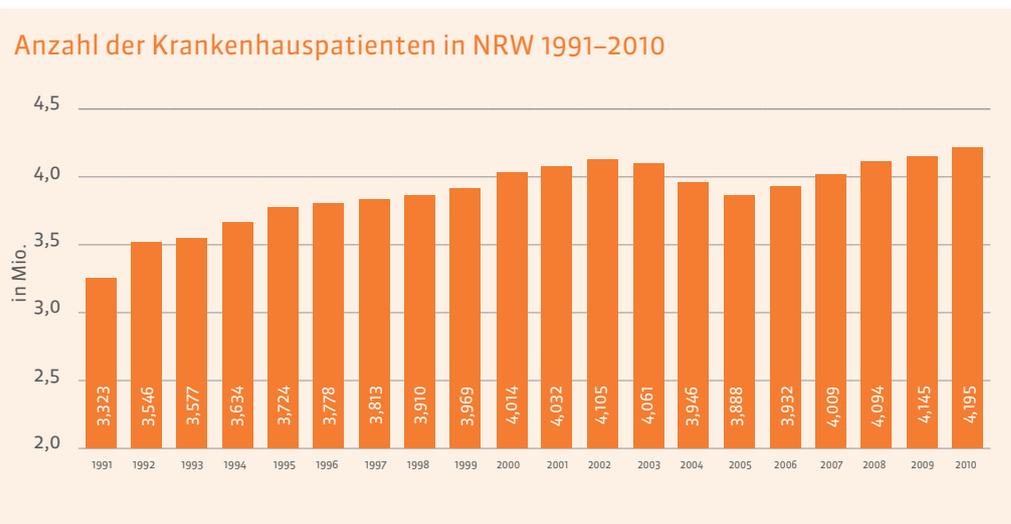
G-BA-Richtlinie sektorenübergreifende Qualitätssicherung (Qesü-Richtlinie)

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 wurden die Voraussetzungen geschaffen, sektorenübergreifend die Qualität der Leistungserbringer zu überprüfen (vgl. Begründung zum GKV-WSG). Im Jahr 2010 hatte der G-BA die Richtlinie „Richtlinie gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V“ (Qesü-RL) verabschiedet. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte von seinem Recht gem. § 94 SGB V Gebrauch gemacht und eine Nichtbeanstandung unter Auflagen mitgeteilt.

Entwicklungsaufträge und Erprobung neuer Verfahren

Der G-BA hat der Institution gem. § 137a SGB V seit Dezember 2009 folgende Aufträge zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren und -instrumenten erteilt:

- Nosokomiale Infektionen
- Knie-Endoprothesen-Versorgung
- Hüft-Endoprothesen-Versorgung
- Arthroskopie am Kniegelenk
- Kolorektales Karzinom
- Kataraktoperationen
- Konisation
- Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiografie



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2010

Drei dieser Verfahren gehen 2012 in den Probebetrieb:

- Kataraktoperationen
- Konisation
- Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiografie

Einrichtung einer Vertrauensstelle

Der G-BA hat im Jahr 2011 eine Vertrauensstelle ausgeschrieben, die die Funktionen eines Pseudonymisierungsdienstes für die sektoren- und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung und die externe stationäre Qualitätssicherung sowie die Datenannahmestelle für den selektivvertraglichen ambulanten Bereich haben wird. Die Vergabe nach europaweiter Ausschreibung ist im September 2011 erfolgt. Die Vertrauensstelle soll im Laufe des Jahres 2012 in zwei Schritten ihre beiden Funktionen aufnehmen.

Landesarbeitsgemeinschaft für Nordrhein-Westfalen: Verhandlungen über einen LAG-Vertrag

In Nordrhein-Westfalen hatten Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Vereinigungen im Jahr 2010 die Gespräche zur Bildung einer LAG wieder aufgenommen, nachdem die zähen Verhandlungen über die Richtlinie im G-BA ein Ende gefunden hatten. In diese Gespräche wurden auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen einbezogen. Grundlage war ein Textvorschlag, den die KGNW-Geschäftsstelle erstellt hatte. Bis Ende 2011 waren

die Vertragsentwürfe bis auf eine Finanzierungsvereinbarung abgestimmt. Die grundlegende Ausrichtung des LAG-Vertrags ist eine enge Orientierung an der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 137 Abs. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung, die die Rahmenbestimmungen für die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen zur Bemessung der Versorgungsqualität durch das Erheben von Daten bei den Leistungserbringern und deren untereinander erfolgenden Vergleich umsetzt. Neben dem LAG-Vertrag wurde auch eine Geschäftsordnung für die LAG konsentiert.

Beteiligung an den Probebetrieben zu den ersten Qesü-Verfahren

Das unparteiische Mitglied des G-BA hat die Vertragspartner auf Landesebene gebeten, bis Ende Oktober 2011 unverbindliche Interessenbekundungen zur Teilnahme an den Probebetrieben in den Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention sowie Koronarangiografie“ ab April/Mai 2012 zu bekunden. Die Geschäftsstelle der KGNW hat diese Interessenbekundung für alle drei Verfahren gegenüber der Institution gem. § 137a SGB V abgegeben und die Vertragspartner der LAG, die Geschäftsstelle QS NRW und den G-BA hierüber informiert.

Ende 2011 haben der G-BA und die Institution gem. § 137a SGB V Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen als Testregionen für den Probetrieb ausgewählt. An den für 2012

geplanten Probetrieben wollen sich in Nordrhein-Westfalen neben der KGNW auch beide Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligen.

QR-Check: Gemeinsames Projekt der Krankenhauszweckverbände und der KGNW zur Qualitätssicherung mit Routinedaten

Im Berichtszeitraum 2011 hat die KGNW das Pilotprojekt „QR-Check“ in Zusammenarbeit mit den Zweckverbänden weiter vorangetrieben. Das QR-Check-Indikatorenset besteht aus ausgewählten Indikatoren auf der Basis der §-21-Daten, die routinemäßig für administrative Zwecke erhoben werden. Die Zweckverbände im Landesteil Nordrhein (bereits seit 2009) und in Westfalen-Lippe (seit 2010) stellen ihren Mitgliedshäusern Auswertungen der QR-Check-Indikatoren zur Verfügung, welche die Krankenhäuser für das interne Qualitätsmanagement und die Qualitätsdiskussionen mit den Krankenkassen, insbesondere im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen, nutzen können.

Weiterentwicklung des QR-Check-Indikatorensets

Die Weiterentwicklung der QR-Check-Indikatoren erfolgte in der Arbeitsgruppe „QR-Check“ unter dem Vorsitz des Zweckverbandes Rheinland. Der Schwerpunkt der Weiterentwicklung lag 2011 auf der Definition und Erprobung einiger neuer Indikatoren aus dem Bereich der Hüft- und Knie-TEP-Implantation. Zu-

dem wurden die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) in der Version 3.1 eingebunden. Die G-IQI stellen eine Erweiterung und Verbesserung der Helios-Indikatoren dar, die bereits Bestandteil des QR-Check-Indikatoren-Sets waren. Dadurch hat sich das QR-Check-Indikatoren-Set von zuletzt 157 auf zukünftig 276 Indikatoren erweitert.

Pilotprojekt in Bayern – Routinebetrieb in Niedersachsen

Aus dem Pilotprojekt mit Krankenhäusern der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft ist inzwischen eine feste Zusammenarbeit geworden. Sie stellt auf vertraglicher Basis ca. 80 Krankenhäusern aus Niedersachsen quartalsweise durch den Krankenhauszweckverband Rheinland berechnete QR-Check-Auswertungen zur Verfügung.

Ein zweites Pilotprojekt mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft wurde im September 2011 abgeschlossen. Über die dauerhafte Nutzung der QR-Check-Indikatoren laufen derzeit Verhandlungen mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft.

Strukturierter Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V

Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2010

Im Jahr 2011 waren die Krankenhäuser wieder verpflichtet, einen Strukturierten Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V für das Jahr 2010 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu erstellen und diesen als PDF- sowie als XML-Dokument bei der Datenannahmestelle der Krankenkassen abzugeben.

Krankenhäuser hatten die Möglichkeit, den Strukturierten Qualitätsbericht mit dem Online-Erfassungstool Internet Portal Qualitätsbericht (IPQ) der Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) zu erstellen. Dieses Tool bietet Krankenhäusern die Möglichkeit, ihren Qualitätsbericht kostenlos online zu erstellen. Die Daten können dezentral bearbeitet werden. 142 Krankenhäuser aus NRW haben dieses Tool eingesetzt.

Die KGNW hat am 28.03.2011 in Düsseldorf auf einer Informationsveranstaltung über Zeitplan und Fristen sowie über die wesentlichen Änderungen bei der Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts informiert. Mehr als 100 Qualitätsbeauftragte nutzten dieses Angebot. Die KGNW hat die Krankenhäuser in NRW bei der Erstellung der Qualitätsberichte durch telefonische und elektronische Beratung von Mitte Mai bis Ende August 2011 unterstützt.

Weiterentwicklung des Strukturierten Qualitätsberichts gem. § 137 SGB V

Der im Frühjahr 2011 veröffentlichte „Abschlussbericht zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung“ einer Forschergruppe um Prof. Geraedts und das Deutsche Krankenhausinstitut hat eine Reihe von Schwachstellen aufgedeckt. Nur sehr wenige Patienten kennen den Strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser und nutzen diesen bei der Entscheidung für ein Krankenhaus. Auch von den einweisenden Ärzten kennt nur die Hälfte den Qualitätsbericht. Die Krankenhäuser sehen den Aufwand für die Erstellung im Vergleich zum Nutzen als deutlich zu hoch an und bemängeln, dass der Qualitätsbericht in seiner jetzigen Form zu umfangreich und für die Patienten unverständlich sei.

Der G-BA hat eine grundlegende Überarbeitung der Anforderungen zur Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts angekündigt. Im August 2011 hat die DKG darum eine Arbeitsgruppe „Strukturierter Qualitätsbericht“ eingesetzt, die Vorschläge zur Weiterentwicklung erarbeiten soll. Die KGNW ist in dieser Arbeitsgruppe mit drei Personen vertreten.

Deutsches Krankenhaus Verzeichnis: Aktualisierung der Daten zu Struktur, Leistungsspektrum und Qualitätssicherung

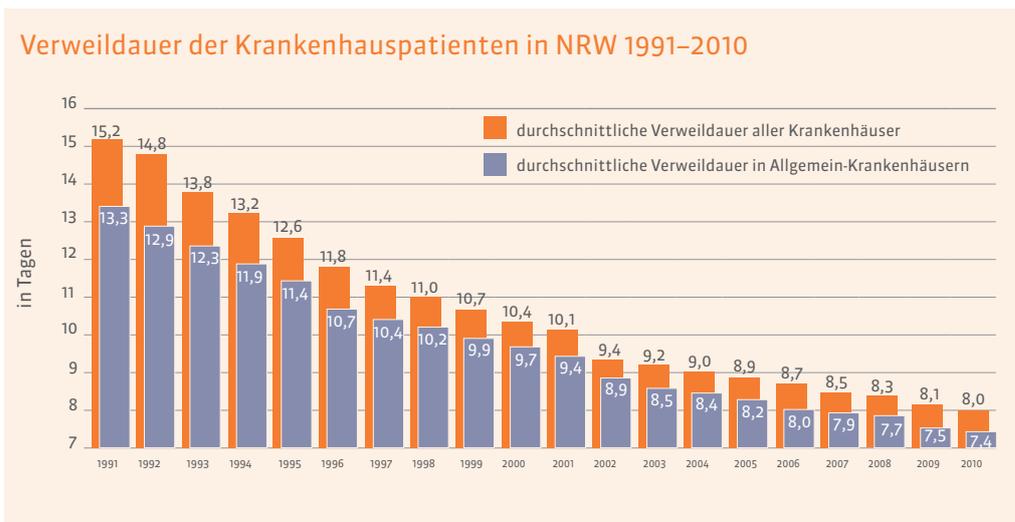
Zusammen mit der Erstellung und Übermittlung der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2010 erfolgte im Jahr 2011 auch eine Aktualisierung der Angaben im Deutschen Kran-

kenhaus Verzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de). Auch hier hat die KGNW ihre Mitglieder durch telefonische und elektronische Beratung unterstützt.

Netzwerk Patientenberatung

Das „Netzwerk Patientenberatung NRW“ (NePa) hat sich zusammengeschlossen, um in einem gemeinschaftlichen und abgestimmten Prozess Transparenz über Beratungsangebote und -strukturen herzustellen, Vernetzungen und Kooperationen zwischen Beratungseinrichtungen zu initiieren und die Diskussion über Standards guter Beratung sowie deren Umsetzung voranzutreiben. Das NePa NRW bietet selbst keine Patientenberatung. Es stellt vielmehr eine

Plattform dar, um über Anliegen und Angelegenheiten der Patientenberatung zu diskutieren. Die KGNW ist seit der Gründung im April 2001 aktiv am Netzwerk beteiligt. Das Netzwerk Patientenberatung NRW will nach zehnjährigem Bestehen eine Standortbestimmung vornehmen, weil sich die politischen Rahmenbedingungen geändert haben und das Engagement der beteiligten Einrichtungen nachgelassen hat. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2010, Fachserie 12. Reihe 6.1.1

Verfahren zur Direktmeldung an das Epidemiologische Krebsregister NRW

Nachdem die Gespräche zu Direktmeldungen der Krankenhäuser an das Epidemiologische Krebsregister NRW 2010 wieder aufgenommen wurden, war ein erstes Ergebnis, die Vereinbarung einer Meldevergütung für Krankenhäuser, die bereits technisch in der Lage sind, ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand elektronische Direktmeldungen an das Krebsregister zu übermitteln, vereinbart zu haben.

Zudem wurden ein Lastenheft und eine aktualisierte BQS-Spezifikation für die elektronische Direktmeldung fertiggestellt, die seit

Oktober 2010 in Pilottests erprobt wurden. Dieser Testlauf wurde Anfang 2011 ausgewertet und führte bis Mitte 2011 zu einer Überarbeitung der Spezifikation. Ein erweiterter Probelauf beginnt im Dezember 2011 bzw. Januar 2012 und soll dann auch die Aufwände für eine zu vereinbarende Meldevergütung liefern. Sollten die Tests erfolgreich verlaufen, wird das EKR ab dem Jahr 2012 Direktmeldungen aus allen onkologisch tätigen Krankenhäusern in NRW entgegennehmen können und über die KGNW hierzu Meldevergütungen für die Krankenhäuser vereinbaren.

5. Krankenhaus-Qualitätstag NRW



Auf dem 5. Krankenhaus-Qualitätstag NRW stellte Christiane van Emmerich von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Evaluationsergebnisse der Qualitätsberichte 2008 vor

Der 5. Krankenhaus-Qualitätstag NRW am 20.07.2011 in Düsseldorf stand unter dem Leitmotiv „Qualität 2.0“. In Vorträgen und Workshops wurden für die 80 Teilnehmer

aktuelle Entwicklungstendenzen bei der Qualitätsdarlegung und Qualitätsentwicklung im Krankenhaus vorgestellt und diskutiert.

Im ersten Teil beleuchteten die Referenten die aktuellen Entwicklungen auf Bundesebene in der stationären Qualitätssicherung. Im zweiten Teil des Vormittagsprogramms wurden zwei Instrumente zur strategischen und operativen Steuerung der Behandlungsqualität im Krankenhaus vorgestellt. In den Nachmittagsworkshops wurden nach kurzen Impulsreferaten der Moderatoren Probleme und Lösungsansätze in der praktischen Umsetzung von Projekt-, Prozess- und Risikomanagement im Krankenhaus diskutiert.

In ihrem Abschlussvortrag betonte Frau Claudia Lerch, Personalchefin der Städtischen Kliniken Köln, dass die Instrumente und Methoden der Personalentwicklung im Krankenhaus an die veränderte Arbeitseinstellung der Menschen angepasst werden müssen. Wer keine familienfreundlichen Arbeitszeitmodelle anbieten kann und das gesteigerte Bedürfnis nach einer angemessenen Work-Life-Balance nicht berücksichtigt, werde mittelfristig erhebliche Probleme bekommen, qualifiziertes Personal an das Krankenhaus zu binden.

Fachtagung „Einrichten und Betreiben von CIRS im Krankenhaus“



Am 12.09.2011 veranstaltete die KGNW mit Unterstützung der Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein eine Fachtagung zu Critical-Incident-Reporting-Systemen (CIRS)

Am 12.09.2011 veranstaltete die KGNW mit Unterstützung der Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein eine Fachtagung zum „Einrichten und Betreiben von CIRS im Krankenhaus“. Mehr als 70 Teilnehmer nutzten diese Fachtagung zu

einem Informations- und Erfahrungsaustausch zu Beinahe-Fehler-Meldesystemen. Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS) gewinnen zunehmend Bedeutung als Werkzeug für das Risikomanagement im Krankenhaus. Eine Umfrage der KGNW hat ergeben,

dass sich in 60 Prozent der Krankenhäuser CIRS bereits in Betrieb oder in der Einführung befinden. Weitere 30 Prozent planen die Einführung.

In ihren Grußworten betonten die Geschäftsführer der beteiligten Organisationen, Herr Dr. Schwarzenau von der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Herr Dr. Schäfer von der Ärztekammer Nordrhein und Herr Blum von der KGNW, die herausragende Bedeutung des Lernens aus Beinahe-Fehlern.

Die Fachtagung spannte dann einen Bogen von den grundlegenden haftungsrechtlichen Problemen bis hin zu organisatorischen Fragestellungen. Es wurden Analysemethoden für CIRS-Meldungen dargestellt und aufgezeigt, wie durch Motivation und gute Kommunikation der Ergebnisse des

CIRS im Krankenhaus die Meldehäufigkeit gesteigert werden kann.

Aus den Diskussionen und Gesprächen auf der Fachtagung wurde deutlich, dass in den Krankenhäusern ein großer Bedarf insbesondere nach einem moderierten Erfahrungsaustausch zu CIRS besteht. Die KGNW wird im Jahr 2012 entsprechende Veranstaltungen anbieten. Außerdem soll zur Förderung des einrichtungsübergreifenden Lernens, in Abstimmung mit den Ärztekammern und möglichst auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der beiden Landesteile, eine Konzeption zum Betreiben eines gemeinsamen landesweiten regionalen CIRS erarbeitet werden, in das möglichst viele Leistungserbringer ihre Beinahe-Fehler melden können.

Telematik und IT im Krankenhaus

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Basis-Rollout in NRW

Infolge des von der Bundesregierung ab Herbst 2009 verhängten Moratoriums und der anschließenden Bestandsaufnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wurde der in der Startregion Nordrhein begonnene eGK-Basis-Rollout zunächst nicht wie ursprünglich geplant im Landesteil

Westfalen-Lippe sowie in den weiteren vorgesehenen Regionen fortgeführt. Nach dem Abschluss der Bestandsaufnahme im Frühjahr 2010 wurde die eGK-Einführung in fünf Einzelprojekte mit jeweiligen Projektverantwortlichen aufgeteilt und neu geordnet. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) hat der Gesetzgeber die Krankenkassen zuletzt verpflichtet, bis zum Jahresende 2011 mindestens 10 Prozent der Versicherten mit eGK nach

§ 291a SGB V auszustatten. Ansonsten drohte den Kassen eine empfindliche Reduzierung ihrer Verwaltungsausgaben.

Vor diesem Hintergrund haben die gesetzlichen Krankenkassen im Oktober 2011 mit der Ausgabe der neuen Gesundheitskarten – insbesondere in NRW – begonnen, was u. a. auf die bereits vorhandene Ausstattung mit elektronischen Kartenlesegeräten nach dem Basis-Rollout im Landesteil Nordrhein zurückzuführen ist. Allein für NRW haben die Krankenkassen die ca. 3,5 Mio. Karten im letzten Quartal 2011 ausgegeben. Nachdem die Ausstattung der Leistungserbringer mit den erforderlichen Kartenlesegeräten im Landesteil Nordrhein bereits in 2009 erfolgte, mussten im Landesteil Westfalen-Lippe ebenfalls alle Krankenhäuser, (Zahn-)Arzt- und Psychotherapiepraxen sowie die ermächtigten Ärzte und Institute bis zum 30.09.2011 mit den neuen Kartenlesegeräten ausgestattet werden. Für die Krankenhäuser bedeutete dies, dass sie die Refinanzierung der zu beschaffenden Geräte und der erforderlichen Softwareänderungen auf Grundlage der entsprechenden Vereinbarungen auf der Bundes- und Landesebene in die Wege leiten mussten. Ende 2011 haben auf Anfrage der KGNW nahezu 95 Prozent der Krankenhäuser die Einsatzbereitschaft der entsprechenden Kartenlesegeräte bestätigt („eGK-ready“).

Handlungsleitfaden „Basis-Rollout eGK“

Die KGNW hat zur Umsetzung der (Re-)Finanzierung und zur weiteren Vorbereitung

des fortgesetzten eGK-Basis-Rollouts in den Krankenhäusern einen Handlungsleitfaden in aktualisierter und überarbeiteter Fassung veröffentlicht. Das Dokument enthält zahlreiche Hinweise für die Praxis, die die entsprechenden KGNW-Rundschreiben zu dieser Thematik ergänzen.

Zur Vorbereitung auf die Einführung der eGK und der entsprechenden Geräteausstattung und ihrer (Re-)Finanzierung wurden die Mitgliedskrankenhäuser mit zahlreichen Rundschreiben kontinuierlich über die aktuellen Entwicklungen informiert. Darüber hinaus hat die KGNW auch in 2011 allen Kliniken noch einmal eine Ausstattung an aktuellen Gematik-Musterkarten für den Test ihrer angepassten Primärsysteme zur Verfügung gestellt.

Informationsveranstaltung zum Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) im Krankenhaus am 08.06.2011 in Herne

Ergänzend zu den Veröffentlichungen hat die KGNW im Juni 2011 in der Akademie Mont-Cenis in Herne eine Informationsveranstaltung zum eGK-Basis-Rollout durchgeführt, in der verschiedene Fachreferenten die nahezu 50 Teilnehmer über den aktuellen Stand des Verfahrens und die notwendigen Handlungsschritte für die Krankenhäuser im Rahmen des bis Anfang des vierten Quartals 2011 abzuschließenden Basis-Rollouts für Westfalen-Lippe informierten.

Landesinitiative „eGesundheit.NRW“

Nach der vom MGEPA in die Wege geleiteten Landesinitiative „eGesundheit NRW“ stellen einrichtungsübergreifend verfügbare elektronische Fall- und Patientenakten ein Kernelement moderner Gesundheitssysteme für eine bessere Kommunikation, Koordination und Dokumentation der Versorgung von Patientinnen und Patienten dar.

Das Projekt „Elektronische Fallakte“ (EFA), das ab 2006 von mehreren privaten Klinikträgern mit Unterstützung des Fraunhofer-Instituts ISST in Dortmund konzipiert wurde, ist in 2011 vom Verein Elektronische Fallakte e. V., dem neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft auch die KGNW als Mitglied angehört, kontinuierlich weiterentwickelt worden. Hieran sind auch mehrere NRW-Krankenhäuser beteiligt.

Die in 2009 vereinbarte enge Kooperation zwischen dem EFA-Verein und dem vom NRW-Gesundheitsministerium maßgeblich unterstützten Projekt einer elektronischen Patientenakte (EPA 2015) dient der Nutzung von Synergien zwischen beiden Initiativen und wurde 2010 u. a. durch die Gründung gemeinsamer Arbeitsgruppen umgesetzt. Ziel beider Projekte ist der Aufbau einer Referenzarchitektur, die herstellerunabhängige (Sicherheits-)Standards und Interoperabilitätsregeln für den Informationsaustausch festlegt sowie die Einbindung in etablierte Branchenprodukte ermöglicht. Das konsentrierte Referenzschema und die daraus abgeleiteten Schnittstellendefinitionen sollen

Voraussetzungen für zukunftssichere Investitionen bei den Unternehmen und für mehr Planungssicherheit der Leistungserbringer bei einer einrichtungsübergreifenden Vernetzung schaffen.

Die KGNW unterstützt die beiden Projekte aktiv über ihre Mitgliedschaft im EFA-Verein und durch ihre Mitarbeit in sog. EFA-Vision-Workshops sowie durch die Beteiligung in verschiedenen EFA- und EPA-Arbeitsgremien auf der Landesebene.

Software als Medizinprodukt

Bedingt durch den rasanten Fortschritt in der Informationstechnologie, der zahlreiche Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität bietet, bringt dieser Wandel auch eine fortschreitende Technisierung der Prozesse im Krankenhaus mit sich. Dies führte in der Vergangenheit zunehmend zu regulatorischen Unklarheiten. Um diese zu beseitigen, reagierte der Gesetzgeber mit der vierten Novellierung des Medizinproduktegesetzes, die vorgibt, dass Software, die medizinischen Zwecken dient, zukünftig als Medizinprodukt betrieben werden muss.



Um die rechtskonforme Handhabung dieser veränderten Vorgaben zu gewährleisten, ist zum einen ein engeres Zusammenrücken von IT-Abteilung und Medizintechnik wünschenswert und zum anderen eine Überarbeitung bestehender Prozesse notwendig. Zwar ist der Mehraufwand für die Krankenhäuser erheblich, allerdings birgt die Änderung auch Chancen für die Krankenhäuser, Abläufe und Prozesse neu zu strukturieren und effektiver zu gestalten.

Mit dem KGNW-Leitfaden „Software als Medizinprodukt“, erstellt von der Geschäftsstelle mit Unterstützung durch die Kommission „IT im Krankenhaus“, das Universitätsklinikum Düsseldorf und Herrn Rechtsanwalt Dr. jur. Volker Lücker, werden die regulatorische Sicht auf den Einsatz medizinischer Software präzisiert und Handlungsempfehlungen für die Häuser dargestellt.

Risikomanagement in medizinischen IT-Netzwerken

Als neue Norm beschreibt die im November 2011 in deutscher Sprache erschienene DIN EN 80001-1:2011 – Anwendung des Risikomanagements für IT-Netzwerke, die Medizinprodukte beinhalten, wie Krankenhäuser als Betreiber von Medizinprodukten in IT-Netzwerken ein Risikomanagement für die Integration von Medizinprodukten in ihre IT-Netzwerke einführen und umsetzen können. Der Krankenhausleitung werden hierbei konkrete Verantwortlichkeiten, wie z. B. die Benennung eines Risikomanagers und die Bereitstellung ausreichender Kapazitäten und Ressourcen, übertragen.

Die KGNW engagiert sich auf nationaler Ebene in dem für die Ausarbeitung der Norm und der ergänzenden Technical Reports zuständigen Arbeitskreis bei der Deutschen Kommission Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik in DIN und VDE (DKE)

in Frankfurt und in verschiedenen Arbeitsgruppen auf der Landes- und Bundesebene.

Neben der Ausformulierung der nationalen Übersetzung der Norm war die KGNW in 2011

u. a. an der Erarbeitung praktikabler und praxisnaher Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser in der DKG beteiligt, deren Veröffentlichung über die Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft Anfang Januar 2012 erfolgt.

Neben den Umsetzungshinweisen, die zusätzlich zu einer Erläuterung der Norminhalte auch praktische Umsetzungsempfehlungen enthalten werden, sind auch Zitate aus dem Normtext enthalten.



Datenübermittlung nach § 301 SGB V – Erweiterung auf die ambulante Abrechnung nach § 120 Abs. 3 SGB V

Auch im Jahr 2011 gab es wieder eine Reihe von Schlüsselfortschreibungen und Nachträgen. Hierbei sind insbesondere die Änderungen infolge der bundesweiten Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V zur Einführung eines neuen Verfahrens für die elektronische Abrechnung von ambulanten Krankenhausleistungen in Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren erwähnenswert, die einen konstant hohen Beratungsbedarf der Krankenhäuser bei der KGNW-Geschäftsstelle nach sich zogen.

Als Starttermin für die elektronische Datenübermittlung im Regelverfahren wurde für die ermächtigten Hochschulambulanzen

und die psychiatrischen Institutsambulanzen der 01.01.2012 und für die Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten und die sozialpädiatrischen Zentren der 01.07.2012 festgelegt.

Abweichend davon ist im Landesteil Westfalen-Lippe geplant, die bestehende Sondervereinbarung zur Abrechnung entsprechender Leistungen unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe für alle betroffenen Einrichtungstypen zum 01.07.2012 auslaufen zu lassen und an diesem Termin das Regelverfahren zur elektronischen Datenübermittlung nach der Bundesvereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V gem. § 301 SGB V einzuführen.

Datenübermittlung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Gem. § 21 KHEntgG sind die Krankenhäuser verpflichtet, entsprechend den Vorgaben in der „Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG“ bis zum 31.03. jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr ihre Daten zur jährlichen Kalkulation der G-DRG-Fallpauschalen an die DRG-Datenstelle zu übersenden. Seit 2010 unterliegen auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dieser Übermittlungspflicht.

Für die Kalkulation des Landesbasisfallwerts werden die DRG-Daten jährlich auch von der KGNW erhoben, um im Rahmen der Verhandlungen der Argumentation der Kostenträger oder auch in einem potenziellen Schiedsstellenverfahren begegnen zu können. Für das Jahr 2010 stellten bis zum Zeitpunkt der Berichtlegung (21.11.2010) 93 Prozent der dazu aufgeforderten Häuser ihre Daten für dieses Projekt zur Verfügung. Die Daten werden im Rahmen eines gemeinsamen Projekts der deutschen Landeskrankenhausesgesellschaften zentral von der

dazu beauftragten Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung

GmbH in Saarbrücken strukturiert, gruppiert und aufbereitet.

Datenerhebung für die Verhandlungen zum landesweiten Basisfallwert

Zur Vorbereitung der Verhandlungen zum landesweiten Basisfallwert erhebt die KGNW in jedem Jahr die Vereinbarungsdaten der ca. 350 beim Landesbasisfallwert berücksichtigungsfähigen DRG-Kranken-

häuser. Die Daten werden entweder direkt bei den Krankenhäusern oder über die Krankenhauszweckverbände erhoben und intern in einer eigens hierfür entwickelten Datenbank verarbeitet und aufbereitet.

Informationsbörse der KGNW zu krankenhausesindividuellen Entgelten

Die KGNW führt seit mehreren Jahren eine Datensammlung zu den vereinbarten krankenhausesindividuellen Entgelten nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bei den Mitgliedskrankenhäusern und den Krankenhauszweckverbänden durch und wertet die Ergebnisse für die beteiligten Krankenhäuser zur Vorbereitung der nächsten Budgetverhandlungen statistisch aus.

In 2011 erfolgte die Bekanntgabe der Auswertungsergebnisse für das Budgetjahr 2010 an drei Terminen im Mai, Juni und Oktober. Im Januar 2011 wurde eine abschließende Auswertung für das Budgetjahr 2009 erstellt.

IT-Trends – Fachforum der KGNW

Im Rahmen des Kongresses „IT-Trends Medizin/Health Telematics 2011“ am 21.09.2011 in Essen richtete die KGNW als Kooperationspartner das KGNW-Fachforum „IT im Krankenhaus“ aus. Veranstalter der IT-Trends sind das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG), die Essener Wirtschafts-

förderungsgesellschaft (EWG) und die Messe Essen mit Unterstützung des NRW-Gesundheitsministeriums. In zwei Sitzungen wurden aktuelle Entwicklungen und Zukunftstrends in der Krankenhaus-IT anhand von praxisnahen Vorträgen beleuchtet.

Mitwirkung in der AG Krankenhaus-Informationstechnik der DKG

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft initiierte auf Anraten ihres Fachausschusses für Daten-Information und -Kommunikation eine Arbeitsgruppe „Krankenhaus-IT“, die sich zukünftig mit den in der Krankenhaus-IT vorherrschenden Themen befassen soll und im Sinne aller Krankenhäuser in Deutschland Handlungsleitfäden und Umsetzungshinweise zu speziellen aktuellen Themen erarbeiten soll. Somit sollen neben einem einheitlichen Vorgehen der Krankenhäuser auch Informationsdefizite in den Häusern behoben werden, die keine Möglichkeit haben, jede Entwicklung auf Basis gesicherter Kenntnisse mitzunehmen.

In einem ersten Schritt wurde durch Themenfindung und Priorisierung eine Liste der kurzfristig zu bearbeitenden Themen eruiert und die Planung einer Befragung aller Krankenhäuser in Deutschland zum aktuellen Stand der Informationstechnologie angestoßen. Die Geschäftsstelle der KGNW wirkt in dieser Arbeitsgruppe aktiv mit und sorgt durch ständigen Austausch mit der Kommission „IT im Krankenhaus“ der KGNW dafür, dass die Schwerpunktthemen der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen auch auf Bundesebene Gehör finden.

Auswertungen zur Versorgungsanalyse und Krankenhausplanung

DKI-Studie „Determinanten der Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen (Teil 1): Vergleich mit anderen Bundesländern“

Aktuelle Diskussionen über die Krankenhaushäufigkeit, Fallzahlentwicklung sowie die Entwicklung der Krankenhauskosten in NRW waren Auslöser für einen Auftrag an das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI),

diese Ursachen (Determinanten) zu untersuchen. Das DKI hat hierfür Literatur und Daten zusammengetragen und auf dieser Basis die Ursachen (Determinanten) der Krankenhaushäufigkeit näher untersucht.

Tatsächlich liegt die Krankenhaushäufigkeit in NRW (Jahr 2009) um 5,9 Prozent (2.351 Fälle je 10.000 Einwohner) über dem Bundesdurchschnitt (2.220 Fälle je 10.000 EW).

Damit belegt NRW einen durchschnittlichen zehnten Rang (1 = niedrig, 16 = hoch) im Bundesländervergleich. Doch gerade in NRW hat sich der sozioökonomische Wandel in den vergangenen Jahren stärker ausgewirkt als in anderen Bundesländern. Diese sozioökonomischen Nachteile haben tief greifende Folgen nach sich gezogen und beeinflussen auch heute in vielfältigster Weise die Krankheitshäufigkeit. Diese ist durch die Morbidität in der Bevölkerung bedingt, welche wiederum eine Vielzahl von Determinanten haben kann. Neben Umwelteinflüssen und genetischer Prädisposition werden in der Literatur insbesondere sozioökonomische Faktoren beschrieben.

Trotz einer rein deskriptiven Herangehensweise konnten die Zusammenhänge zwischen den identifizierten Determinanten und der erhöhten Krankenhaushäufigkeit herausgearbeitet werden, die 28,8 Prozent der Erhöhung in NRW erklären. Zu einem ähnlichen Resultat kommen auch die Autoren des jüngst erschienenen „Krankenhaus Rating Reports 2011“ des RWI, nach dem „36 Prozent der unterschiedlichen Krankenhaushäufigkeit [...] über Alter, Geschlecht, den sozioökonomischen Status, das Gesundheitsverhalten und den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand erklärt werden“ können und nur 5 Prozent über „angebotsseitige Faktoren wie Bettendichte, Hausarzt- und Facharztdichte“ zu erklären sind. Das RWI kommt zu dem Schluss, dass „60 Prozent der regionalen Unterschiede [...] nach aktuellem Forschungsstand ungeklärt“ bleiben.

Insgesamt zeigte die Untersuchung des DKI, dass

- sich der Zusammenhang zwischen Einflussfaktor und Krankenhaushäufigkeit bestätigt und die erhöhte Ausprägung der Einflussfaktoren jeweils auch mit einer höheren Krankenhaushäufigkeit einhergeht.
- knapp ein Drittel der erhöhten Krankenhaushäufigkeit mit dem soziokulturellen Erbe NRWs und den damit verbundenen Determinanten Arbeitslosigkeit und Armut assoziiert ist.
- es sich um einen multifaktoriellen Zusammenhang handelt.
- in NRW auch weitere Kennzahlen erhöht sind, die mit verstärkter Morbidität in Verbindung stehen (z. B. Adipositas = +8,1 Prozent, Tabakkonsum = +6,7 Prozent, Alkoholrisikokonsum = +5,1 Prozent) und vermutlich einen weiteren Teil der Krankenhaushäufigkeit erklären können.
- die Datenlage jedoch oftmals unzureichend ist und die vorhandenen Daten häufig nicht in der erforderlichen räumlichen und/oder methodisch erforderlichen Differenzierung vorliegen.

Die Ergebnisse der Untersuchung wurden Frau Ministerin Steffens Ende Juli 2011 im Landtag vom DKI vorgestellt.

DKI-Studie „Determinanten der Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen (Teil 2): Regionale Besonderheiten“

An den ersten Teil anschließend wurde das DKI beauftragt, in einer weiteren Untersu-

chung die ermittelten Determinanten der Krankenhaushäufigkeit auf der regionalen Ebene zu untersuchen. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im zweiten Quartal 2012 erwartet.

Regionalanalysen in der Versorgungsforschung

Im Zuge der steigenden Nachfrage von Leistungen und Kosten im Gesundheitswesen rücken Sekundärdatenanalysen stärker in den Fokus. Der Trend zur kartografischen Aufbereitung von Krankheitslasten und Versorgungsstrukturen hat im Jahr 2011 deutlich Fahrt aufgenommen. Diese Untersuchungen erheben zusehends den Anspruch, Instrumente zur Versorgungsplanung und -steuerung zu liefern. Dabei werden vor allem regionale Krankheitslasten und Versorgungsstrukturen untersucht. Diese Entwicklung trifft auf die im GKV-Versor-

gungsstrukturgesetz beabsichtigte „Sicherstellung der wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung und einer zielgenaueren und regionalen Besonderheiten Rechnung tragenden flexiblen Ausgestaltung der Bedarfsplanung“.

Die KGNW-Geschäftsstelle hat diese Entwicklungen kritisch verfolgt und wird dies auch fortsetzen, um ggf. planungsrelevante Ergebnisse zu bewerten oder auch proaktive Auswertungen der verfügbaren Routinedaten vorzunehmen.

Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit

Begleitung des Forschungsauftrags „Analyse der Eliminationsmöglichkeiten von Arzneimitteln in den Krankenhäusern in NRW“ des NRW-Umweltministeriums

Das Forschungsprojekt „Analyse der Eliminationsmöglichkeiten von Arzneimitteln in den Krankenhäusern in NRW“ des Ministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz NRW

(MKULNV) untersucht den Eintrag von Arzneimitteln in Kläranlagen und Oberflächengewässer über das Abwasser von Krankenhäusern. Durch frühzeitige Gespräche mit dem MKULNV sowie der Beauftragung eines Gutachtens zum Forschungsansatz ist es der KGNW gelungen, wesentliche Verbesserungen beim Forschungskonzept zu erreichen. Die KGNW konnte erreichen, dass nur wenige Krankenhäuser befragt werden mussten und an 20 Krankenhäusern durch mengen-

proportionale Dauerprobenahme die Arzneimittelfrachten im Abwasser gemessen werden, um die Validität des Berechnungsmodells zu überprüfen. Inzwischen stehen die Krankenhäuser, bei denen gemessen

werden soll, fest und das Umweltministerium hat im Oktober den Auftrag für die zusätzlichen Messungen vergeben. Ergebnisse des Forschungsprojekts werden für Mitte 2012 erwartet.

7. Krankenhaus-Umweltag NRW



Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW, begrüßte die Teilnehmer und Gäste des 7. Krankenhaus-Umwelttages NRW am 18.10.2011 in Bochum

Schwerpunkte des 7. Krankenhaus-Umwelttages am 18.10.2011 im Zentrum für IT-Sicherheit in Bochum mit über 70 Teilnehmern waren Organisationsstrukturen, Energieeffizienz, Arzneimittel im Krankenhausabwasser und Haftungsrecht für Abfallbeauftragte. Der Krankenhaus-Umwelttag wurde ausgerichtet von der KGNW, dem Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW und dem Fachverband Krankenhaustechnik (FKT).

Auf der Veranstaltung wurde über die organisatorische Einbindung des Umweltschutzes

in die Krankenhausorganisation diskutiert und gelungene Beispiele für Umweltschutz im Krankenhaus vorgestellt. Außerdem bestand reichlich Gelegenheit zum fachlichen Austausch.

Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW, sprach sich dafür aus, dass die Krankenhäuser den Umweltschutz stärken und ökologische Nachhaltigkeit in ihre strategischen Unternehmensziele aufnehmen sollten. In vielen Bereichen zeige sich, dass Wirtschaftlichkeit und Ökologie keine grundsätzlichen Gegensätze seien, sondern sich immer häufiger „symbiotisch“ ergänzen.

Krankenhaushygiene und Krankenhaushygieneverordnung

Im Rahmen der Initiative der KGNW zur Stärkung der Hygiene wurde eine Reihe von Maßnahmen auf den Weg gebracht.

Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes wurde festgelegt, dass der Strukturierte Qualitätsbericht in Zukunft jährlich erstellt und über die Ergebnisse von noch zu bestimmenden Hygieneindikatoren berichtet werden muss.

Hubschrauberlandeplätze an Krankenhäusern

Im Frühjahr wurde vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) eine Änderung des Luftverkehrsgesetzes vorgeschlagen, wonach die Anforderungen für die Genehmigung von Hubschrauberlandeplätzen erheblich verschärft

werden sollten. Es bestand die Gefahr, dass Landeplätze an Krankenhäusern mit hohen Investitionen aufgerüstet oder aber geschlossen werden müssten. An der kurzfristig durchgeführten Umfrage zum Genehmigungsstand von Hubschrauberplätzen an Krankenhäusern in NRW haben sich mehr als 100 Häuser beteiligt. Die Auswertung machte deutlich, dass durch die Änderung des Luftverkehrsgesetzes die Notfallversorgung in manchen Gebieten erheblich beeinträchtigt würde. Die DKG hat diese Informationen, die sich auch mit den Ergebnissen aus anderen Bundesländern deckten, in ihre Stellungnahme zum Luftfahrtänderungsgesetz aufgenommen. Im Ergebnis wurden die vorgesehenen Verschärfungen für die Genehmigung von Hubschrauberlandeplätzen an Krankenhäusern aus dem Gesetzentwurf gestrichen.

Krankenhausstatistik

Auswertung der planungsrelevanten Daten 2010

Die KGNW hat, wie in den vergangenen Jahren, auch für das Berichtsjahr 2010 die Grunddaten gem. Krankenhausstatistikverordnung von ihren Mitgliedskrankenhäusern erhoben. Über 90 Prozent der Mitgliedshäuser übermittelten die Daten in elektronischer Form.

Die Prüfung und Auswertung der Daten bezüglich der Krankenhausbetten, der Berechnungs- und Belegungstage sowie der Patientenbewegung (vollstationär) nach Fachgebieten wurde im Februar 2012 abgeschlossen und steht seitdem im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung.

Die wesentlichen Ergebnisse im Überblick

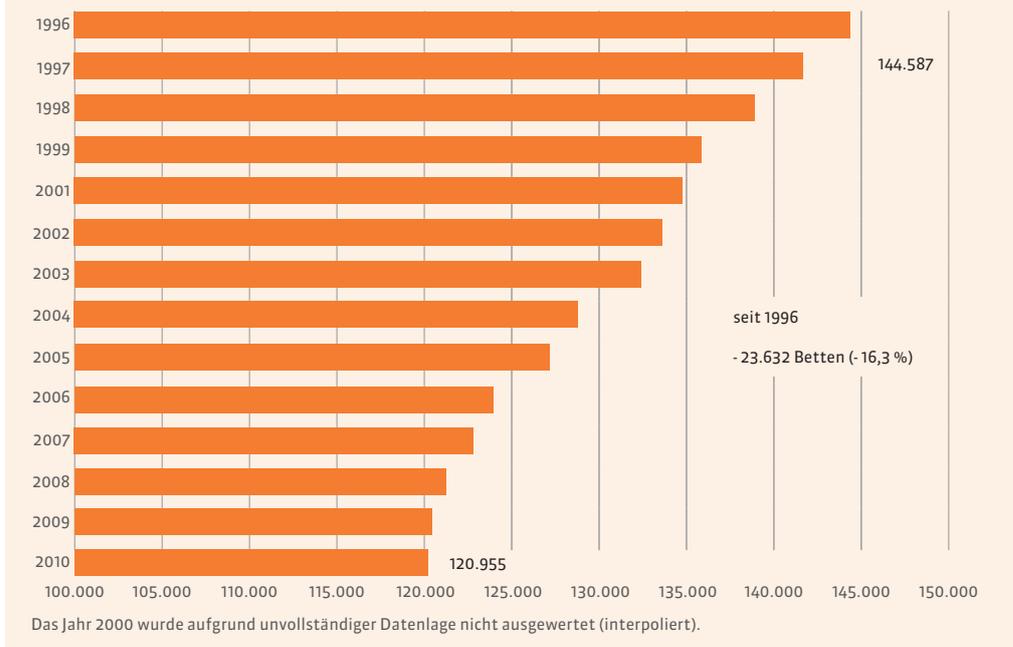
Die wesentlichen Ergebnisse, die teilweise von den offiziellen Ergebnissen des Statistischen Bundesamts und dem geschäftsbereich Statistik von Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) abweichen, sind nachfolgend im Überblick dargestellt.

Bei den vollstationär behandelten Patienten war im Jahr 2010 erneut ein geringer Anstieg zu verzeichnen. Die Fallzahl stieg

um 1,1 Prozent auf insgesamt 4.177.119 Fälle. Die Berechnungs- und Belegungstage sind gegenüber 2009 leicht zurückgegangen, sie verringerten sich ähnlich wie schon im Vorjahr um 0,6 Prozent.

Die Zahl der Krankenhausfusionen hat weiter zugenommen. Gegenüber dem Vorjahr sank neben der Zahl der Krankenhäuser auch die Zahl der Krankenhausbetten (aufgestellte Betten) um 0,4 Prozent auf 120.955 (Abbildung. 1).

Abbildung 1: Entwicklung der aufgestellten Betten in NRW seit 1996 (Mitgliedshäuser der KGNW)



Quelle: Eigene Abfrage, KGNW

Wie sich in unserem Mitgliederbereich die Krankenhausbetten der Allgemeinkrankenhäuser derzeit auf die Krankenhausträger verteilen, verdeutlicht die Abbildung 2.

Im Verlauf der vergangenen Jahre hat sich die Krankenhauslandschaft vielfältig gewandelt. Aus der Abbildung 3 wird ersichtlich, wie sich die Zahl der Betten je Träger in der Zeit von 2002 bis 2010 verändert hat.

Die Bettenauslastung ist gegenüber dem Vorjahr geringfügig um 0,2 Prozent zurückgegangen. Der Trend der Verweildauerreduzierung setzte sich auch 2010 fort. Sowohl in den Allgemeinkrankenhäusern, wo sich die Verweildauer um 1,7 Prozent auf durchschnittlich 7,35 Tage verringerte, als auch in den somatischen Fachkrankenhäusern, in denen eine Reduzierung von 3,7 Prozent auf 8,55 Tage erreicht werden konnte. Die Verweildauer in unserem Mitgliederbereich betrug 2010 durchschnittlich 7,99 Tage.

Abbildung 2: Aufgestellte Betten 2010 in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)

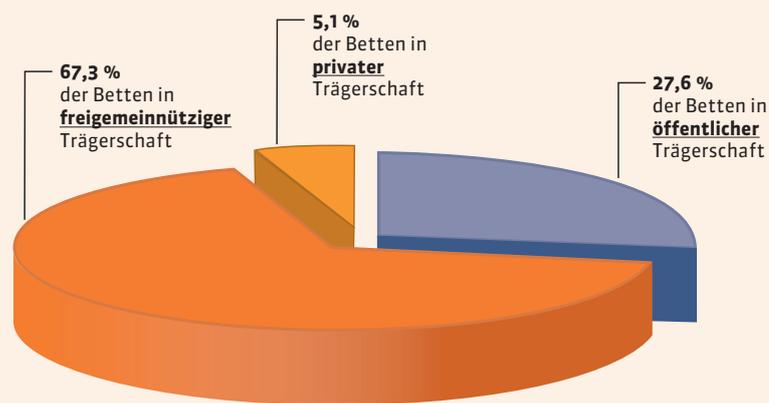
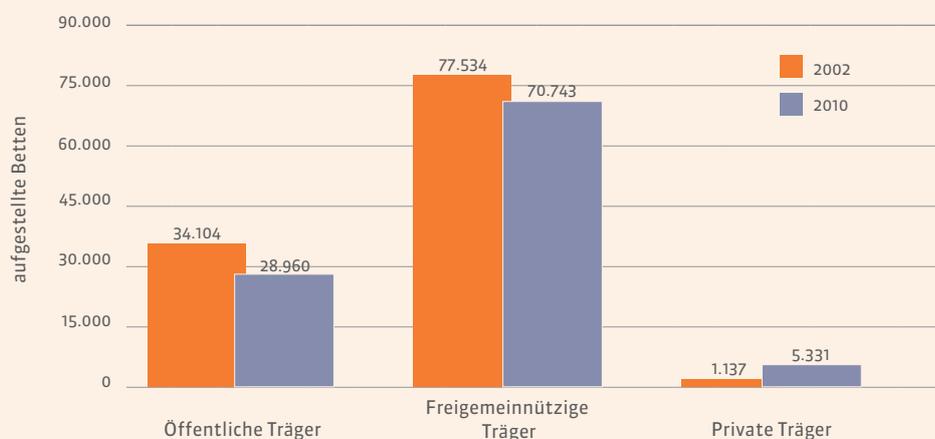


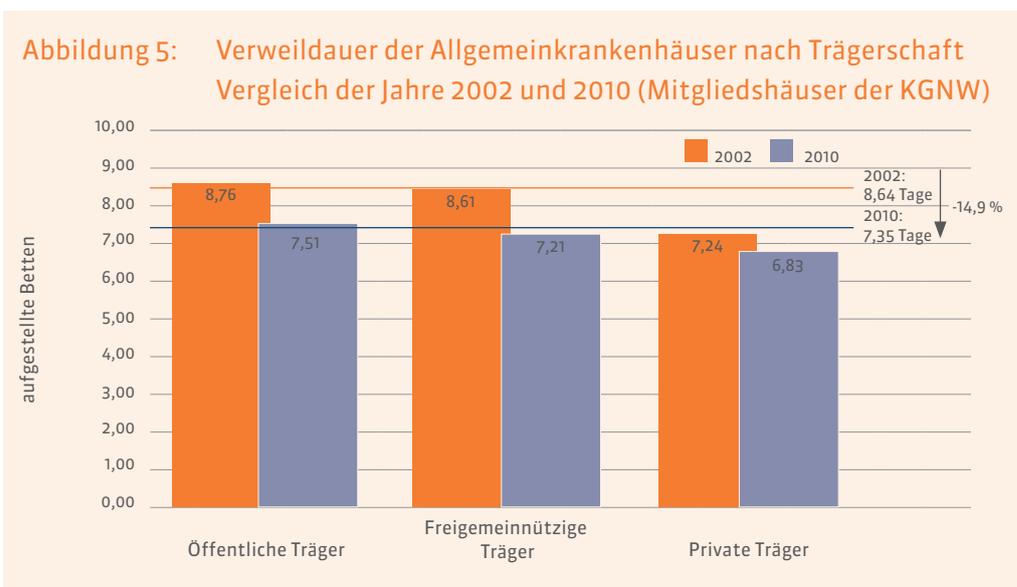
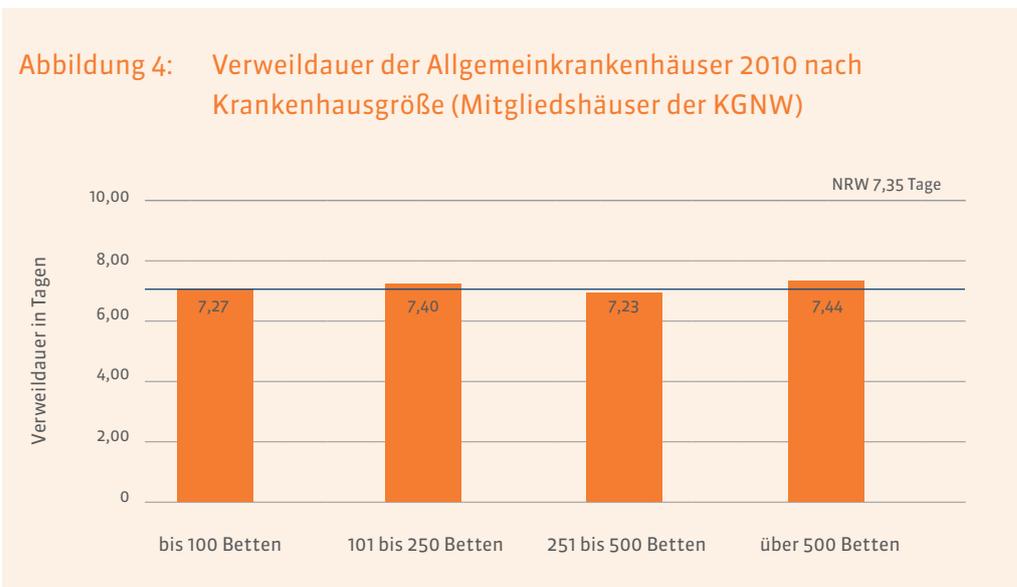
Abbildung 3: Bettenveränderung der Allgemeinkrankenhäuser Vergleich der Jahre 2002 und 2010 nach Trägerschaft



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

Wie aus der Abbildung 4 ersichtlich ist, differenziert die durchschnittliche Verweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern nach Krankenhausgröße nur in geringem Umfang.

Ein Vergleich der Jahre 2002 und 2010 (Abbildung 5) zeigt, wie sich die Verweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern, abhängig von der Trägerschaft, verändert hat.



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

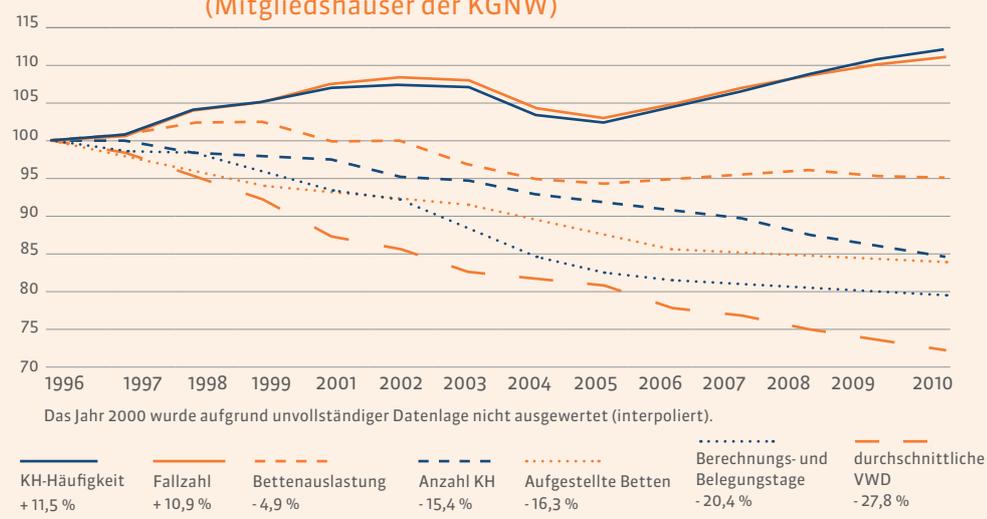
Eine Verteilung unserer Mitgliedskrankenhäuser auf Fallzahl-Gruppen, basierend auf den im Jahr 2010 behandelten stationären Patienten, wird in der Abbildung 6 dargestellt. Abbildung 7 verschafft zusammenfassend einen Überblick über die Entwicklung der statistischen Kennziffern unserer Mitglied-

krankenhäuser seit 1996. In welchem Fachgebiet und in welchem z. T. erheblichen Umfang die Verweildauer in den vergangenen Jahren in Allgemeinkrankenhäusern sich reduziert hat, macht ein Vergleich der Jahre 2002 und 2010 deutlich (Tabelle 1).

Abbildung 6: Aufteilung der Krankenhäuser in Fallzahl-Gruppen (vollstationäre Fälle) (Mitgliedshäuser der KGNW)



Abbildung 7: Entwicklung der Betten- und Belegungsdaten seit 1996 (Index) (Mitgliedshäuser der KGNW)



Quelle: Eigene Abfrage, KGNW

Gebiet	Allgemeinkrankenhäuser			
	Verweildauer 2002	Verweildauer 2010	Reduzierung in Tagen	Reduzierung in %
Augenheilkunde	3,87	2,88	-0,99	-25,6 %
Chirurgie	9,00	7,26	-1,74	-19,3 %
darunter Gefäßchirurgie	10,32	9,33	-0,99	-9,6 %
darunter Thoraxchirurgie	12,00	10,50	-1,50	-12,5 %
darunter Unfallchirurgie	9,47	7,34	-2,13	-22,5 %
darunter Viszeralchirurgie	9,55	7,15	-2,40	-25,1 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,75	4,69	-1,06	-18,4 %
darunter Frauenheilkunde	5,79	4,88	-1,06	-18,4 %
darunter Geburtshilfe	5,64	4,52	-1,12	-19,9 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,73	4,12	-0,61	-12,9 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	9,10	6,37	-2,71	-30,0 %
Herzchirurgie	9,76	11,84	2,08	21,3 %
Innere Medizin	8,65	6,72	-1,93	-22,3
darunter Angiologie	7,86	7,28	-0,58	-7,4 %
darunter Endokrinologie	10,18	9,80	-0,38	-3,7 %
darunter Gastroenterologie	8,20	6,60	-1,60	-19,5 %
darunter Hämatologie	8,12	7,54	-0,58	-7,1 %
darunter Kardiologie	6,39	5,59	-0,80	-12,5 %
darunter Nephrologie	8,81	6,17	-2,64	-30,0 %
darunter Pneumologie	7,53	6,86	-0,67	-8,9 %
darunter Rheumatologie (I)	14,32	9,65	-4,67	-32,6 %
darunter Klinische Geriatrie	15,41	-	-	-
Klinische Geriatrie	-	15,16	-0,25	-1,6 %
Kinderchirurgie	4,90	3,81	-1,09	-22,2 %
Kinderheilkunde	5,81	4,85	-0,96	-16,5 %
darunter Kinderkardiologie	7,19	5,25	-1,94	-27,0 %
darunter Neonatologie	11,66	12,53	0,87	7,5 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	43,11	34,23	-8,88	-20,6 %
Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	5,74	4,88	-0,86	-15,0 %
Neurochirurgie	10,14	9,24	-0,90	-8,9 %
Neurologie	9,70	7,23	-2,47	-25,5 %
Nuklearmedizin (Therapie)	4,68	3,52	-1,16	-24,8 %
Orthopädie	10,98	7,95	-3,03	-27,6 %
darunter Rheumatologie (O)	9,84	6,16	-3,68	-37,4 %
Plastische Chirurgie	7,05	5,87	-1,18	-16,7 %
Psychiatrie und Psychotherapie	24,70	22,72	-1,98	-8,0 %
darunter Suchtkrankheiten	-	12,31	-	-
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	52,73	49,67	-3,06	-5,8 %
Strahlentherapie	8,25	8,38	0,13	1,6 %
Urologie	6,79	5,50	-1,29	-19,0 %
Sonstige Fachbereiche	10,15	6,05	-4,10	-40,4 %
Insgesamt	8,65	7,35	-1,30	-15,0 %

Quelle: Eigene Abfrage, KGNW

IT-Service für Mitglieder und Geschäftsstelle

Webbasierter Mitgliederservice

Die Geschäftsstelle betreut in dem in den Webauftritt der KGNW integrierten Mitgliederservice ca. 850 Benutzer aus den Mitgliedskrankenhäusern und Mitgliedsorganisationen. Dort werden die Rundschreiben und Informationen der KGNW zentral in einem geschützten Bereich bereitgestellt. Die Benutzer erhalten automatisiert Informationen zu neu eingestellten Dokumenten, sodass kein zusätzlicher Aufwand durch den Versand von Informationsschreiben entsteht.

Ergänzend werden „Pressezugänge“ für Mitglieder angeboten, die es den Krankenhäusern ermöglichen, ihre Pressemeldungen selbst einzustellen; diese werden durch die KGNW-Geschäftsstelle freigegeben.

Elektronischer Versand von Gremienunterlagen

Sukzessive werden die Gremien der KGNW auf den elektronischen Versand der Gremienunterlagen umgestellt. Zum einen stehen den Mitgliedern der Gremien somit zukünftig sämtliche Unterlagen auch vergangener Gremien seit Umstellung auf den elektronischen Versand online zur Verfügung und zum anderen entfällt der zeit- und materialaufwendige Postversand der Unterlagen an die Teilnehmer.

IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle

Die Serverinfrastruktur blieb im Vergleich zum Jahr 2010 unverändert, es fand ein weiterer Austausch von in die Jahre gekommenen Client-Rechnern und Notebooks statt. Um für die Zukunft eine einheitliche IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle zu etablieren und strategisch weiterentwickeln zu können, wurde die Erstellung eines IT-Rahmenkonzepts vorangetrieben. Zudem ist perspektivisch vorgesehen, die Serverinfrastruktur der KGNW langfristig den neuen Herausforderungen durch die stetige Weiterentwicklung der Informationstechnologien anzupassen.

Medizin

Disease-Management-Programme (DMP)

Im Rahmen der Tätigkeit des Referats „Medizin“ wurden zahlreiche Themen bearbeitet, die schwerpunktmäßig in anderen Referaten der KGNW angesiedelt sind. Dabei handelt es sich z. B. um die fachliche Begleitung der externen vergleichenden Qualitätssicherung, der vorbereitenden Maßnahmen der

einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, des Epidemiologischen Krebsregisters, der Landesgesundheitskonferenz, der Versorgungs- und Krankenhausplanung, der MDK-Prüfverfahren nach § 275 SGB V sowie der Gutachten zur Krankenhausinanspruchnahme.

QR-Check und Qualitätssicherung mit Routinedaten

Innerhalb der gemeinsamen Arbeitsgruppe mit dem Zweckverband Rheinland e. V. wurden schwerpunktmäßig kardiologische und chirurgisch/orthopädische Indikatoren an-

hand umfangreicher Datensätze evaluiert. Daneben wurden zahlreiche Indikatoren mit dem optionalen Ziel einer Veröffentlichung überprüft und angepasst.

Hygiene im Krankenhaus

Die KGNW verfolgt bezüglich der (Krankenhaus-) Hygiene eine mehrstufige Initiative. Als erster Schritt wurden, nach Vorbereitung durch den Fachausschuss für Krankenhausorganisation und die Kommission „Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit im Krankenhaus“, durch den Vorstand geeignete Strukturmerkmale und Qualitätsindikatoren zur Darstellung einer qualitätsgesicherten Hygiene auf den Websites der Krankenhäuser beschlossen. Parallel hierzu wurden Vorschläge für ein landesspezifisches Qualitätssicherungsverfahren Hygiene nach § 137 SGB V erarbeitet und in mehreren Sitzungen der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung NRW besprochen. Die Qualitätsindikatoren orientieren sich an der externen vergleichenden Qualitätssicherung und an den Modulen des Krankenhaus-

Infektions-Surveillance-Systems (KISS) des „Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen“ an der Charité in Berlin.

Sowohl der „Aktionsplan Hygiene“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) als auch die am 04.08.2011 in Kraft getretenen Änderungen des Infektionsschutzgesetzes sehen eine stärkere Wahrnehmung der Aufsichtsbefugnisse durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vor. In diesem Zusammenhang besteht das Interesse des Ministeriums an einer Bestandsaufnahme des Umsetzungsgrades der Krankenhaushygieneverordnung NRW unter Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) zu personellen und organisatorischen

Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen aus dem Jahr 2009. Aus diesem Grund erfolgte, in Abstimmung mit dem Vorstand der KGNW, eine gemeinsame Abfrage mit dem MGEPA. Die konkrete Durch-

führung oblag der KGNW. Die Ergebnisse der Umfrage wurden, insbesondere im Hinblick auf Verbesserungspotenziale, mit dem MGEPA besprochen und weitere notwendige Maßnahmen abgestimmt.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der Arbeitsschwerpunkt des medizinischen Referats im Rahmen der Disease-Management-Programme lag 2011 in der Unterstützung und Beratung bei der Erstellung von Feedbackberichten für die an den DMP teilnehmenden Krankenhäusern und Arztpraxen durch die DMP-Fachkreise sowie des Qualitätssicherungsberichts 2010 durch die DMP-Redaktionsgruppe. Der Qualitäts-

sicherungsbericht wird Anfang Dezember 2011 veröffentlicht. Ein bereits im Jahr 2010 gestartetes Projekt der DMP-Kurzfeedbackberichte wurde in 2011 in der Gemeinsamen Einrichtung und den DMP-Fachkreisen weiter diskutiert und entwickelt. Ziel ist es, die Langversion der Feedbackberichte zukünftig sukzessive einzustellen und nur noch auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Förderung der Organspende

Die Zahl der Organspenden konnte erfreulicherweise in NRW seit dem Jahr 2005 kontinuierlich von 196 auf 259 in 2009 erhöht werden. Durch die gemeinsamen Anstrengungen der Krankenhäuser, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, des MGEPA, der Krankenkassen und der KGNW liegt NRW mittlerweile nur noch knapp unter dem Bundesdurchschnitt. Hilfreich hat sich hierbei das von der KGNW maßgeblich mitentwickelte Software-Tool „Transplant-Check“ (KGNW-Homepage → „Download“ → „Organspende“) erwiesen. Im Jahr 2010 stagnierte die Anzahl der Organspenden. Nach einem zunächst bedenklichen Rückgang der Organspenden in den ersten Monaten des Jahres 2011 (NRW ca.

–6 Prozent, Bund ca. –20 Prozent) konnte in der zweiten Jahreshälfte, gegen den unverändert negativen Trend auf Bundesebene, erfreulicherweise ein leichtes Plus gegenüber dem Vorjahr festgestellt werden.

Ein wesentlicher Teilaspekt in weiteren Überlegungen zur Förderung der Organspende ist die Abwägung, ob weiterhin an der bestehenden erweiterten Zustimmungslösung festgehalten werden soll. Laut dem Transplantationsgesetz (TPG) dürfen die Organe eines Toten nur dann entnommen werden, wenn entweder der Verstorbene sich zu Lebzeiten für eine Organspende ausgesprochen hat oder die nächsten Angehörigen der Organentnahme zustimmen. In anderen europäischen Staaten wird nach der sog.

Widerspruchslösungsverfahren, welche vorsieht, dass ein Verstorbener grundsätzlich als Organ- und Gewebespende infrage kommt, sofern er zu Lebzeiten nicht widersprochen hat. Die Bundesärztekammer entwickelte ein Konzept für eine Erklärungslösung (jeder Bundesbürger muss

sich widerruflich zur Organspende erklären: Ja, Nein, keine Entscheidung). Dieses beinhaltet u. a. die Einrichtung einer Registrierungsstelle für Patientenverfügungen bei der Bundesnotarkammer, welche für die Registrierung von Erklärungen zur Organspende genutzt werden könnte.

Deutsche Codierrichtlinien für das Jahr 2012

Wie in den Vorjahren standen im Sinne einer einheitlichen Codierung Klarstellungen und Anpassungen an die ICD-10-GM, den OPS sowie an das G-DRG-System 2012 im Vorder-

grund. Seit Jahren strittige Fragen, z. B. zur Beatmung, konnten jedoch weiterhin nicht gelöst werden.

ICD-10-GM 2012 und OPS-Version 2012

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 27.09.2011 die amtlich gültige Fassung der ICD-10-GM-Version 2012 auf seinen Internetseiten veröffentlicht. Wichtige Änderungen finden sich hierbei in der Codierung einer Thrombose, Phlebitis, venösen Embolie und Thrombophlebitis sowie der Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem.

Die endgültige Fassung des OPS 2012 des DIMDI sieht u. a. Codierungsänderungen der Behandlung bei psychischen und psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (9-60...9-69) und der Pflege und Versorgung von Patienten (9-20...9-20) vor. Zu Letzterem wurden die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS-E, PKMS-J, PKMS-K) aktualisiert.

DRG-System 2012

Bei annähernd unveränderter Kalkulationsbasis und Gesamtzahl der DRGs (n = 1.193) betrifft die klassifikatorische Überarbeitung für das Jahr 2012 u. a. die Intensivmedizin mit einer Neuordnung aufwendiger Konstellationen und einer Aufwertung von Kindern und nicht operierten Erwachsenen. DRGs mit einer „Langlieger-Problematik“

und weitere streitbefangene Konstellationen, wie z. B. die Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen, die Heimbeatmung und Nachuntersuchungen von Tumorpatienten, wurden neu geordnet. In der Abdominalchirurgie besteht in 2012 eine deutliche Aufwertung komplexer Eingriffe.

Innovation und Register

Im Entwurf der Bundesregierung zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung soll der Gemeinsame Bundesausschuss innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist, unter strukturierten Bedingungen und Aussetzung des Bewertungsverfahrens zeitlich befristet erproben können. Die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung erfolgt unter der Beteiligung von Herstellern über einen Systemzuschlag nach § 139c SGB V. Die erprobten Leistungen sollen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden.

Im Kontext der mit dem Regierungsentwurf verbundenen Diskussion innerhalb der Selbstverwaltung besetzen Register zur Innovationsbewertung eine zentrale Position.

Diese Ausgangslage erfordert eine intensive Erörterung der weiteren Anwendung von Registern bei der Erprobung innovativer Me-

thoden in den Gremien der KGNW. Hierbei wird zwischen gesetzlich verankerten (z. B. das Epidemiologische Krebsregister NRW) und freiwilligen Registern (z. B. das Deutsche Endoprothesenregister – EPRD – und das Deutsche Aortenklappenregister) unterschieden.

Die konstatierten, möglicherweise risikobehafteten Teilaspekte und offenen Fragen (Dokumentationsaufwand, Datenschutz, wissenschaftliche Aussagekraft, Mindestmengen, Leistungsausschlüsse und Zentrumsmedizin) wurden der DKG für eine Initiative zur Etablierung bundeseinheitlicher methodischer wie organisatorischer Standards im Aufbau und in der Anwendung von Registern unter Einbeziehung aller Selbstverwaltungspartner und Einordnung der Register in die bereits bestehenden gesetzlichen Strukturen der Qualitätssicherung mitgeteilt.

Rechts-, Vertrags- und Personalwesen im Krankenhaus

Abrechnungsprüfung nach § 275 SGB V

Im Jahr 2011 wurde gegenüber den Krankenhäusern verstärkt der Vorwurf der Falschabrechnung erhoben und medienwirksam inszeniert. Die Krankenhäuser und Krankenhausärzte sahen sich oftmals ungegerechtfertigten Vorwürfen ausgesetzt. Die Geschäftsstelle sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben diese Vorwürfe stets entschieden zurückgewiesen.

Aktion gegen Betrugsvorwürfe

Die DKG ist insbesondere im Rahmen ihrer Informationsveranstaltung „Krankenhausabrechnungen im Fokus“ am 11.10.2011 in Berlin den Anschuldigungen der Krankenkassen entgegengetreten, in signifikanter Höhe falsch abzurechnen. Auf dieser Veranstaltung wurden die Ergebnisse der in Auftrag gegebenen Studie der BDO-Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zu dem Thema „Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens“ vorgestellt. Die BDO kam zu dem Ergebnis, dass 96 Prozent aller Krankenhausabrechnungen unbeanstandet sind. Nachträglich wird nicht um die Rechnung als Ganzes, sondern um Interpretationen von Details gerungen. Viele Kliniken müssen dabei gezwungenerweise bei Abrechnungsstreitigkeiten mit den Krankenkassen nachgeben, um z. T. jahrelange Gerichtsverfahren zu vermeiden. Die Krankenhäuser haben jährlich 700 Mio. Euro Prüfungskosten aufzubringen. Die Prüfungsbürokratie bindet zudem Personal, das zur

Patientenversorgung besser eingesetzt wäre.

Den durch die Komplexität des Systems bedingten Vorwürfen der regelhaften Falschabrechnung im Krankenhaus kann nach Ansicht der Geschäftsstelle nur auf sachlicher Ebene begegnet werden. Aus diesem Grund wurde vom DKG-Fachausschuss „Recht und Verträge“ ein Gesetzgebungsvorschlag für eine Neuregelung der Vorschriften zur Einzelfallprüfung nach § 275 ff. SGB V erarbeitet, die ein faires Prüfverfahren mit klaren und transparenten Prüfregrularien zum Ziel hat. Durch klare Neuregelungen kann Auslegungstreitigkeiten und interpretationsfähigen Regelungen zur Einzelfallprüfung begegnet sowie die Diskussion über das Verfahren der Einzelfallprüfungen weiter versachlicht werden. Die Neuregelung zu den §§ 275 ff. SGB V wurde ebenfalls erstmals bei der Informationsveranstaltung der DKG „Krankenhausabrechnungen im Fokus“ vorgestellt.

Kernpunkte des Gesetzgebungsvorschlags sind:

- Durchführung der Einzelfallprüfung vor Ort im Krankenhaus als grundsätzliche Form der Einzelfallprüfung, da es dadurch zu erheblichen Zeit- und Ressourcenersparnissen kommt
- Straffung des Verfahrens durch Einführung einer zeitlichen Begrenzung des Prüfverfahrens von 24 Wochen ab dem Eingang der Krankenhausrechnung bei der Krankenkasse bis zu deren leistungsrechtlicher Entscheidung

- Verbot der Aufrechnung behaupteter Rückforderungsansprüche mit anderen Vergütungsansprüchen des Krankenhauses
- Pflicht des MDK, dem Krankenhaus das Gutachten für die Krankenkassen in Durchschrift zuzuleiten, damit beim Krankenhaus keine Informationsdefizite bestehen und die Auffassung des MDK nachvollzogen werden kann
- Erforderliche gesetzliche Klarstellungen (z. B. Anfall der Aufwandspauschale auch bei erfolgloser Prüfung von Zwischenrechnungen; Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale unabhängig von einem evtl. „Verschulden“ des Krankenhauses bei Erstellung der Rechnung)

MDK-Prüfverfahren

Durch die vielen offenen Fragen im Zusammenhang mit der verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung nach den §§ 275 ff. SGB V gab es auch zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen viel Diskussionsbedarf und außergerichtliche sowie sozialgerichtliche Auseinandersetzungen, in denen die Geschäftsstelle beratend tätig geworden ist. Neben den Streitigkeiten über gekürzte Verweildauertage, korrekte Codierungen und die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung kam es auch zu zahlreichen Meinungsverschiedenheiten über die Formalitäten der §§ 275 ff. SGB V, wie z. B. der Rechtscharakter der Sechs-Wochen-Frist nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V.

Hervorzuheben ist die Feststellung des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen

vom 13.07.2011 (Az.: L 1 KR 501/10 – nicht rechtskräftig), dass die in § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V geregelte Sechs-Wochen-Frist zur Einleitung der Einzelfallprüfung eine – auch im Gerichtsverfahren zu beachtende – Ausschlussfrist sei. Krankenkassen seien mit der Erhebung von Einwendungen, die nicht durch eine innerhalb dieser Frist eingeleitete MDK-Prüfung ermittelt werden, ausgeschlossen.

MDK-Prüfungen zur „medizinischen“ bzw. „wirtschaftlichen“ Fallzusammenführung durch die Krankenkassen beschäftigten in 2011 nicht nur die Geschäftsstelle, sondern nun auch die Sozialgerichte. Der MDK nahm in einer Vielzahl von Gutachten – insbesondere bei onkologischen Behandlungsfällen – regelmäßig eine Fallzusammenführung an, wenn er eine Trennung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vermutete. Die Geschäftsstelle trat dieser Rechtsauffassung nach eingehender rechtlicher Prüfung substantiiert entgegen. Die Voraussetzungen einer Wiederaufnahme lagen jedoch in den vom MDK geprüften Fällen regelmäßig nicht vor. Es galt klarzustellen, dass der MDK den Anwendungsbereich der geltenden Abrechnungsbestimmungen nicht selbstständig ausdehnen kann. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die bestehenden Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut auszulegen.

Ein weiteres Kernproblem stellten die MDK-Prüfungen zu den Strukturvoraussetzungen von Komplexbehandlungen dar, da die Ergebnisse einzelner Prüfungen durch die Krankenkassen oftmals auf alle Behand-

lungsfälle erstreckt wurden. Auch hier arbeitete die Geschäftsstelle die Thematik rechtlich auf und stellte fest, dass die Prüfung der Strukturvoraussetzungen von Komplexbehandlungen nur im Rahmen von verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V oder verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG möglich ist. Dabei ist ausschließlich die Erfüllung der im OPS-Katalog definierten Mindestmerkmale im konkreten Behandlungsfall zu überprüfen. Theoretische Erwägungen des MDK hinsichtlich besonderer Ausnahmesituationen und ihrer Auswirkungen auf die Patientenversorgung sind unbeachtlich. Ergebnisse der Überprüfung eines Einzelfalls können grundsätzlich nicht auf die Gesamtheit aller Krankenhausfälle bezogen werden. Die Auffassungen der Geschäftsstelle gingen bereits in gerichtliche Verfahren ein.

Kostenpauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V (Rechtsprechung und Empfehlung)

Streitgegenstand im Rahmen des MDK-Prüfverfahrens nach § 275 SGB V war insbesondere auch die Zahlungspflicht zur Aufwandspauschale angesichts der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 22.06.2010 (Az.: B 1 KR 1/10 R). Die Krankenkassen neigen dazu, bei jedem durch den MDK beanstandeten Abrechnungsfehler eine Prüfveranlassung anzunehmen. Das Krankenhaus kann jedoch die Prüfung nur veranlasst haben, wenn diese auch ursächlich für die Prüfeinleitung gewesen ist.

Es muss jedoch allein anhand der Prüfanzeige bzw. des Prüfauftrags der Krankenkasse

für das Krankenhaus erkennbar und nachvollziehbar sein, welcher konkrete Fehlerverdacht die Krankenkasse zur Einleitung des MDK-Prüfverfahrens bewegt hat. Diese Auffassung wurde nunmehr auch durch das rechtskräftige Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 07.10.2010 (Az.: S 3 KR 382/09) bekräftigt, demzufolge die Pflicht der Krankenkassen zur Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V entfällt, wenn die Krankenkasse den MDK beauftragt habe, die Krankenhausabrechnung in jeder Hinsicht und umfassend zu überprüfen. Aus allgemeinen Fragestellungen könne nicht festgestellt werden, dass das Krankenhaus die Krankenkasse durch eine fehlerhafte Abrechnung zur Einleitung des Prüfverfahrens veranlasst habe.

Das LSG Rheinland-Pfalz hat mit Urteil vom 07.06.2011 (Az.: L 5 KR 189/10) – nicht rechtskräftig – die von der Geschäftsstelle seit Inkrafttreten des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V vertretene Auffassung bestätigt, dass auch eine erfolglose MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V bei Vorliegen einer Zwischenrechnung die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale auslöst. Der Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale setze nicht voraus, dass im Zeitpunkt der Prüfung durch den MDK bereits eine Schlussabrechnung vorgelegen habe.

Das Bundessozialgericht wird sich auch 2012 intensiv mit den Abrechnungsstreitigkeiten auseinandersetzen müssen und hoffentlich durch systemgerechte Entscheidungen für Rechts- und Finanzierungssicherheit sorgen.

Hoch spezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V

Zulassungsverfahren

Der steinige Weg der Krankenhäuser, Zulassungen nach § 116b SGB V zu erlangen, wurde auch 2011 nicht geebnet. Die Situation hat sich vielmehr verschärft. Nachdem in 2011 die meisten Antragsverfahren zu § 116b SGB V von den Bezirksregierungen abgearbeitet wurden und Krankenhäuser Zulassungen erhielten (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) unter: http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/ambulante_versorgung/index.php), hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) mit Beschluss vom 09.02.2011 (L 11 KA 91/10 B ER; rechtskräftig) die durch Zulassungen begründeten Positionen wieder erheblich „geschwächt“ und damit die Rechtsunsicherheit der Krankenhäuser verstärkt.

Das LSG NRW hat im einstweiligen Rechtschutzverfahren rechtskräftig entschieden, dass Vertragsärzte den Bestimmungsbescheid eines Krankenhauses gem. § 116b Abs. 2 SGB V anfechten können, wenn sie sich im regionalen Einzugsbereich des Krankenhauses befinden und dieselben Leistungen anbieten. Der Landesbehörde wird ein Beurteilungsspielraum eingeräumt, in dem eine Abwägung notwendig sei, weil die Bestimmung eines Krankenhauses nur unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation erfolgen dürfe.

Diese Argumentation ist u. a. deshalb abzulehnen, weil Krankenhäuser durch die Bestimmung gem. § 116b SGB V gerade nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden. Der Gesetzgeber hat die Zulassungsentscheidung bewusst von den für den vertragsärztlichen Bereich zuständigen Zulassungsgremien bei den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übertragen und damit verdeutlicht, dass es sich bei § 116b SGB V um eine neue Versorgungsform „zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ handelt. Es betrifft einen von der vertragsärztlichen Versorgung unabhängigen Bereich (so auch BSG, Urteil vom 12.08.2009, B 3 KR 10/07 R). Krankenhäuser werden im Übrigen unabhängig davon zugelassen, ob und inwieweit die Versorgung der Versicherten durch den niedergelassenen Bereich sichergestellt wird.

Das MGEPA hat mit seinen Erlassen vom 05.05.2011 sowie 01.09.2011 auf die Rechtsprechung des LSG NRW reagiert und eine weitgehende Information der betroffenen Vertragsärzte im Antragsverfahren nach § 116b SGB V etabliert. Das durch die neuen Erlasse geänderte Verfahren der Bezirksregierung soll den Anforderungen des LSG gerecht werden.

Abrechnungsverfahren

Die Krankenhäuser, die den steinigen Weg der Zulassung überstanden haben, sehen sich einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen gegenüber. Die fehlende Abrechnungsmöglichkeit von Onkologieziffern führt bspw. zu einer erheblichen Ungleichbehandlung mit den im niedergelassenen Bereich tätigen Vertragsärzten. Zum 01.07.2009 haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten – Onkologievereinbarung – geschlossen. Diese ist als Anlage 7 Bestandteil der Bundesmantelverträge und am 01.10.2009 in Kraft getreten. Die Onkologievereinbarung enthält in § 9 eine Regelung zur Erstattung des besonderen Aufwands, der dem an der Onkologievereinbarung teilnehmenden onkologisch qualifizierten Vertragsarzt durch die Betreuung der Patienten entsteht, mittels gesonderter Gebührenpositionen nach Anhang 2 Teil A dieser Vereinbarung. Krankenhäusern soll die Teilnahme an der Onkologievereinbarung und somit auch die Abrechnung der gesonderten Gebührenpositionen nach § 1 Abs. 1 der Vereinbarung im Rahmen der Leistungserbringung nach § 116b SGB V untersagt sein.

Diese Vereinbarung ist nach Auffassung der DKG eine Umgehung der in § 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V verbindlich normierten Abrechnungsgrundsätze. Die Vergütung der Leistungen nach § 116b SGB V hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Auf die substanziierte Positionierung der DKG und die Forderung, diese Ungleichbehandlung aufzulösen, haben der

GKV-Spitzenverband und die KBV mitgeteilt, dass sie den Ausschluss der Krankenhäuser weiterhin als rechtmäßig betrachten. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat leider noch nicht Stellung genommen.

Einschaltung von Dienstleistungsunternehmen bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen

Das Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 10.12.2008, B 6 KA 37/07 R) hat entschieden, dass Krankenhäuser Patientendaten gesetzlich Krankenversicherter ohne ausreichende gesetzliche Ermächtigung, trotz schriftlicher Einwilligungserklärung des Patienten, nicht zur Erstellung der Leistungsabrechnung an private Dienstleistungsunternehmen übermitteln dürfen. Nach Auffassung des BSG bedarf es damit einer eindeutigen Befugnisnorm. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht der gesetzlich normierte Abrechnungspartner, sodass diese bei einer rechtsdogmatischen Betrachtung ebenso wie private Verrechnungsstellen als externe Dritte eingestuft werden müssten.

In § 295a SGB V wurde mit dem Infektionsschutzänderungsgesetz eine dauerhafte Regelung zur Weitergabe von Patientendaten gesetzlich Versicherter an externe Stellen zu Abrechnungszwecken geschaffen. Dies betrifft allerdings nur die ambulante Notfallversorgung und die Integrationsversorgung.

Die KGNW setzt sich auch weiterhin für eine umfassende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage ein.

Kooperationen zwischen Krankenhäusern und externen Ärzten

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der seit vielen Jahren praktizierten Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten werden in Rechtsprechung, Schiedsstellen- und Genehmigungsverfahren sowie in Ministerialerlassen zunehmend unterschiedlich bewertet. Streitig ist insbesondere, ob das Krankenhaus die ärztliche Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nur durch angestellte Ärzte erbringen kann oder ob hierzu auch nicht fest angestellte Ärzte, wie z. B. niedergelassene Ärzte, eingebunden werden können.

Die KGNW vertritt die Auffassung, dass Krankenhäuser in ihrer Organisation zur Leistungserbringung im Rahmen des Versorgungsauftrags frei sind. Insbesondere im Bereich des Personaleinsatzes müssen Krankenhäuser darin frei sein, Leistungen durch angestellte Ärzte oder Honorarärzte zu erbringen. Dies gilt nicht nur für Nebenleistungen, sondern auch für Haupt- oder Kernleistungen. Erbringung und Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen können nicht vom Status des ärztlichen Personals im Krankenhaus (Beamten- oder Angestelltenverhältnis oder Freiberuflichkeit) abhängen. Zudem erfordert die Versorgungsrealität, insbesondere in strukturell benachteiligten Räumen von Flächenländern, flexible Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten, um eine ordnungsgemäße Patientenversor-

gung sicherzustellen. Aus bundesrechtlicher Sicht wird diese Auffassung durch die Änderung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) im Hinblick auf die Einbeziehung von Vertragsärzten gem. § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV und landesrechtlich durch die Streichung des § 36 Abs. 2 KHG NRW (alte Fassung), der nur den Einsatz von angestellten Ärzten vorsah, gestützt.

Für den Bereich des ambulanten Operierens hat das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 23.03.2011 (B 6 KA 11/10 R) die Auffassung vertreten, dass ambulante Operationen gem. § 115b SGB V i. V. m. dem Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) nur zulässig sind, wenn sie durch angestellte oder beamtete Krankenhausärzte oder durch am Krankenhaus tätige Belegärzte durchgeführt werden.

Diese Vorgaben des 6. Senats können nach Auffassung der KGNW allerdings nicht auf den stationären Bereich übertragen werden. Die Frage, inwieweit § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG/BPflV auch die Veranlassung von sog. „Kernleistungen“ beinhaltet, wird derzeit von der sozialrechtlichen und verwaltungsrechtlichen Rechtsprechung uneinheitlich bewertet. Insbesondere die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung erachtet die entsprechenden Kooperationen im stationären Bereich derzeit für zulässig.

Die KGNW setzt sich für eine klarstellende Änderung der §§ 2 KHEntgG und BPfIV durch den Gesetzgeber ein. Durch diese Änderung soll nunmehr auch ausdrücklich gesetzlich

verankert werden, dass Krankenhäuser ihre allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärzte erbringen können.

Rechtsstreitigkeiten in Grundsatzfragen

Streitbeilegungen durch Landesrahmenvergleiche

Ambulante Notfallbehandlung – Punktwertthematik

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein hat ab dem Quartal I/1999 die Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst mit einem geringeren Punktwert für die Krankenhäuser vergütet als für die Vertragsärzte. Nachdem das Bundessozialgericht mit Urteilen vom 06.09.2006 in den Verfahren B 6 KA 31/05 R und B 6 KA 15/06 R entschieden hat, dass die Krankenhäuser hinsichtlich der Vergütung ihrer Notfallleistungen der Vergütung der Vertragsärzte im organisierten Notfalldienst gleichzustellen sind, hat die KV Nordrhein letztendlich mit Wirkung zum 01.01.2007 ihren Honorarverteilungsvertrag (HVV) geändert.

Die Geschäftsstelle hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) eine Rahmenempfehlung zum Abschluss von Vergleichen im Zusammenhang mit der Höhe der Punktwerte für ambulante Notfallleistungen der Krankenhäuser im Zeitraum der Quartale I/1999 bis IV/2006 vereinbart. Die Rahmenempfehlung ist am 26.04.2011 in

Kraft getreten und galt nur für Krankenhäuser im Landesteil Nordrhein, die gegen die Abrechnungsergänzungsbescheide der KV Nordrhein Widerspruch eingelegt haben.

Das Vergleichsangebot beinhaltete die Rücknahme der durch die KV Nordrhein in den Abrechnungsergänzungsbescheiden vorgenommenen Saldierungen, soweit Krankenhäuser gegen den Abrechnungsergänzungsbescheid der KV Nordrhein für den Zeitraum I/1999 bis IV/2006 Widerspruch eingelegt haben. Daneben wurde pauschal ein Honorar in Höhe von 40 Prozent des sich nunmehr ergebenden Honorarnachvergütungsbetrags gesamt, d. h. Nachvergütungsbeträge, die durch den Abrechnungsergänzungsbescheid festgesetzt worden sind zuzüglich der Nachvergütungsbeträge, die sich aus der Rücknahme der Saldierung ergeben, von der KV Nordrhein nachvergütet.

Die KV Nordrhein hatte den Krankenhäusern, die gegen den Abrechnungsergänzungsbescheid nach § 14 HVV – der immer noch einen ungleichen Punktwert für die Krankenhäuser beinhaltete – fristgemäß Widerspruch eingelegt haben, individuelle Vergleichsangebote auf Basis dieser Rahmenempfehlung unterbreitet.

Die Punktwertthematik sowie die diesbezüglich geführten KGNW-Musterverfahren haben sich aus Sicht der Geschäftsstelle durch die mit der KV Nordrhein abgeschlossene Rahmenempfehlung zum Abschluss von Vergleichen im Zusammenhang mit der Höhe der Punktwerte für ambulante Notfallleistungen der Krankenhäuser im Zeitraum der Quartale I/1999 bis IV/2006 nunmehr erledigt.

Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung

Die für die Jahre 2004 bis 2008 durch zahlreiche Krankenkassen vorgenommenen Kürzungen von Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Behandlungen in Höhe von bis zu 1 Prozent zur sog. Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung gem. § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V, haben zu

streitigen und bisher unbeantwortet gebliebenen Rechtsfragen geführt.

Aus diesem Grund hat die Geschäftsstelle in der Vergangenheit mit einzelnen Krankenkassenverbänden – zuletzt Ende 2010 mit dem BKK Landesverband – Landesvereinbarungen zur Anschubfinanzierung gem. § 140d SGB V abgeschlossen, denen die Mitgliedskrankenhäuser beitreten konnten. Diese Beitrittsmöglichkeit wurde flächendeckend angenommen.

Die Geschäftsstelle ist nunmehr auch mit der IKK classic in Verhandlungen getreten, die aller Voraussicht nach zum Abschluss einer Landesvereinbarung führen werden. Eine solche Landesvereinbarung würde nur für die Mitgliedskrankenhäuser im Landesteil Westfalen-Lippe gelten.

Offene Rechtsfragen/KGNW-Musterverfahren

Sanierungsbeitrag (erstes Quartal 2007)

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungsmäßigkeit des Sanierungsbeitrags gem. § 8 Abs. 9 KHEntgG (alte Fassung) betraf nur die Kürzungen ab dem 01.07.2007. Damit wurde die Grundsatzfrage geklärt. Weiterhin offen ist jedoch noch die Entscheidung der Verfassungsmäßigkeit des Sanierungsbeitrags für das erste Quartal 2007, da im Hinblick auf das Rückwirkungsverbot hiergegen offensichtliche verfassungsrechtliche Bedenken bestehen.

Daher hat die Geschäftsstelle empfohlen, die Klagen auf die Rückforderungsansprüche für das erste Quartal 2007 zu beschränken und die beim Sozialgericht erhobenen Klagen aufgrund der sechs vor dem Landesozialgericht Nordrhein-Westfalen anhängigen Klagen ruhend zu stellen.

Neben zahlreichen Musterschreiben zur Aufklärung der Sach- und Streitlage gegenüber Krankenkassen und Sozialgerichten hat die Geschäftsstelle den Mitgliedskrankenhäusern Muster für Verjährungsverzichtsvereinbarungen nebst Musteranschreiben zur Abstimmung mit den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Diese betrafen insbesondere die Fälle, in denen Krankenkassen die Rechnungsabschlüsse für das erste Quartal 2007 bereits im Jahr 2007 verrechnet haben, und sollen der Sicherung der Rückforderungsansprüche der Krankenhäuser vor der

drohenden Verjährung mit Ablauf des Jahres 2011 dienen.

Letztendlich muss eine höchstrichterliche Entscheidung zur Verfassungsmäßigkeit des Sanierungsbeitrags für das erste Quartal 2007 abgewartet werden.

Ambulante Notfallbehandlung (Besuchsbereitschaftspauschale)

Ab dem 01.01.2008 hat der Bewertungsausschuss einen neuen EBM, den EBM 2008, beschlossen. Der EBM 2008 beinhaltet zwar gleiche Punktzahlen für die Vertragsärzte und Krankenhäuser im organisierten Notfalldienst, ermöglicht jedoch grundsätzlich nur den Vertragsärzten die Abrechnung der „Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft“.

Nach Auffassung der Geschäftsstelle ist mit der sachlich nicht zu rechtfertigenden Regelung zur Besuchsbereitschaftspauschale eine weitere Ungleichbehandlung bei der Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung gegenüber den Krankenhäusern gegeben. Die Geschäftsstelle hat den Mitgliedskrankenhäusern empfohlen, den jeweiligen – von der Geschäftsstelle per Rundschreiben zur Verfügung gestellten – Musterwiderspruch gegen den Abrechnungsbescheid der KV Nordrhein bzw. die sachlich-rechnerische Richtigstellung der KV Westfalen-Lippe einzulegen. Hinsichtlich der Frage der Rechtmäßigkeit der „Zusatzpauschalen Besuchsbereitschaft“

reitschaft“ hat die Geschäftsstelle mit der KV Nordrhein zudem drei Musterverfahren abgestimmt, die zurzeit immer noch vor dem Sozialgericht Düsseldorf anhängig sind. Mit der KV Westfalen-Lippe hat die Geschäftsstelle vereinbart, dass zunächst die

„Musterverfahren“ im Landesteil Nordrhein abgewartet werden sollen. Die KV Westfalen-Lippe wird daher die Widerspruchsverfahren der Krankenhäuser bis zum Abschluss der „Musterverfahren“ ruhend stellen.

Personalwesen

Pflegeausbildung Generalistik

Anlässlich der bereits im Jahr 2010 diskutierten Novellierungsansätze im Bereich der Pflegeausbildung hat die Geschäftsstelle auf Grundlage eines Vorstandsbeschlusses eine Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ eingerichtet, um eine einheitliche Positionierung der KGNW zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe zu erarbeiten und abzustimmen.

Die Gremien der KGNW haben ein Positionspapier zur „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ beschlossen und im Herbst 2010 an die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Frau Barbara Steffens, mit der Bitte, die krankenhauseitige Auffassung zu dieser wichtigen und zukunftsweisenden Fragestellung in die ministeriellen Überlegungen zur Gesamtthematik einzu beziehen und an die Mitglieder der auf Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe – die den Reformprozess zur Zusammenführung der Pflegeausbildungen vorbereitet – weiterzuleiten, übersandt. Daneben wurde

gegenüber dem Ministerium ausdrücklich die Bereitschaft für einen konstruktiven Dialog zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe signalisiert.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter hat in einem entsprechenden Antwortschreiben die Übersendung des Positionspapiers an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zugesichert.

Im Verlauf des Jahres 2011 hat die Geschäftsstelle konstruktiv in verschiedenen Arbeitsgruppen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe mitgearbeitet. Auf Bundesebene wird ebenfalls die Konsentierung eines Positionspapiers angestrebt, um sich in die politische Diskussion einzubringen.

Die DKG gründete daher die DKG-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“, welche mit der Erarbeitung eines Positionspapiers beauftragt wurde. Im Zusammenhang mit der Erstellung des Positionspapiers, welches eine Zusammenführung der bisherigen Ausbildungsberufe zu einem gemeinsamen Pflegeberuf befürwortet, gab

es u. a. in Bezug auf die Finanzierung einer einheitlichen Pflegeausbildung offene Fragen, vor allem bezüglich der Finanzierung in der Altenpflegeausbildung. Zwingende Voraussetzung für eine generalistische Pflegeausbildung ist eine gesicherte Finanzierung. Insoweit ist diesem Regelungsbereich ein besonderer Stellenwert einzuräumen.

Zur Erörterung des komplexen Finanzierungsproblems wurde eine weitere Arbeitsgruppe einberufen, die einen Lösungsvorschlag für eine auskömmliche Finanzierung einer einheitlichen Pflegeausbildung entwickeln soll. Erst wenn ein belastbarer Vorschlag zur Lösung der Finanzierungsprobleme erarbeitet wurde, wird ein Positionspapier in die politische Diskussion eingebracht werden.

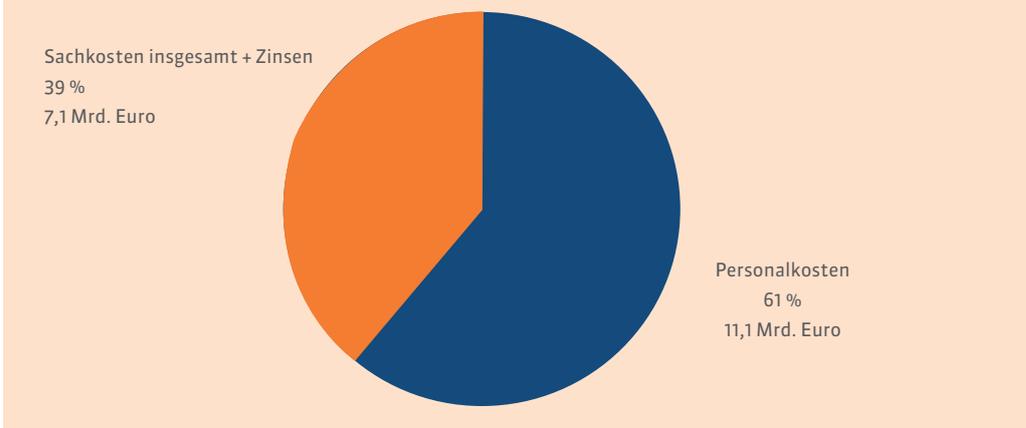
Aktuelle KGNW-Position

Vor dem Hintergrund der Erörterungen auf Bundesebene hat der KGNW-Vorstand in seiner Sitzung am 24.03.2011 den Beschluss des Vorstands vom Herbst 2010 zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe erneut beraten und – bei einer Enthaltung – einstimmig bestätigt.

Alle strukturellen Änderungen müssen demnach zwingend in ein zukunftssicheres Gesamtkonzept eingebunden sein. Im Hinblick auf die sich ändernden Verhältnisse im Gesundheitswesen vertritt die KGNW weiterhin nachfolgende Positionen:

1. Die Pflegeausbildung soll auf eine generalisierte dreijährige Ausbildung auf Grundlage einer gesicherten und auskömmlichen Finanzierung im Regelungsrahmen des § 17a KHG umgestellt werden

Sachkosten/Personalkosten im Krankenhaus in NRW 2010 insgesamt 18,2 Mrd. Euro – in Prozent:



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS): Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2010; eigene Berechnungen

und muss im Gesamtkonzept die tragende erste Säule der Pflegeberufe sein.

2. Die für den beruflichen Einsatz in einem spezialisierten Berufsfeld notwendige Weiterbildung muss bundeseinheitlich gesetzlich geregelt werden.
3. Das Ausbildungssystem an den Ausbildungsstätten nach § 2 Abs. 1a KHG mit der bewährten Verzahnung zwischen Theorie und Praxis muss erhalten bleiben.
4. Die sinnvolle vertikale Durchlässigkeit zur Erlangung eines weiterführenden Schulabschlusses ist mittels Kooperationen sicherzustellen und entsprechend zu finanzieren.
5. Das Modellvorhaben zur akademischen Ausbildung wird grundsätzlich begrüßt und könnte zukünftig als bedarfsorien-

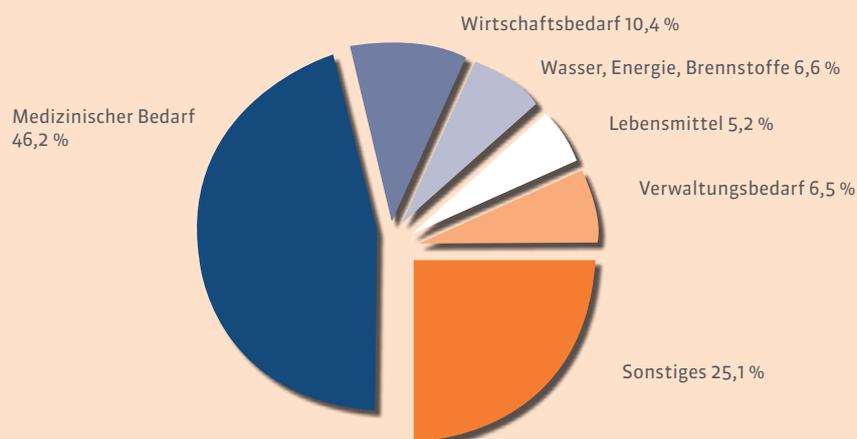
tierte zweite (ergänzende) Säule etabliert werden, wenn die Absolventen nachhaltig im System eingesetzt werden können.

6. Mit der Umstellung auf eine generalistische Pflegeausbildung und der Akademisierung der Erstausbildung sind die Pflegeassistentenberufe als dritte Säule in das Gesamtkonzept einzubinden.
7. Die Einbindung der technischen Assistentenberufe sollte eine vierte Säule im Gesamtkonzept bilden.

Aus- und Weiterbildung

Die DKG-Empfehlungen zur Weiterbildung und Prüfung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in unterschiedlichen Fachgebieten sind überarbeitet worden und am 01.10.2011 in Kraft getreten. Solange in

Sachkosten im Krankenhaus in NRW 2010 – in Prozent:



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS): Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2010; eigene Berechnungen

einem Bundesland keine landesrechtliche Regelung der Weiterbildung für die in der DKG-Empfehlung genannten Gebiete besteht, nimmt die DKG die Anerkennung der Weiterbildungsstätte nach Maßgabe der Empfehlungen vor.

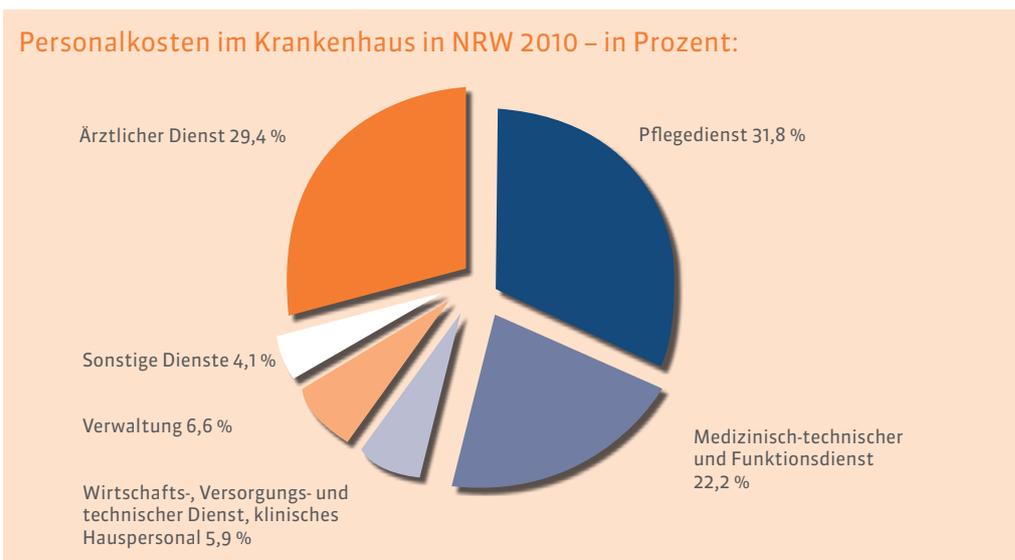
In NRW besteht bezüglich der Weiterbildung für die pflegerischen Fachgebiete „Intensivpflege und Anästhesie, Operationsdienst und psychiatrische Pflege“ eine landesrechtliche Regelung durch die Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (WBVO-Pflege-NRW) vom 15.12.2009 aufgrund des Weiterbildungsgesetzes Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege des Landes NRW. Die Weiterbildungen nach der vorgenannten Verordnung werden an Weiterbildungsstätten durchgeführt, die von der Bezirksregierung zugelassen sind.

Ferner wurden DKG-Empfehlungen zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten verabschiedet und zur Anwendung empfohlen. Die Empfehlung trat zum 01.10.2011 in Kraft.

Weitere Informationen hierzu sind auf der Homepage der DKG abrufbar. Die KGNW hat die Krankenhäuser zeitnah über die Entwicklungen in diesem Bereich informiert.

Neuregelungen des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG)

Das erste Gesetz zur Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes – Verhinderung von Missbrauch der Arbeitnehmerüberlassung (1. AÜG-ÄndG) vom 28.04.2011 (BGBl. I, S. 642) – hat zu einer Reihe von Änderungen im Recht der Arbeitnehmerüber-

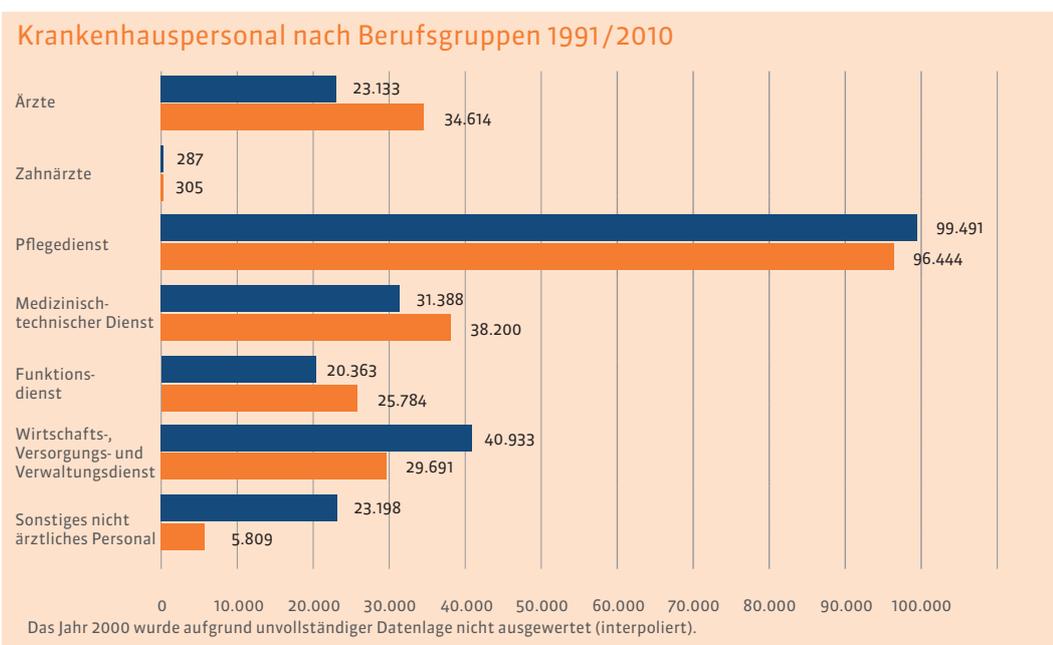


Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS): Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2010; eigene Berechnungen

lassung geführt. Wesentliche Bereiche des AÜG wurden geändert. Mit § 1 Abs. 1 Satz 1 AÜG n. F. wurde die Erlaubnispflicht ausgedehnt, wonach ab dem 01.12.2011 nicht mehr auf die „Gewerbsmäßigkeit“, sondern darauf abgestellt wird, ob die Verleiher Dritten Arbeitnehmer „im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit“ zur Arbeitsleistung überlassen wollen. Damit entspricht das AÜG jetzt den Anforderungen der Richtlinie 2008/104/EG, die für alle Formen der Arbeitnehmerüberlassung gilt, gleich, ob sie zu Erwerbszwecken des Verleihers erfolgt oder nicht. Zudem ist die Einschränkung des § 1 Abs. 1 Satz 2 AÜG n. F. bedeutsam. Danach darf

eine Arbeitnehmerüberlassung nur noch vorübergehend erfolgen.

Diese Neuregelungen könnten sich auch auf in der Krankenhauspraxis häufig anzutreffende Konstellationen der Arbeitnehmerüberlassung auswirken. Für die Bewertung der AÜG-Änderungen kommt es entscheidend auf die Auslegung des individuellen Sachverhalts durch die zuständige Verwaltungsbehörde (Bundesagentur für Arbeit) an.



Quelle: Statistisches Jahrbuch und Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2010; LDS NRW, Jahrg. 1993, eigene Berechnungen

Selbstverwaltungsaufgaben

Umsetzung des § 17a KHG: Ausgleichsfonds 2012 – Verhandlungen in NRW

Gem. der Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sowie Festlegung des Ausbildungszuschlags für Ausbildungsstätten der in § 2 Nr. 1 a KHG genannten Berufe (Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 KHG) vom 20.12.2007 und den hierin zwischen den Verbänden der Kostenträger sowie der KGNW vereinbarten Verfahrensregelungen hat die KGNW die Datenerhebung zur Umsetzung des Ausgleichsfonds 2012 abgeschlossen. Die Krankenhäuser in NRW sind mit Schreiben vom 29.06.2011 gebeten worden, die erforderlichen Daten – entsprechend der Prozedere in den vergangenen Jahren – zur Verfügung zu stellen. Für das gesamte Zahlenmaterial ist eine Übersicht – entsprechend den bereits in den Vorjahren zwischen den Vertragspartnern erfolgten Abstimmung – erstellt und mit KGNW-Schreiben vom 21.10.2011 an die Verbände der Kostenträger übersandt worden, um eine Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2012 nach § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 KHG i. V. m. der Vereinbarung vom 20.12.2007 zu § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 bis 3 KHG zu schließen. Die Liste der einzubeziehenden Krankenhäuser für die Umsetzung des Ausgleichsfonds im Jahr 2012 wird derzeit – wie bereits in Vorjahren – mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) abgestimmt.

Ausgleichsverfahren für das Wirtschaftsjahr 2010

Für das Ausgleichsjahr 2010 ist es möglich – aufgrund der sich abzeichnenden Liquiditätssituation des Fonds –, noch in diesem Jahr den Ausgleich mit den Krankenhäusern vollständig durchzuführen und zum 31.12.2011 das Jahr 2010 ausgleichstechnisch abzuwickeln. Die Verbände der Kostenträger, denen zwischenzeitlich eine Gesamtübersicht des Zahlenwerks inkl. der Ausgleichsberechnung übersandt worden ist, prüfen derzeit die Aufstellung.

Richtwertermittlung auf Bundesebene gem. § 17a Abs. 4b KHG

Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG haben gem. § 17a Abs. 4b KHG die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die sonstigen Ausbildungskosten zu ermitteln und Richtwerte unter Berücksichtigung der zu erwartenden Kostenentwicklungen zu vereinbaren. In diesem Jahr erfolgte zum zweiten Mal die Kalkulation der Ausbildungskosten mit dem Ziel der Vereinbarung von Richtwerten für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a KHG. Auf Grundlage der gelieferten Kalkulationsdaten konnten durch das InEK für die Berufe A05 „Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger“ und „A06 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ Kosten der Ausbildungsstätte als

auch Mehrkosten der Ausbildungsvergütung ermittelt werden. Daneben konnte ein Bundeswert für den Ausbildungsberuf A07 Krankenpflegehelfer/-in bezüglich der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung kalkuliert werden.

Im Rahmen der diesjährigen Verhandlungen zur Vereinbarung von Richtwerten haben sich die Kostenträger erneut für die Umsetzung eines „Relativgewichtsystems“ ausgesprochen und eine Vereinbarung auf Basis von Relativgewichten vorgeschlagen. Da dieses Modell die sachgerechte Finanzierung der Ausbildung nicht sicherstellt, hat die DKG den Vorschlag erneut abgelehnt. Seitens des InEK wurde wiederholt bestätigt, dass es sich bei den vorliegenden Kalkulationsergebnissen um belastbare Daten zur Ermittlung von Richtwerten handelt.

Im Ergebnis wurde am 26.10.2011 zwischen DKG/GKV/PKV unter Beteiligung des BMG die Nichtvereinbarung von Richtwerten für Ausbildungsstätten für das Jahr 2012 festgestellt.

Eine Festlegung der Richtwerte per Ersatzvornahme durch das BMG, welche gem. § 17a Abs. 4b KHG möglich wäre, ist nach derzeitigem Kenntnisstand unwahrscheinlich. Auch im kommenden Jahr wurde das InEK wieder mit der Ausbildungskostenkalkulation gem. § 17a KHG beauftragt.

Die Krankenhäuser sind mittels Rundschreiben am 11.11.2011 über den aktuellen Sachstand informiert worden. Zeitgleich wurden

die Krankenhäuser weiterhin um eine rege Beteiligung an der Kalkulation der Ausbildungskosten gebeten, um die Relevanz der bereits in Vorjahren ermittelten Werte zu erhöhen.

Clearingstelle NRW

Aufgrund der medialen Diskussion um die sog. „Fangprämien“ (Zuweisung gegen Entgelt) und die daraus resultierenden Unsicherheiten der Krankenhäuser hat die KGNW sog. „Leitplanken“ beschlossen, die den Krankenhäusern eine erste Orientierung sowohl bei der Überprüfung ihrer bestehenden Verträge als auch bei der Entwicklung neuer Verträge bieten sollen.

Auf Basis der gemeinsamen Empfehlung der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Landesärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe und die KGNW eine „Gemeinsame sektorenübergreifende Clearingstelle Rechtskonformität“ in Nordrhein-Westfalen unter der Geschäftsführung der KGNW eingerichtet. Die Clearingstelle wurde als „koordinierendes Gremium“ errichtet, welches sich in Grenzfällen abstimmt und ggf. gemeinsame Prüfkriterien entwickelt und diese veröffentlicht. Fallkonstellationen, die von den gemeinsamen Leitlinien nicht erfasst werden, mussten bisher nicht zur Beratung eingebracht werden.

Bei Anfragen prüfte das Rechtsreferat der KGNW anhand der Leitplanken überwiegend im Vorfeld von Vertragsabschlüssen. Bedenken wurden gemeinsam mit den Krankenhäusern ausgeräumt. In Zweifelsfällen wurde seitens der Geschäftsstelle empfohlen, den Bezirksregierungen diese Verträge zur verbindlichen Kontrolle im Vorfeld vorzulegen.

Koordinierungsstelle „Weiterbildung Allgemeinmedizin“

Gem. § 5 der zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossenen „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ werden die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen mit der KGNW eine Landesvereinbarung treffen und eine gemeinsame Koordinierungsstelle zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für Nordrhein-Westfalen errichten. Die Aufgaben der Geschäftsstelle teilen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern und stimmen diese landesteilbezogen in Abstimmung mit der KGNW untereinander ab.

Ziel der Zusammenarbeit ist die Förderung der Weiterbildung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses zur langfristigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Unter Berücksichtigung der Interessen der weiterzubildenden Ärzte und der

Weiterbildungsstätten sollen attraktive Weiterbildungsangebote auf Grundlage der jeweils gültigen Weiterbildungsordnungen unterstützt, organisiert, vermittelt und weiterentwickelt werden. Die vorhandenen regionalen Weiterbildungsverbände sollen optimal verbunden und i. V. m. neuen Verbänden flächendeckend zielgerichtet ausgebaut werden.

Politik / Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Dialog mit Ministerien, der Politik, den gesundheitspolitisch verantwortlichen Verbänden und Institutionen in NRW sowie das Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz standen im Fokus des Referats Politik / Presse auf Landesebene. Hier wurden ebenso die Positionen und Erwartungen der KGNW vertreten wie zur Hygiene in Krankenhäusern, zum Ärztemangel, zur Thematik der Zuweiserprämien sowie zu den ungerechtfertigten Vorwürfen zu Falschabrechnungen der Krankenhäuser. Aktiv eingebunden war die KGNW zudem in die Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen zur Versorgung besonderer Patientengruppen im Krankenhaus und der landesweiten Initiative „www.docjobs-nrw.de – Aus- und Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt in Nordrhein-Westfalen“.

Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Die KGNW hat im Zusammenhang mit dem Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz immer wieder darauf hingewiesen, dass eine flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet sein muss. Das Gesetz soll primär einer verbesserten Absicherung der ambulanten medizinischen Versorgung in Zeiten des demografischen Wandels dienen. Einige Punkte des geplanten Gesetzes betreffen allerdings auch den Krankenhausbereich.

So soll die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V und Teile von § 115b SGB V) als eigenständiger Versorgungsbereich mit gleichen Qualifikationsanforderungen und freiem Zugang für niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser stufenweise eingeführt werden, im Rahmen dessen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) weitreichende Richtlinienkompetenz erhält. Neben KGNW-Präsident Herrn Dr. Rossels haben der Geschäftsführer der KGNW Herr Blum sowie Mitglieder des KGNW-Präsidiums und -Vorstands in zahlreichen Gesprächen und Diskussionsveranstaltungen immer wieder darauf hingewiesen, dass eine Beschränkung der Zulassung durch bspw. eine verpflichtende Kooperationsvereinbarung nicht zweckmäßig ist. Hervorgehoben wurde zudem, dass eine Begrenzung der Rechtsform für MVZ auf Personengesellschaften und GmbHs und ein Vorkaufsrecht für Vertragsärzte bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen nicht zweckmäßig für eine an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung ist.

Die KGNW begrüßte hingegen, dass die Länder durch das Versorgungsstrukturgesetz ein Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss bei Fragen zur Bedarfsplanung erhalten sollen und zudem die Möglichkeit für die Länder geschaffen werden soll, ein sektorübergreifendes Planungsgremium einzurichten, dessen Beschlüsse jedoch nur Empfehlungscharakter haben.

KGNW-Forum 2011

Das dann Anfang Dezember 2011 verabschiedete GKV-Versorgungsstrukturgesetz und die Auswirkungen auf die flächendeckende medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten standen im Mittelpunkt des vergangenen Forums der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) am 05.12.2011 in Neuss. KGNW-Präsident Dr. Hans Rossels erläuterte vor über 350 Teilnehmern die prekäre Situation der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen und die Hoffnungen auf eine Refinanzierung der Tarifabschlüsse.

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in NRW werde sich im Jahr 2012 weiter verschlechtern, erklärte Dr. Hans Rossels und hob hervor, dass die Krankenhäuser die Herausforderung aus steigenden Löhnen bei nahezu stagnierenden Einnahmen bewältigen müssten.

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden keine finanziellen Entlastungen für die Kliniken vorgesehen, sondern es werde weiter an den überholten Sparplänen der Bundesregierung festgehalten. Die Krankenhäuser hätten ihren Sparbeitrag bereits in 2011 mehr als erfüllt, so der KGNW-Präsident.



Die Referenten des Forums: Dr. Hans Rossels, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Rudolf Henke, 1. Vorsitzender Marburger Bund, Prof. Dr. Fritz Beske, Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender der AOK Nord-West, Dr. Uwe Preusker, Moderator, Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, und Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW (v. l. n. r.)

Wenn die Refinanzierung der Tarifabschlüsse ausbleibe, werde es zu einem größeren Abbau von Personal in den Krankenhäusern kommen, prognostizierte Dr. Rossels. Die mit einem Personalabbau einhergehende Arbeitsverdichtung und Unzufriedenheit würde zudem zu einer Abnahme der Attraktivität der medizinischen Berufe führen. Dies würde dann zu einem eklatanten Personalmangel führen und damit auch zu einer Beeinträchtigung der medizinischen Versorgung der Patienten. Dr. Rossels warnte davor, die hohen Wachstums- und Beschäfti-

gungspotenziale der Kliniken durch überzogene Sparmaßnahmen auszuzeihen.

Ulrike Flach, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, wollte der KGNW zum jetzigen Zeitpunkt wenig Hoffnungen machen, da die „stabile Situation“ der GKV nicht gefährdet werden dürfe. Allerdings stellte sie in Aussicht, dass die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser nach den Tarifabschlüssen neu beurteilt werden würde.



Prof. Fritz Beske, Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, erläuterte demografische Aspekte zur Zukunft des Gesundheitswesens



Hans-Jürgen Winkelmann, Geschäftsführer St. Marien-Krankenhaus Siegen, und KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum



Dr. Dorothea Prütting, Ministerialdirigentin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, im Gespräch mit KGNW-Präsident Dr. Hans Rossels



Verabschiedung aus den KGNW-Gremien: Helga Schuhmann-Wessolek und Dr. Rudolf Kösters

Die langfristige Entwicklung des Gesundheitswesens stand im Fokus des Vortrags von Prof. Dr. Fritz Beske. Er warnte vor den Folgen der demografischen Entwicklung im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel, der Versorgung Pflegebedürftiger und der Finanzierung der GKV. Diesen Warnungen widersprach Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender der AOK NordWest, teilweise, da lt. einer Studie des WlDO der demografische Wandel die Krankenkassen weit weniger belasten würde als angenommen.



Über 350 Vertreterinnen und Vertreter der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, der Politik, der Verbände und der Presse nahmen am KGNW-Forum 2011 teil

KGNW-Frühjahrsempfang 2011: Dialog zwischen Krankenhäusern und Politik

Über 250 Gäste aus den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern und deren Trägern, aus Verbänden und Institutionen sowie der Politik nahmen am diesjährigen Frühjahrsempfang am 24.03.2011 im Hotel Nikko teil. Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter,

hatte in ihrer Begrüßungsrede ihre Pläne bekräftigt, bis zum Sommer Eckpunkte der Krankenhausrahmenplanung vorzulegen. Weiterhin forderte sie im Hinblick auf die Diskussion um das GKV-Versorgungsstrukturgesetz eine Einbeziehung der Länder in die Bedarfsplanung.



Der diesjährige KGNW-Frühjahrsempfang wurde für intensive Gespräche genutzt: Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Dr. Hans Rossels, Präsident der KGNW, und Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW (v. l. n. r.)

Dr. Hans Rossels, Präsident der KGNW, wies in seiner Rede darauf hin, dass den Krankenhäusern in 2011 eine wahre Gesetzesflut bevorstehe. Dabei sei das GKV-Versorgungsstrukturgesetz für die medizinische Versorgung der Bevölkerung das bedeutendste Gesetzesvorhaben. Um der Versorgungssituation vor Ort gerecht werden zu können, solle – so Dr. Rossels – eine zentrale sektorübergreifende Planung zur Sicherstellung der Versorgung auf Landesebene zusätzlich auf regionaler Ebene durch die Selbstverwal-

tungspartner unter Beteiligung der Landesregierung erfolgen und durch entsprechende Koordinationsgremien ergänzt werden.



Interessierte Zuhörer bei der Rede von Gesundheitsministerin Barbara Steffens im Rahmen des KGNW-Frühjahrsempfangs

Neues Corporate Design der KGNW

Der KGNW wurden als Landeskrankengesellschaft in den vergangenen zehn Jahren vom Gesetzgeber zusätzliche Aufgaben übertragen und sie hat sich zu einem modernen Dienstleister für die Krankenhäuser weiterentwickelt. Dieser Entwicklung soll durch einen neuen Außenauftritt Rechnung getragen werden. So wurde im Rahmen des geplanten Umzugs der KGNW-Geschäftsstelle in die neue Immobilie und der damit verbundenen Adressänderung in einem ersten Umsetzungsschritt der Gesamtauftritt der KGNW überprüft. Auch vor dem Hintergrund des bereits seit Mitte der 1970er-Jahre bestehenden Logos wurde die Erarbeitung eines neuen Erscheinungsbilds, bei dem das KGNW-Logo im Mittelpunkt steht, für notwendig erachtet. Weiterhin sollen z. B. Rundschreiben, Briefbögen und Visitenkarten neu konzipiert werden, zumal aufgrund des Standortwechsels ohnehin eine Anpassung erforderlich ist.

Zur internen Begleitung des Prozesses wurde in der Geschäftsstelle eine Arbeitsgruppe gegründet, die aus Mitarbeitern besteht, die einen Querschnitt der verschiedenen Tätigkeitsfelder darstellen, um eine spätere einfachere Übernahme des Corporate-Design-Konzepts durch die Mitarbeiter zu gewährleisten. Innerhalb der Arbeitsgruppe wurden Stichworte zur Beschreibung der Unternehmensidentität der KGNW gesammelt, die dann in einer Mitarbeiterbefragung nach Relevanz geordnet wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter die KGNW derzeit als eine zielorientierte Interessenvertretung wahrnehmen, die seriös und serviceorientiert ist. In Zukunft möchten die Mitarbeiter, dass die KGNW weiterhin vor allem als kompetenter und verlässlicher Partner wahrgenommen wird.

Im weiteren Projektverlauf hat die Arbeitsgruppe im Brainstorming die in ein neues Corporate Design einzubeziehenden Bereiche identifiziert.

Im Anschluss wurde anhand mehrerer Präsentationen eine Agentur ausgewählt, die mit der Entwicklung des neuen Corporate Designs anhand der erarbeiteten Ergebnisse beauftragt wurde.

Berichterstattung zu fehlerhaften Krankenhausabrechnungen

Im Laufe des Jahres kam es wiederholt zu unsachlichen Berichterstattungen in den Medien zu angeblichen Falschabrechnungen der Krankenhäuser. Als „böswillig“ und „schlichtweg falsch“ hat die KGNW die Anschuldigungen verschiedener Krankenkassen in den Medien, dass jede zweite Krankenhausabrechnung falsch sei, zurückgewiesen.

In mehreren Stellungnahmen und Interviews hat die KGNW-Pressestelle deutlich gemacht, dass durch den vermittelten Eindruck, Kliniken würden in beträchtlichem Umfang zu hohe Rechnungen zulasten der Krankenkassen abrechnen, die Krankenhäuser diffamiert und unter Generalverdacht gestellt werden. Ausdrücklich wurde vonseiten der KGNW darauf hingewiesen, dass bei jährlich mehr als 4 Mio. Krankenhausfällen in den NRW-Krankenhäusern Unstimmigkeiten zwischen Kliniken und MDK auf das sehr komplexe DRG-Abrechnungssystem mit 13.000 Prozeduren und die mehr als 20.000 Therapieformen zurückzuführen sind.

Hervorgehoben wurde zudem, dass bei auffälligen Rechnungen die Kliniken vielfach einem Vergleich mit dem Medizinischen

Dienst der Krankenkassen (MDK) zustimmen, um langwierige Auseinandersetzungen sowie unzumutbaren bürokratischen Aufwand verbunden mit hoher Personalbindung und Kosten zu vermeiden. Im Ergebnis werde dann dieser Kompromiss oder besser diese „Resignationspauschale“ von den Kassen als Schuldanerkenntnis gewertet. Darüber hinaus wurde herausgestellt, dass die MDK-Prüfungen nur nach Aktenlage erfolgen und die Software der Kassen nur Rechnungen der Kliniken zulasten der GKV prüfe. Dabei werden 96 Prozent aller abgerechneten Fälle selbst nach intensiver Prüfung durch Krankenkassen und den Medizinischen Dienst (MDK) nicht beanstandet.

Weiterhin wurde den Vertretern der Presse erläutert, dass es sich bei den beanstandeten Rechnungen in der überwiegenden Zahl um medizinische Streitfälle handelt. Der GKV-Spitzenverband lenkt mit dem Vorwurf der Falschabrechnung davon ab, dass mit 50 Prozent der Prüfungen Krankenhausaufnahmen, Behandlungsdauer und somit Leistungen der Krankenhäuser für z. T. schwerst-erkrankte Patienten nach Abschluss der Behandlungen infrage gestellt werden.

Landesweite Initiative „www.docjobs-nrw.de – Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt in NRW“

Im Jahre 2011 wurden konkrete Maßnahmen im Rahmen der landesweiten gemeinsamen Initiative „Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt in NRW“ der Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein, des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung, des Strategieentrums im Gesundheitscampus und der KGNW umgesetzt.

Mit dem Ziel, den direkten Kontakt zwischen österreichischen Medizinerinnen und Krankenhäusern in Österreich und im EU-Ausland zu ermöglichen, wurde von der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit dem MGEPA, den nordrhein-westfälischen Ärztekammern, dem Strategiezentrum im Gesundheitscampus und der KGNW eine Jobbörse für Mediziner, die sich für die Arbeit im EU-Ausland interessieren, organisiert.

Anlässlich einer Veranstaltung bei der Österreichischen Ärztekammer in Wien am 29.01.2011 stellte der Geschäftsführer der KGNW, Matthias Blum, Nordrhein-Westfalen mit seinen Möglichkeiten für die österreichischen Ärzte vor und besprach gemeinsam mit dem Präsidenten der Ärztekammer in Westfalen-Lippe, Dr. Theo Windhorst, und Ministerialrat Mathias Redders die Eckpunkte für die geplanten Jobmessen in Österreich mit den Vertretern der Österreichischen Ärztekammer.

Über 20 Krankenhäuser und Klinikverbände aus Nordrhein-Westfalen präsentierten sich als Ergebnis der Kooperationsgespräche vom 23. bis 25.05.2011 mit Unterstützung der KGNW an drei aufeinanderfolgenden Tagen bei Jobmessen in Innsbruck, Graz und Wien. Die beteiligten Kliniken stellten das breit gefächerte medizinische Angebot im größten Bundesland heraus und bei etwa 1.500 unbesetzten Arztstellen in NRW die vielfältigen Möglichkeiten, als Arzt in Nordrhein-Westfalen tätig zu sein, dar.

Veranstalter und Aussteller zeigen sich zufrieden mit der Resonanz des ärztlichen Nachwuchses; es konnten Kontakte zu potenziellen Kandidaten hergestellt sowie z. T. auch konkrete Einladungen ausgesprochen werden.

Informationsportal
www.docjobs-nrw.de

Als weitere Maßnahme wurde von einer Arbeitsgruppe der an der Initiative beteiligten Partner die Internet-Plattform www.docjobs-nrw.de als Informationsportal zur Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen entwickelt. In diesem Portal, das in Düsseldorf am 09.05.2011 unter Beteiligung von NRW-Gesundheitsministerin Steffens und KGNW-Präsident Dr. Rossels der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, werden die Vorteile, die mit einer Tätigkeit für ausländische Ärzte gerade in Nordrhein-Westfalen verbunden sind,

hervorgehoben. Zudem wird interessierten nordrhein-westfälischen Krankenhäusern die Möglichkeit geboten, in strukturierter Form sich und ihre Einrichtung darzustellen sowie fachgebietsbezogen auf ein entsprechendes Weiterbildungsangebot hinzuweisen.

Der Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Dr. Hans Rossels, be-

tonte, dass auch österreichische Ärzte von den umfassenden differenzierten Weiterbildungsangeboten in NRW profitieren können und die Kliniken in NRW die Möglichkeiten haben, die zahlreichen freien Arztstellen in den unterschiedlichen Fachgebieten zu besetzen.

Versorgung besonderer Patientengruppen im Krankenhaus

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels stand die Versorgung besonderer Patientengruppen auch im Jahr 2011 wieder im Fokus der Gesundheitspolitik auf Landesebene. So war die KGNW durch ihren Präsidenten Dr. Rossels an der Veranstaltung „Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Neue Wege in der Versorgung“, die von

der Gesellschaft für Soziale Projekte mit Unterstützung des MGEPA durchgeführt wurde und an der fast 300 Gäste teilnahmen, beteiligt. In seinem Statement wies Dr. Rossels daraufhin, dass die medizinische Versorgung dementer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen würde, und forderte



Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, und Dr. Hans Rossels, Präsident der Krankenhausgesellschaft NRW (v. l. n. r.) gaben den „Startschuss“ für das neue Portal www.docjobs-nrw.de

die Unterstützung der Politik zur Bewältigung dieser Herausforderung.

Weiterhin wandte sich das MGEPA mit einer Anfrage zur Situation in den nordrhein-westfälischen Kliniken bezüglich der Umsetzung des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs, zu den Möglichkeiten der Mitaufnahme von Begleitpersonen bei Demenzkranken und zu Projekten zur Vermeidung eines perioperativen Delirs an die KGNW.

Als Ergebnis einer Kurzumfrage bei den Spitzenverbänden übermittelte die KGNW dem Ministerium, dass eine ausgeprägte Sensibilität für die aufgeworfenen Fragen bei den Krankenhäusern festgestellt werden konnte. Weiterhin wurde im Schreiben an das MGEPA darauf hingewiesen, dass Kliniken im Rahmen vorhandener Ressourcen Lösungen gefunden haben und nach Lösungsmöglichkeiten suchen, die mit den deutlich veränderten Anforderungen an die Versorgung dieser Patientengruppen im Zusammenhang stehen. Hinsichtlich der Sicherstellung der Möglichkeit der Mitaufnahme der persönlichen Assistenz im Krankenhaus und der Weiterfinanzierung der von Menschen mit Behinderung beschäftigten Assistenz, die im Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus geregelt sind, wurde festgestellt, dass grundsätzlich in den nordrhein-westfälischen Kliniken die Möglichkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson besteht und die Kliniken der Aufnahme von Assistenzpflegepersonen grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Dies gelte

auch für die Mitaufnahme von Begleitpersonen bei Demenzkranken.

Hinsichtlich der Anfrage zu Aktivitäten der Krankenhäuser zur Vermeidung eines perioperativen Delirs betonte die KGNW das hohe notwendige Engagement der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser in diesem Bereich, das von der KGNW ausdrücklich begrüßt und unterstützt wurde. Gegenüber dem MGEPA hat die KGNW im Kontext einer möglichen flächendeckenden Umsetzung des Projekts durch das Ministerium zudem hervorgehoben, dass die KGNW trotz der nachweislich beschriebenen positiven Ergebnisse im St. Franziskus-Hospital in Münster grundsätzlich eine flächendeckende Etablierung eines einheitlichen Konzepts für schwer umsetzbar halte. Als Begründung wurde insbesondere auf die Anschubfinanzierung durch das Bundesgesundheitsministerium und die ausschließlich auf das St. Franziskus-Hospital in Münster ausgerichtete Projektkonzeption hingewiesen. Weiterhin wurde hervorgehoben, dass bei Praxisprojekten die individuellen Rahmenbedingungen und strukturellen Gegebenheiten der einzelnen Krankenhäuser wie z. B. Leistungsangebot, Personalausstattung, räumliche Ausstattung sowie geografische Lage zu berücksichtigen sind, die in vielen Fällen einer einheitlichen Umsetzung eines Gesamtkonzepts entgegenstehen.

In einem Gespräch mit NRW-Gesundheitsministerin Steffens wurden auch das Projekt in Münster und eine mögliche landesweite modellhafte Umsetzung erörtert und die KGNW-Positionen verdeutlicht.

Gesundheitskongress des Westens

Der Gesundheitskongress des Westens 2011 stand unter dem Motto „Innovation trotz/wegen knapper Kassen“. Der Kongress hat am 15. und 16.03.2011 im Saalbau der Philharmonie Essen stattgefunden und wurde von der WISO S. E. Consulting GmbH in Kooperation mit der KGNW durchgeführt. Im Mittelpunkt des Gesundheitskongresses 2011 stand das Thema Innovationen. Die zentrale Fragestellung, ob das deutsche Gesundheitssystem trotz oder gerade wegen der begrenzten Mittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung offen für neue Prozesse, Therapien und Produkte sein muss, wurde breit diskutiert. Als Referenten und Diskussionspartner nahmen vonseiten der Krankenhäuser KGNW-Präsidiums- und -Vorstandsmitglied Karsten Gebhardt, in Vertretung von KGNW-Präsident Dr. Hans Rossels und KGNW-Vizepräsident Jochen Brink, sowie Burkhard Fischer, KGNW-Referatsleiter

Krankenhausorganisation, EDV, Statistik, am Kongress teil.

Karsten Gebhardt diskutierte mit NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens zum Auftakt des zweiten Kongresstags im Rahmen einer Podiumsdiskussion über aktuelle Vorhaben des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Zum Thema „Sektorübergreifende Versorgungskonzepte: Zukunft der stationären Versorgung – Schnittstelle zum ambulanten Bereich“ diskutierte KGNW-Vizepräsident Jochen Brink mit Prof. Dr. Michael Greiling vom Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Gelsenkirchen sowie Dr. Wolfgang-Axel Dryden, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Dr. Wolfram Otto, Geschäftsführer der POLIKUM Holding GmbH, und Jens Spahn, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.



Karl Ferdinand Prinz von Thurn und Taxis (l.) leitete die Diskussionsrunde mit Dr. Brigitte Sens, Leiterin Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Dr. Christian Taube, MBA, Leitung Zentrale OP-Organisation Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, und Burkhard Fischer, KGNW-Referatsleiter Krankenhausorganisation, EDV, Statistik, sowie Frank-Michael Frede, Geschäftsführer VAMED Deutschland (v. l. n. r.) Quelle: Schmidt-Dominé/WISO S. E. Consulting



Dr. Karl Blum, Leiter des Forschungsbereichs DKI, Michaela Evans, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Technik, FH Gelsenkirchen, Dr. Irmgard Völker, geschäftsführende Gesellschafterin WISO Consulting, Dr. Sebastian Krolop, Geschäftsführer ADMED GmbH, Arndt Winterer, Gruppenleiter Ökonomie im Gesundheitswesen im MGEPA, Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit im RWI, und Karsten Gebhardt, Vorstands- und Präsidiumsmitglied der KGNW (v. l. n. r.)

Landesgesundheitskonferenz

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) 2011 findet anlässlich ihres 20-jährigen Bestehens am 07.12.2011 unter Beteiligung von NRW-Ministerpräsidentin Hannelore Kraft im nordrhein-westfälischen Landtag statt. Im Mittelpunkt der diesjährigen LGK werden neben einer Ansprache von Frau Ministerpräsidentin Kraft sowie einem Vortrag zum Thema „20 Jahre LGK – zwischen Wettbewerb und Politikgestaltung“ von Staatsrätin a. D. Dr. Birgit Weihrauch die Diskussion und die Verabschiedung der Entschlüsse zum Schwerpunktthema „Prävention nosokomialer Infektionen“ sowie zum Thema „Gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung in Nordrhein-Westfalen“ stehen. Erstmals soll am 07.12.2011 auch vor dem Hintergrund der Jubiläumsveranstaltung auf Wunsch einzelner Mitglieder der LGK neben der Entschlüsse „Prävention nosokomialer Infektionen“ eine

zweite Entschlüsse verabschiedet werden. In dieser LGK-Entschlüsse 2.0 wird die gesundheitspolitische Verantwortung und Regelungskompetenz der Bundesebene im Kontext regionaler Versorgungsstrukturen auf der Grundlage dezentraler Entscheidungskompetenzen thematisiert. Mit dem Textentwurf zur Hygiene greift die LGK – auch i. V. mit gesellschaftlichen Veränderungen wie der Alterung der Bevölkerung und der steigenden Mobilität (z. B. grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) – eine der zentralen Herausforderungen für das Gesundheitswesen auf. Entsprechend dem Selbstverständnis der LGK wird auf die Verpflichtung der LGK-Mitglieder, die Umsetzung der in der Entschlüsse dargestellten Handlungsempfehlungen aktiv voranzubringen, hingewiesen. Der jetzt vorliegende Entwurf der Entschlüsse wurde in mehreren Sitzungen des Vorbereitenden Aus-

schusses und in einer von dem Vorbereitenden Ausschuss eingesetzten Arbeitsgruppe unter Beteiligung der KGNW konzeptionell vorbereitet. Konkrete Änderungs- und Formulierungsvorschläge der KGNW wurden in diesem Abstimmungsverfahren berücksichtigt und sind in den jetzt vorliegenden Entwurf „Prävention nosokomialer Infektionen“ eingeflossen. Darüber hinaus war

die KGNW in einer weiteren Arbeitsgruppe neben Vertretern der Ärztekammern, der kommunalen Spitzenverbände und der Freien Wohlfahrtspflege in die Vorbereitung der LGK-Entscheidung 2.0 von Beginn an eingebunden.

Vorstandsbüro

Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Unter dem 07.11.2011 hat das BMG einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vorgelegt und darin die „Vorschläge für Eckpunkte zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ein pauschalierendes Entgeltsystem in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen“ vom 31.08.2011 umgesetzt.

Für die Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems sieht das BMG eine vierjährige budgetneutrale Phase mit zwei Optionsjahren ab dem Jahr 2013 vor. Der budgetneutralen Phase soll sich eine fünfjährige Konvergenzphase anschließen, die im Jahr 2017 beginnen und im Jahr 2021 enden soll. Darüber hinaus spricht sich das BMG in dem Arbeitspapier unter der Überschrift „Stär-

kung sektorübergreifender Ansätze“ u. a. für die Weiterentwicklung der Vorgaben für Modellvorhaben zur sektorübergreifenden Versorgung, für eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation als Voraussetzung für die Durchführung des PIA-Prüfauftrags sowie für die Öffnung von psychosomatischen Einrichtungen zur institutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung aus.

Folgende Forderungen der Krankenseite sind weitgehend aufgegriffen worden: fünfjährige Konvergenzphase, Einführung einer Kappungsregelung für konvergenzbedingte Budgetverminderungen, Öffnungsklauseln für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und besondere Einrichtungen, eigenständiger Landesentgeltwert (anstelle der Übernahme des Landesbasisfallwerts), Orientierungswert bzw. Veränderungswert als Obergrenze für die Entwicklung des Landesentgeltwerts (anstelle der Grundlohnrate).

Für die Einrichtungen, die während der zwei

Optionsjahre in das neue Psych-Entgeltsystem umsteigen, bleibt die Möglichkeit zur Nachverhandlung der Psych-PV-Stellen bis zum Jahr 2016 erhalten. Dies soll gem. der Begründung einen Anreiz zur frühzeitigen Umstellung auf das neue Psych-Entgeltsystem setzen. Die Vorgaben der Psych-PV gelten bis zum Eintritt in die Konvergenzphase unverändert fort und können in den Budgetverhandlungen auch für nicht optierende Einrichtungen weiterhin als Ausnahmetatbestand zur Überschreitung der Veränderungsrate herangezogen werden. Ein weiterer Anreiz zum frühzeitigen Umstieg soll durch einen deutlich höheren Mindererlösausgleich in 2013 und 2014 von 75 Prozent statt 20 Prozent gegeben werden.

Die Krankenseite fordert auch für den psychiatrischen und psychosomatischen Bereich die Entkopplung von der Grundlohnsammenbindung und die Einführung des Kostenorientierungswerts.

Schiedsstellen nach §§ 18, 18a KHG

Entsprechend der Vereinbarung über die Schiedsstellen in NRW ist die Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Rheinland bei der KGNW, die Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe bei der AOK Westfalen-Lippe (früher: AOK-Landesverband Westfalen-Lippe) eingerichtet.

Die zurzeit laufende siebte Amtsperiode der Mitglieder und ihrer Stellvertreter sowie auch des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter begann für beide Schiedsstellen am 01.01.2010 und endet nach der in § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Schiedsstellen nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (SchV-KHG) i. V. m. § 6 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZVV) vorgesehenen vierjährigen Dauer am 31.12.2013.

Die Vorsitzenden der Schiedsstellen und ihre Stellvertreter wurden von den Landesverbänden der Krankenkassen und der KGNW gemeinsam für die den Berichtszeitraum berührende vierjährige Amtsperiode bestellt:

Schiedsstelle-KHG Rheinland

Vorsitzender

Prof. Dr. Dr. Wilfried Schlüter

1. Stellvertreter

Prof. Dr. Oliver Ricken

2. Stellvertreter

N. N.

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

Vorsitzender

Vorsitzender Richter am Landessozialgericht
Dr. Thomas Sommer

1. Stellvertreter

Vorsitzender Richter am
Landessozialgericht
Dr. Peter Lange

2. Stellvertreter

Vorsitzender Richter am
Landessozialgericht a. D.
Prof. Dr. Volker Warendorf

Von der Kostenträgerseite wurden im Berichtszeitraum bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland vier Anträge eingereicht, bei der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe wurde seitens der Kostenträger ein Antrag eingereicht.

Bei den bei beiden Schiedsstellen anhängigen Verfahren stellte – wie im vorangegangenen Jahr – einen wesentlichen Streitpunkt der Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses dar. Dabei ging es insbesondere um den zwischen den Parteien strittigen Inhalt und Umfang des Versorgungsauftrags, der durch Auslegung des konkreten

Feststellungsbescheides sowie unter Berücksichtigung des Runderlasses des damaligen MAGS vom 29.12.2008 zu ermitteln war. Strittig waren u. a. die Erbringung von Knie-TEP-Leistungen, die Behandlung schwerer Herzinsuffizienz, die Implantation von Defibrillatoren sowie darüber hinaus der Leistungsbereich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. In diesem Zusammenhang war seitens der Schiedsstelle in mehreren Verfahren zu klären, inwieweit Leistungen niedergelassener Ärzte als allgemeine Krankenhausleistungen anzuerkennen sind.

Schlichtungsausschuss nach § 17c Abs 4 KHG

§ 17c Abs. 4 KHG sieht bei Streitigkeiten der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG über die Prüfergebnisse des MDK nach § 17c Abs. 2 und 3 KHG und die sich daraus ergebenden Folgen eine Schlichtung durch einen Schlichtungsausschuss vor. Die Vorschrift legt fest, dass die Mitglieder des Schlichtungsausschusses jeweils von den Vertragspartnern zu bestellen sind und dass diese sich auf den unparteiischen Vorsitzenden einigen sollen.

Entsprechend der Vereinbarung über die Bildung des Schlichtungsausschusses nach § 17c Abs. 4 KHG für Nordrhein-Westfalen (Schlichtungsvereinbarung) ist die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses bei der KGNW eingerichtet.

Die zurzeit laufende dritte Amtsperiode der Mitglieder und ihrer Stellvertreter sowie auch des Vorsitzenden und seines Stellvertreters begann am 01.01.2011 und endet nach der in § 5 Abs. 1 Satz 2 der Schlichtungsvereinbarung vorgesehenen vierjährigen Dauer am 31.12.2014.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses und sein Stellvertreter wurden von den Verbänden der Krankenkassen und der KGNW gemeinsam für die den Berichtszeitraum berührende vierjährige dritte Amtsperiode bestellt:

Vorsitzender

Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Essen
Josef Brand

1. Stellvertreter

Vorsitzender Richter am Verwaltungsgericht a. D.
Dr. Rüdiger Busch

Bis zum Ende des Berichtszeitraums wurde der Schlichtungsausschuss nicht angerufen.

Übersicht über die bei den Schiedsstellen nach dem KHG noch aus dem Jahr 2010 anhängigen bzw. im Jahr 2011 eingereichten Anträge sowie über deren Abschluss

Schiedsstelle-KHG Rheinland

Noch anhängige Verfahren aus dem Jahr 2010

insgesamt	2
Festsetzungen durch die Schiedsstelle	1
Rücknahme	1

Im Jahr 2011 eingegangene Anträge nach § 14 Abs.3 KHEntgG für frühere Pflegesatzzeiträume

insgesamt	2
Festsetzungen durch die Schiedsstelle	2

Im Jahr 2011 eingegangene Anträge auf Festsetzungen der Pflegesätze nach §§ 18, 18 a KHG zum Teil§ 13 KHEntgG

insgesamt	3
Festsetzungen durch die Schiedsstelle	2
Auflagen-/Aufklärungsbeschluss durch die Schiedsstelle/Verfahren ohne Abschluss	1

Im Jahr 2011 eingegangene Anträge auf Festsetzungen der Pflegesätze nach §§ 18, 18a KHG i. V. m. § 13 KHEntgG

insgesamt	3
Rücknahmen	2
Auflagenbeschluss durch die Schiedsstelle/Verfahren ohne Abschluss	1

Im Jahr 2011 eingegangener Antrag auf Festsetzung der Pflegesätze nach §§ 18, 18a KHG i. V. m. § 120 Abs. 4 SGB V

insgesamt	1
Verfahren ohne Abschluss	1

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

Noch anhängige Verfahren aus dem Jahr 2010

insgesamt	2
Festsetzung durch die Schiedsstelle/Vergleich im Rahmen einer Schiedsstellensitzung	1

Im Jahr 2011 eingegangene Anträge auf Festsetzung der Pflegesätze nach §§ 18,18a KHG i. V. m. § 13 KHEntgG

insgesamt	8
Festsetzungen durch die Schiedsstelle	3
Vergleich im Rahmen einer Schiedsstellensitzung	1
Rücknahme	1
Verfahren ohne Abschluss	3

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Gem. der am 09.06.1997, in der geänderten Fassung vom 28.12.2005, beschlossenen Satzung gehören neben den Spitzenverbänden die Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) als Mitglieder an. Derzeit sind in der Gesell-

schaft 301 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31.12.2011).

Insgesamt vertritt die KGNW zu diesem Zeitpunkt 375 nordrhein-westfälische Krankenhäuser.

Verbandsmitglieder gem. Satzung

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.
Kapitelstraße 3
52066 Aachen

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland
Lenastraße 41
40470 Düsseldorf

Caritasverband für das Bistum Essen e. V.
Am Porscheplatz 1
45217 Essen

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen
Landesverband der Inneren Mission e. V.
Friesenring 34
48147 Münster

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.
Georgstraße 7
50676 Köln

Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Liliencronstraße 14
40472 Düsseldorf

Caritasverband für die Diözese Münster e. V.
Kardinal-von-Galen-Ring 45
48149 Münster

Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Straße 1
50663 Köln

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.
Am Stadelhof 15
33098 Paderborn

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Straße 25–27
48133 Münster

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V.
Loher Straße 7
42283 Wuppertal

Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen
Völklinger Straße 49
40221 Düsseldorf

Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen
Kaiserswerther Straße 199/201
40474 Düsseldorf

Städtetag Nordrhein-Westfalen
Lindenallee 13-17
50968 Köln

Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e. V.
Fleher Straße 3a
40223 Düsseldorf

Verbandliche Einzelmitglieder

Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1
44789 Bochum

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg GmbH
Großenbaumer Allee 250
47249 Duisburg

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See (KBS)
Wasserstr. 217
44781 Bochum

Betriebskrankenkasse Hoesch
Hüttenhospital
Am Marksbach 28
44269 Dortmund

Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung ist satzungsgem. das oberste Organ der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Sie beschließt über alle Angelegenheiten der Gesellschaft, soweit nicht die Satzung die Zuständigkeit eines anderen Organs festlegt. Der ausschließlichen Beschlussfassung durch die Mitgliederversammlung unterliegen insbesondere:

- a) Änderung der Satzung
- b) Festlegung der Grundsätze für die Arbeit der Gesellschaft sowie Entscheidung über Grundsatzfragen
- c) Wahl des Präsidenten und von zwei Vizepräsidenten gem. § 9 Abs. 4 der Satzung
- d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gem. § 9 Abs. 3 der Satzung
- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gem. § 11 der Satzung
- f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gem. § 5 sowie der Beiträge gem. § 6 der Satzung
- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans
- h) Genehmigung der Jahresrechnung
- i) Entgegennahme des Geschäftsberichts

- j) Entlastung des Vorstands, des Präsidiums und des Geschäftsführers
- k) Bestellung der Rechnungsprüfer
- l) Wahrnehmung der von der Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben

m) Auflösung der Gesellschaft

Die Mitgliederversammlung wird vom Präsidenten nach Bedarf, mindestens einmal im Jahr, einberufen. Im Berichtszeitraum fand folgende Sitzung statt:

05.12.2011 in Neuss

Vorstand

Generell beschließt der Vorstand über die Angelegenheiten, die ihm die Satzung zuweist oder die ihm die Mitgliederversammlung überträgt. Der Vorstand kann anstelle der Mitgliederversammlung in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist den Mitgliedern unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Mitglieds sind sie auf der nächsten Mitgliederversammlung erneut zu behandeln. Im Berichtszeitraum gehörten dem Vorstand an:

Präsident:

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

1. Vizepräsident:

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

2. Vizepräsident:

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Von den Einzelmitgliedern gewählte Mitglieder:

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

Kaufm. Direktor Dipl.-Kfm. Reinhold Keil
Universitätsklinikum Essen

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH

Geschäftsführer Ralf H. Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Geschäftsführer Rainer Rabsahl
Ev. Krankenhaus Wesel GmbH

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef Krankenhaus GmbH, Moers

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritas-Kliniken GmbH, Datteln

Geschäftsführer Thomas Schellhoff
Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg
gGmbH, Stolberg

Geschäftsführer Robert Schüwer
Märkische Kliniken GmbH, Lüdenscheid

Geschäftsführer Werner Strotmeier
St. Josef-Stift Sendenhorst

Geschäftsführer Hans-Jürgen Winkelmann
St. Marien-Krankenhaus Siegen gGmbH

**Von den Verbandsmitgliedern benannte
Mitglieder:**

Pastor Günther Barenhoff
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von Westfa-
len, Münster

Bereichsleiter Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Gerold Eckardt
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Vorstand Hans-Joachim Ehrhardt
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-West-
falen

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Beigeordneter Reiner Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Abteilungsleiter Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Diözesancaritasdirektor
Burkard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen

Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Ministerialrat Alfred Witt
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen

Gast:

Dr. Rudolf Kösters
Präsident der Deutschen
Krankenhausgesellschaft

Beratende Mitglieder gem. § 13 Abs. 2 der Satzung:

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
(Vorsitzender des Hauptausschusses)
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Clemens Breulmann
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Krankenhausorganisation)
Christophorus-Kliniken GmbH, Coesfeld

Geschäftsführer Gerold Eckardt
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Personalwesen)
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Benedikt Merten
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Planung und Förderung)
Marien-Krankenhaus gGmbH, Bergisch
Gladbach

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Sitzungen:

31.01.2011 in Düsseldorf (Sondersitzung)
24.03.2011 in Düsseldorf
28.06.2011 in Düsseldorf
27.09.2011 in Düsseldorf
24.11.2011 in Düsseldorf

Präsidium

Zu den Aufgaben des Präsidiums heißt es in der Satzung der KGNW unter § 10 Abs. 1:

„Das Präsidium hat den Vorstand in der Erfüllung seiner Aufgaben durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, insbesondere durch Vorbereitung der Vorstandssitzungen, zu unterstützen. Es hat dafür zu sorgen, dass die Arbeit der Gesellschaft nach den Bestimmungen der Satzung und den Beschlüssen des Vorstands sowie der Mitgliederversammlung durchgeführt wird. Ferner wählt das Präsidium auf Vorschlag des Geschäftsführers die Hauptreferenten der Geschäftsstelle aus. Darüber hinaus kann das Präsidium anstelle des Vorstands in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen

ist dem Vorstand unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Vorstandsmitglieds sind sie auf der nächsten Vorstandssitzung erneut zu behandeln. Dem Präsidium gehören im Berichtszeitraum an:

Präsident

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

1. Vizepräsident

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

2. Vizepräsident

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführendes Präsidialmitglied

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Diözesancaritasdirektor Burkard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen

Beisitzer:

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

Gast:

Dr. Rudolf Kösters
Präsident der Deutschen Krankenhausge-
sellschaft

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Sitzungen:

24.03.2011 in Düsseldorf
28.06.2011 in Düsseldorf
27.09.2011 in Düsseldorf
24.11.2011 in Düsseldorf

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Diakonie Westfalen e. V.

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städt. Kliniken Bielefeld gGmbH

Hauptausschuss

Nach § 11 Abs. 1 und 2 der Satzung der KGNW berät und verhandelt der Hauptausschuss über den Abschluss von Verträgen und Empfehlungen zur Vergütung der Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des § 2 Abs. 2:

Mitglied:

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Vorsitzender:

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Von den Einzelmitgliedern gewählte

Mitglieder:

Geschäftsführer
Dipl.-Oec. Heinz-Werner Bitter
Ev. Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Stellv. Vorsitzende:

Geschäftsführer
Dipl.-Oec. Heinz-Werner Bitter
Ev. Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Geschäftsführer Horst Defren
Kliniken Essen-Mitte
Ev. Huyssens-Stiftung Knappschaft GmbH

Bereichsleiter Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Otto Eggeling
Evangelisches und Johanniter Klinikum
Niederrhein gGmbH

Generalbevollmächtigter
Hans-Joachim Ehrhardt
Sana-Klinikum Remscheid GmbH

Geschäftsführer Dieter Erfurth
Gangelter Einrichtungen, Krankenhaus
Maria Hilf

Geschäftsführer Klaus-Peter Fiege
St. Lukas Klinik, Solingen (bis 30.09.2011)

Dipl.-Volksw. Thomas Figge
Zweckverband der Krankenhäuser des
Ruhrbezirks e. V., Herne

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Geschäftsführer Horst Henke
HELIOS Klinikum Wuppertal GmbH

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V., Köln

Geschäftsführer Thomas Köhler
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen e. V., Iserlohn

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnützige
Krankenhäuser
Münsterland & Ostwestfalen, Münster

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Thomas Nentwig
Arbeitsgemeinschaft Kommunaler
Krankenhäuser Westfalens, Dortmund
(bis 31.08.2011)

Geschäftsführer Joachim Püllen
Kliniken Maria Hilf GmbH,
Mönchengladbach

Geschäftsführer Stephan Richter
Zweckverband der Krankenhäuser im
Regierungsbezirk Detmold

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus Hospital gGmbH, Bielefeld

Jürgen Thau
St. Johannisstift, Ev. Krankenhaus
Paderborn gGmbH

Ltd. Krankenhausdirektor a. D.
Hans-Dieter Wille
Arbeitsgemeinschaft kommunaler
Krankenhäuser Westfalens, Dortmund

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Hospitalvereinigung im
Märkischen Kreis
St. Elisabeth Hospital GmbH, Iserlohn

**Von den Verbandsmitgliedern benannte
Mitglieder:**

Bereichsleiter Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e. V.

Hauptgeschäftsführerin Mechthild Greive
Klinikum Dortmund gGmbH

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe, Düsseldorf

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
(bis 10.11.2011)

Kaufm. Direktor
Dr. rer. pol. Christoph Hoppenheit
Universitätsklinikum Münster

Rechtsanwältin Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtische Kliniken Mönchengladbach
GmbH

Geschäftsführer Harald Wohlfarth
Klinik für Manuelle Therapie, Hamm

Geschäftsführer Dr. Harald Januschewski
Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach

Sitzungen:
31.01.2011 in Düsseldorf
02.03.2011 in Düsseldorf
07.06.2011 in Düsseldorf

Kaufm. Direktor Dipl.-Kfm. Reinhold Keil
Universitätsklinikum Essen (bis 10.11.2011)

13.09.2011 in Düsseldorf
10.11.2011 in Düsseldorf

Fachausschüsse und Kommissionen/Arbeitsgruppen

Im Berichtszeitraum bestanden bzw. wurden folgende Fachausschüsse und Kommissionen/Arbeitsgruppen bei der KGNW eingerichtet:

Hauptausschuss

- Arbeitsgruppe „Heilmittelvertrag“
- Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“
- Arbeitsgruppe „Verhandlung des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V“
- Arbeitsgruppe „Umsetzung des § 17a KHG“
- Arbeitsgruppe „Psychiatrie – Neues Entgeltssystem“

Fachausschuss für Planung und Förderung

- Arbeitsgruppe „Krankenhausplanung NRW Psychiatrie“ im MGEPA
- Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“ der KGNW

Fachausschuss für Krankenhausorganisation

- Kommission „Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit im Krankenhaus“
- Kommission „Qualitätsmanagement“
- Kommission „IT im Krankenhaus“
- Arbeitsgruppe „QR-Check“

Fachausschuss für Personalwesen

Auf Landesebene war die KGNW im Berichtszeitraum u. a. in folgenden Gremien vertreten:

- Landesausschuss für Krankenhausplanung
- Landespflegesatzausschuss
- Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV

Auf Bundesebene ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen als größter Mitgliedsverband der Deutschen Krankenhausgesellschaft in zahlreichen Gremien der DKG vertreten. Im Vorstand der DKG nehmen der Präsident und der Geschäftsführer der KGNW die entsprechenden Aufgaben wahr.

Hauptausschuss

Siehe Organe S.96–98.

Arbeitsgruppe „Heilmittelvertrag“

Geschäftsführer
Dipl.-Oec. Heinz-Werner Bitter
Ev. Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel GmbH

Stellv. Geschäftsführer
Dipl.-Kfm. Martin Heiser
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Franz-J. Hübsch
Krankenhaus St. Josef, Wuppertal

Geschäftsführerin Andrea Rädlein
Regionales Therapiezentrum GmbH,
Wuppertal

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus
Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH

Geschäftsführer Hans-Peter Zimmermann
Klinikum Leverkusen gGmbH

Sitzungen: keine

Arbeitsgruppe „Landebasisfallwert“

Geschäftsführer
Dipl.-Oec. Heinz-Werner Bitter
Ev. Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Thomas Figge
Zweckverband der Krankenhäuser des Ruhrbezirks e. V., Herne

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Geschäftsführer Thomas Köhler
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen e. V., Iserlohn

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Krankenhäuser Münsterland & Ostwestfalen,
Münster

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Sitzungen:

13.01.2011 in Düsseldorf

10.10.2011 in Düsseldorf

10.11.2011 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe „Verhandlung des
Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1
SGB V“**

Geschäftsführer

Dipl.-Oec. Heinz-Werner Bitter

Ev. Krankenhausgemeinschaft

Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V., Köln

Rechtsanwalt Christian Lüder
Heilig Geist-Krankenhaus GmbH, Köln

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der Franzis-
kanerinnen zu Olpe mbH

J. Meyer zu Wendischhoff
Ev. Krankenhaus gGmbH, Bielefeld

Sitzungen: keine

Arbeitsgruppe „Umsetzung des § 17a KHG“

Geschäftsführer

Dipl.-Oec. Heinz-Werner Bitter

Ev. Krankenhausgemeinschaft

Herne/Castrop-Rauxel GmbH

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Geschäftsführer Horst Henke

HELIOS Klinikum Wuppertal GmbH

Geschäftsführer Joachim Finklenburg

Klinikum Oberberg GmbH

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Geschäftsführer a. D.

Dipl.-Betriebsw. Dieter Korn

(vormals: St. Marien-Krankenhaus gGmbH,
Siegen)

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland &
Ostwestfalen, Münster

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Hans-Jürgen Winkelmann
St. Marien-Krankenhaus gGmbH Siegen

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Sitzungen:
keine

Fachausschuss für Planung und Förderung

Vorsitzender:

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

a) Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmit- glieder:

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

Vorstandsvorsitzender Dieter Kesper
Stiftung der Cellitinnen, Köln

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritas-Kliniken GmbH, Datteln

Geschäftsführer Thomas Wülle
Kath. Kliniken im Märkischen Kreis gGmbH

Stellvertretende Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmitglieder:

Dr. Guido Lerzynski
Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria, Köln

Geschäftsführer Ralf Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich,
St. Elisabeth, Grevenbroich

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef Krankenhaus GmbH, Moers

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Robert Schüwer
Märkische Kliniken GmbH

Geschäftsführer Manfred Witkowski
Ev. Krankenhaus Hamm GmbH

b) Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Diakonie Westfalen e. V.

Rechtsanwältin Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Klaus Bremen
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsver-
band, Landesverband Nordrhein-Westfalen

Hauptgeschäftsführerin Mechthild Greive
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen

Dr. rer. pol. Christian Hoppenheit
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Generalbevollm. Reg. Nordwest
Hans-Joachim Ehrhardt
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen

Thomas Profazi
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Dipl.-Kfm. Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Norbert Vongehr
Städte- und Gemeindebund

**Stellvertretende Mitglieder aus dem Kreis
der Verbände:**

Geschäftsführer Norbert Böckenhoff
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsver-
band, Landesverband Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Axel Bremecke
Diakonie Westfalen e. V.

Dr. rer. medic Gaby Bruchmann
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
(ab 28.06.2011)

Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln (ab 27.09.2011)

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Volksw. Rainer Dräger
Diakonie Rheinland e. V.

Annemie Frenzel
Landschaftsverband Rheinland

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen

Kaufm. Direktor Dr. Hans-Jürgen Hacken-
berg
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen

Gernot Hilge
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
(bis 27.06.2011)

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen

Dipl.-Kfm. Christian Holzbrecher
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln (bis 26.09.2011)

Beigeordneter Rainer Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus
Caritasverband für das Bistum Essen

Annette Uentrup
Caritasverband für die Diözese Münster

Dr. Andreas Wittrahm
Caritasverband für das Bistum Aachen

**c) Sonstige Mitglieder als krankenhaussei-
tige Mitglieder des Landesausschusses für
Krankenhausplanung**

Geschäftsführer Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Landesrätin Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland

Diözesancaritasdirektor
Burkard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

**Sonstige Mitglieder als Stellvertreter der
Mitglieder des Landesausschusses für Kran-
kenhausplanung:**

N. N.
für die Katholische Kirche in Nordrhein-
Westfalen

Hauptgeschäftsführerin Mechthild Greive
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Gäste:
Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland &
Ostwestfalen, Münster

Sitzung:
04.07.2011 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe „Krankenhausplanung NRW
Psychiatrie“ im MGEPA**

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Geschäftsführer
Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritas-Kliniken GmbH, Datteln

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Sitzungen:
keine

**Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“ der
KGNW**

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln (ab 27.09.2011)

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Verwaltungsdirektor Thomas Fehnker
Klinikum Lippe

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln (bis 26.09.2011)

Dipl.-Kfm. Christian Holzbrecher
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Paderborn

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH, Bergisch
Gladbach

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritas-Kliniken GmbH, Datteln

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Sitzung: 28.06.2011 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe Psychiatrie –
Neues Entgeltsystem**

Klaus Bremen
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsver-
band,
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Generalbevollm. Reg. Nordwest
Hans-Joachim Ehrhardt
Sana-Klinikum Remscheid GmbH

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Michael Hiller
LVR-Klinik Bonn

Peter Kaufmann
St. Augustinus-Kliniken gGmbH, Neuss

Kaufm. Direktor Dipl.-Kfm. Reinhold Keil
Universitätsklinikum Essen

Geschäftsführer Thomas Köhler
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen e. V.

Manuela Kröber
Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH, Essen

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Kranken-
häuser Münsterland & Ostwestfalen

Landesrätin Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Dipl.-Kfm. Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Kaufm. Direktor Bernd-Martin Schaake
LWL-Klinik Dortmund

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Kaufm. Direktor Dietmar Volk
Evangelische Stiftung Tannenhof,
Remscheid

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Sitzungen:
keine

**Arbeitsgruppe des Landesausschusses für
Krankenhaus-Planung zur Neuausrichtung
der Krankenhausplanung NRW**

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Hauptgeschäftsführerin Mechthild Greive
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

Sitzungen:

31.05.2011 in Düsseldorf

27.07.2011 in Düsseldorf

23.11.2011 in Düsseldorf

**Fachausschuss für Krankenhaus-
organisation**

Vorsitzender:

Geschäftsführer Clemens Breulmann
Caritasverband für die Diözese Münster

Stellv. Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:

Geschäftsführer Dr. med. Dirk Albrecht
Caritasverband für das Bistum Essen

Kaufm. Direktor Dipl.-Kfm. Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

Axel Bremecke
Verband Evangelische Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf
(ab 24.03.2011)

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Ulrike Hoberg
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Christian Holzbrecher
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Dipl.-Kfm. Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Geschäftsführer Joachim Püllen
Caritasverband für das Bistum Aachen

Geschäftsführer Andreas Schlüter
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Ing. Kay Siercks
HELIOS Klinikum Krefeld

Dipl.-Sozialw. Klaus Stahl
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Klaus Peter Taschner
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.,
Düsseldorf
(ab 24.03.2011)

N. N.
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsver-
band, Landesverband Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführender Vorstand
Elmar Wagenbach
Caritasverband für das Bistum Aachen

Geschäftsführer Michael Wermker
Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.,
Düsseldorf

Sitzungen:

01. 03. 2011 in Düsseldorf

30. 05. 2011 in Düsseldorf

15. 11. 2011 in Düsseldorf

**Kommission „Umweltschutz, Hygiene und
Arbeitssicherheit im Krankenhaus“**

Vorsitzender:

Geschäftsführer Clemens Breulmann
Christophorus-Kliniken GmbH, Coesfeld

Mitglieder:

Helmut Ahrweiler
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Silvia Hermes
Universitätsklinikum Münster

Prof. Dr. Sebastian W. Lemmen
Universitätsklinikum Aachen

Marion Matthies
St.-Johannes-Hospital, Dortmund

Dr. Günter Piskor
Herz- und Diabeteszentrum
Nordrhein-Westfalen, Bad Oeynhausen

Gerd Schäfer
Berufsgenossenschaftliches
Universitätsklinikum „Bergmannsheil“,
Bochum

Cordula Schütze
Kath. Kliniken Essen-Nord-West gGmbH

Kirsten Woyk
Kliniken Essen-Mitte

Stv. Geschäftsführer Günter Wyppler
Herz- und Diabeteszentrum
Nordrhein-Westfalen, Bad Oeynhausen

Sitzungen:

16. 03.2011 in Düsseldorf

27. 06.2011 in Düsseldorf

07. 12.2011 in Düsseldorf

Kommission „Qualitätsmanagement“

Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städt. Kliniken Mönchengladbach GmbH

Mitglieder:

Frank Bessler
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH

Dr. med. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Dr. med. Jan Haberkorn
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH, Köln

Dr. med. Dirk Kaczmarek
Medizinmanagement, Dorsten

Dr. med. Christian Karl
Bergmannsheil und Kinderklinik Buer
gGmbH, Gelsenkirchen

Geschäftsführer Günther Knauer
Verband der Privatkliniken e. V.
Nordrhein-Westfalen

Dr. Birgit Leyens
Klinikum Duisburg GmbH

Dr. med. Peter Lütkes
Universitätsklinikum Essen (bis 31.12.2011)

Dipl.-Psych. Fabian Mundt
Klinikum Dortmund gGmbH

Dipl.-Krankenhausbetriebsw.
Monika Rimbach-Schurig
Caritas Trägergesellschaft West gGmbH,
Düren

Silke Ruschmeyer
Kliniken Maria Hilf GmbH,
Mönchengladbach

Jürgen Schaulies
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH

Dr. Ulrich Sorgenfrei
Verband Ev. Krankenhäuser Rheinland/
Westfalen/Lippe e. V. (ab 01.03.2011)

Dipl.-Wirtschaftsing. Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln

Dr. Christa Welling
St. Agnes-Hospital Bocholt gGmbH

Sitzungen:
27.05.2011 in Düsseldorf
04.10.2011 in Düsseldorf

Kommission „IT im Krankenhaus“

Vorsitzender:

Dipl.-Ing. Kay Siercks
HELIOS Klinikum Krefeld

Mitglieder:

Tim Bacher
Evangelisches und Johanniter Klinikum
Niederrhein gGmbH, Duisburg

Dietmar Dorroch
Märkische Kliniken GmbH, Lüdenscheid

Michael Kempchen
Ev. Krankenhaus Bethesda Mönchenglad-
bach gGmbH

Frank Kriege
Contilia GmbH, Essen

Andreas Lockau
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Volker Lowitsch
Universitätsklinikum Aachen

Geschäftsführer Bernd Christoph Meisheit
Sana IT Services GmbH, Ismaning

Thomas Prumbaum
Klinikum Dortmund gGmbH

Dr. Klaus Retter
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
gGmbH, Krankenanstalten Gilead

Michael Schindzielorz
Universitätsklinikum Essen

Dr. Stefan Walther
Universitätsklinikum Düsseldorf
(bis 25.03.2011)

Sitzungen:
21.01.2011 in Düsseldorf
22.03.2011 in Düsseldorf
05.07.2011 in Düsseldorf
17.10.2011 in Düsseldorf
29.11.2011 in Düsseldorf

Fachausschuss für Personalwesen

Vorsitzender:
Geschäftsführer Gerold Eckardt
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Verw.-Direktor Wolfgang Herrmann
Deutsche Rentenversicherung,
Knappschaft-Bahn-See

Geschäftsführer Günther Knauer
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Dipl.-Verwaltungswirt Martin Michel
St. Franziskus-Stiftung Münster

Bernhold Möllenhoff
Caritasverband für die Diözese Münster

Dipl.-Kfm. Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Hubert Quadflieg
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Heidemarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Verwaltungsdirektor Harald Schmitz
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Thomas Sopp
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Landesverw.-Direktor Martin Skorzak
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Friedhelm Strucks
Caritasverband für das Bistum Aachen

Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Sitzung:
06.09.2011 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der
Pflegerberufe“**

Pflegedirektor Heinz Lepper
LVR-Klinik Bonn

Mitglieder:

Bernhold Möllenhoff
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Dipl.-Pflegerwissenschaftler (FH)
Dirk Broß
Leiter des Gesundheits- und Bildungs-
zentrums Oberberg

Heidmarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe, Düsseldorf

C. Bruns
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Pflegedirektorin Elke Schmidt
Klinikum Herford

Geschäftsführer Gerold Eckardt
Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH

Geschäftsführer Reinhold Schulte-Eickholt
Kath. Schule für Pflegerberufe Essen gGmbH
(KKS)

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Pflegedirektor Thomas Weyers
Kreis Krankenhaus Grevenbroich

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.

Sitzung:
28.01.2011 in Düsseldorf

Oberstudiendirektor Thomas Haep
Robert-Schumann-Berufskolleg
für Wirtschaft und Verwaltung, Essen

**Arbeitsgruppe des Fachausschusses für
Personalwesen „Berufsbild Pflege“**

Mitglieder:

Pflegedirektorin Elke Harms
Allgemeines Krankenhaus Viersen

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.

Cornelia Josten
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e. V.

Cornelia Josten
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e. V.

Geschäftsführer Thomas Kutschke
Kath. Bildungsstätte für Pflegerberufe,
Krankenhaus St. Franziskus,
Mönchengladbach

Pflegedirektor Thomas Kissinger
Knappschaftskrankenhaus Bochum

Pflegedirektorin Barbara Köster
St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen GmbH

Geschäftsführer Thomas Kutschke
Kath. Bildungsstätte für Pflegeberufe,
Krankenhaus St. Franziskus,
Mönchengladbach

Bernhold Möllenhoff
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Mechthild Mügge
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Birgit Preis
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Silke Rothert
Ev. Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitut
Mülheim an der Ruhr

Heidemarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.

Reinhold Schulte-Eickholt
Katholische Schule für Pflegeberufe Essen
gGmbH

Sitzungen:
keine

Landesausschuss für Krankenhausplanung

Zur Erarbeitung insbesondere von Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und zu Schwerpunktfestlegungen des Landeskrankenhausplans notwendig sind,

hat das MFJFG (jetzt MGEPA) den Landesausschuss für Krankenhausplanung nach § 17 KHG NRW gebildet.

Den Vorsitz im Landesausschuss und die Geschäfte des Landesausschusses führt das zuständige Ministerium.

Mitglieder für die KGNW:

Geschäftsführer Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Caritasverband für die Diözese Münster

Stellvertretende Mitglieder für die KGNW:

Rechtsanwältin Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Dipl.-Volksw. Rainer Dräger
Diakonie Rheinland e. V.

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen
(bis 23.03.2011)

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen
(ab 24.03.2011)

RA Richard Kösters, LL.M.
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

N. N.
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

**Mitglieder für die kommunalen
Spitzenverbände:**

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen

Beigeordneter Reiner Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

**Stellvertretende Mitglieder für die kommu-
nalen Spitzenverbände:**

Hauptgeschäftsführerin Mechthild Greive
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

**Mitglieder für die Katholische Kirche
und die Evangelischen Landeskirchen:**

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
für die Evangelischen Landeskirchen

Diözesan-Caritasdirektor
Burkard Schröders
für die Katholische Kirche in Nordrhein-
Westfalen

**Stellvertretende Mitglieder für die Katholi-
sche Kirche und die Evangelischen Landes-
kirchen:**

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen
für die Katholische Kirche in
Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Manfred Witkowski
für die Evangelischen Landeskirchen

Mitglieder für die Landschaftsverbände:

Landesrätin Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

**Stellvertretende Mitglieder für die
Landschaftsverbände:**

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Thomas Profazi
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Sitzungen:
keine

Landespflegesatzausschuss

Zur Beratung über Pflegesatzfragen wurde auf Landesebene nach § 23 Abs. 1 BPfIV ein Pflegesatzausschuss gebildet. Die zuständige Landesbehörde führt die Geschäfte des Ausschusses.

Dem Landespflegesatzausschuss nach § 23 BPfIV gehörten im Berichtszeitraum seitens der KGNW als Mitglieder an:

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Geschäftsführer
Dipl.-Oec. Heinz Werner Bitter
Ev. Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Kranken-
häuser Münsterland und Ostwestfalen

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

Stellvertreter der krankenhauseseitigen Mitglieder:

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.

Rechtsanwalt Richard Kösters, LL.M.
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Karl-Josef Krekeler
Prosper-Hospital Recklinghausen

Hauptgeschäftsführer
Dipl.-Betriebsw. Hermann Nientiedt
Klinikverbund Westmünsterland gGmbH,
Ahaus

Ltd. Krankenhausdirektor a. D.
Hans Dieter Wille
Arbeitsgemeinschaft kommunaler
Krankenhäuser Westfalens

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Kliniken im Märkischen Kreis
gGmbH, Iserlohn

Sitzung:
08.12.2011 im MGEPA

Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV

In einem Spitzengespräch zwischen Vertretern der Kostenträgerseite (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung auf Landesebene – GKV) und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen am 04.02.1993 wurde vereinbart, eine gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV mit maßgeblicher Repräsentanz zur Konkretisierung der gemeinsamen Auftragserfüllung auf Landesebene zu bilden.

KGNW-seitige Mitglieder:

Geschäftsführer

Rechtsanwalt Matthias Blum

Krankenhausgesellschaft

Nordrhein-Westfalen

Rechtsanwältin Esther van Bebber

Caritasverband für das Erzbistum

Paderborn

Geschäftsführer Martin Heumann

Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,

Köln

Gast:

Geschäftsführer Gerd F. Wengeler

(vormals: Ev. Krankenhaus Bethesda zu

Duisburg gGmbH)

Sitzungen:

keine

Satzung der KGNW

beschlossen am 09.06.1997, in der geänderten Fassung vom 28.12.2005

§ 1 Name und Sitz

- (1) Der Verein führt den Namen „Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.“ (nachfolgend „Gesellschaft“ genannt).
- (2) Die Gesellschaft hat ihren Sitz in Düsseldorf.
- (3) Die Gesellschaft ist in das Vereinsregister beim Amtsgericht in Düsseldorf eingetragen.
- (4) Die Gesellschaft ist Mitglied der „Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.“.

§ 2 Zweck und Aufgaben

- (1) Die Gesellschaft ist der Zusammenschluss der Träger von Krankenhäusern und ihrer Spitzenverbände im Land Nordrhein-Westfalen. Sie hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - a) auf eine der Würde des Menschen verpflichtete, humane, bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und finanziell abgesicherte Versorgung durch eigenverantwortlich tätige Krankenhäuser mit pluraler Trägerstruktur hinzuwirken;
 - b) die Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen, die gemeinsamen Interessen der angeschlosse-

nen Krankenhäuser zu vertreten sowie den Austausch von Erfahrungen und Informationen auf dem Gebiete des Krankenhauswesens zu fördern;

- c) Stellungnahmen zu Krankenhausfragen zu erarbeiten und gegenüber Parlamenten, Regierungen, Behörden und anderen Institutionen abzugeben;
 - d) Parlamente, Regierungen, Behörden und andere Institutionen bei der Vorbereitung und Durchführung von das Krankenhauswesen betreffenden Rechtsvorschriften zu beraten;
 - e) Mitwirkungsrechte und -pflichten wahrzunehmen;
 - f) die Mitglieder über Entwicklungen und Entscheidungen im Krankenhauswesen zu informieren und sie in Grundsatzfragen zu beraten;
 - g) die Fortbildung von Mitarbeitern der Krankenhäuser zu unterstützen.
- (2) Die Gesellschaft nimmt die ihr im Rahmen der Selbstverwaltung des Krankenhauswesens durch Gesetz oder Verordnung übertragenen Aufgaben wahr. Sie ist insbesondere berechtigt, Empfehlungen zu vereinbaren und Verträge abzuschließen, die unmittelbar Rechte und Pflichten für die Einzelmitglieder begründen. Die Gesellschaft ist auch berechtigt, sich an Gesellschaften oder Gremien zu beteiligen, die aufgrund von festgelegten oder

konsentierten Kriterien Entscheidungen über die Teilnahme von Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen an Maßnahmen oder Programmen für die Versorgung der Bevölkerung im ambulanten oder stationären Bereich in Nordrhein-Westfalen treffen.

- (3) Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung.
- (4) Mittel der Krankenhausgesellschaft dürfen nur für die satzungszungem. en Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln der Gesellschaft. Keine Person darf durch Ausgaben, die dem Zweck der Gesellschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden.

§ 3 Mitglieder

- (1) Als Mitglieder können der Gesellschaft Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen einschließlich der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe für ihre Kliniken und die Universitätskliniken (im Folgenden als Einzelmitglieder bezeichnet) sowie ihre Spitzenverbände, die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe und das für die Universitätskliniken zuständige Fachministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (im Folgenden als Verbandsmitglieder bezeichnet) angehören. Spitzenverbände sind die kommunalen

Spitzenverbände, die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der Landesverband der Privatkrankenanstalten.

- (2) Über die Aufnahme neuer Mitglieder entscheidet der Vorstand.
- (3) Die Mitgliedschaft endet:
 - a) durch Erklärung des Austritts, der zum Schluss eines jeden Kalenderjahres, erstmalig zwei Jahre nach dem Beitritt, möglich ist. Die Austrittserklärung muss der Gesellschaft sechs Monate vor Schluss des Kalenderjahres zugehen;
 - b) wenn die Voraussetzungen gem. § 3 Abs. 1 nicht mehr vorliegen;
 - c) durch Ausschluss, der durch Beschluss der Mitgliederversammlung erfolgt bei erheblichen Verstößen gegen die Satzung, vor allem gegen den Zweck der Gesellschaft. Der Ausschluss ist auch zulässig, wenn ein Mitglied mit der Zahlung von mindestens zwei Jahresbeiträgen im Verzug ist.
- (4) Ausscheidende Mitglieder haben keinen Anspruch auf das Vermögen der Gesellschaft.

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitglieder

- (1) Jedes Mitglied hat das Recht, an den Mitgliederversammlungen teilzunehmen und die Einrichtungen der Gesellschaft in Anspruch zu nehmen.

- (2) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Gesellschaft bei der Erfüllung ihrer satzungsgem. en Aufgaben in jeder Weise zu unterstützen und den im Rahmen der Satzung gefassten Beschlüssen, insbesondere der Umsetzung der nach § 2 geschlossenen Vereinbarungen, nachzukommen.
- (3) Die im Rahmen der Selbstverwaltung des Krankenhauswesens durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Gesellschaft abgeschlossenen Vereinbarungen begründen unmittelbar Rechte und Pflichten für die Einzelmitglieder als Träger von Krankenhäusern.

§ 5 Mitgliedsbeiträge

- (1) Zur Deckung der Aufwendungen der Gesellschaft werden von den Einzelmitgliedern Jahresbeiträge erhoben. Zur Finanzierung besonderer Vorhaben oder zur Beseitigung finanzieller Schwierigkeiten der Gesellschaft können von den Beitragspflichtigen Umlagen erhoben werden.
- (2) Die Jahresbeiträge und Umlagen werden von der Mitgliederversammlung festgesetzt. Das Nähere regelt eine von der Mitgliederversammlung zu beschließende Beitragsordnung.

§ 6 Außerordentliche Mitglieder

- (1) Die im Lande Nordrhein-Westfalen bestehenden Zweckverbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenhausträger können außerordentliche Mitglieder der Gesellschaft werden.
- (2) Über die Aufnahme außerordentlicher Mitglieder entscheidet der Vorstand.
- (3) Außerordentliche Mitglieder haben das Recht, mit beratender Stimme an den Mitgliederversammlungen teilzunehmen und Einrichtungen der Gesellschaft zu benutzen. Sie haben Anspruch auf Zusendung der Druckschriften, Rundschreiben und sonstigen allgemeinen Verlautbarungen der Gesellschaft.
- (4) Vertreter der außerordentlichen Mitglieder können auf Vorschlag der Mitglieder der Gesellschaft unter Beachtung des jeweils vorgesehenen Verfahrens in den Hauptausschuss gewählt und in Ausschüsse berufen werden. In diesem Fall haben sie als Mitglied der genannten Gremien Stimmrecht.
- (5) Außerordentliche Mitglieder können zu einem jährlichen Beitrag herangezogen werden.
- (6) Auf die außerordentlichen Mitglieder finden die Vorschriften des § 3 Abs. 3 und 4 sinngem. Anwendung.

§ 7 Organe

Organe der Gesellschaft sind:

- a) Mitgliederversammlung
- b) Vorstand
- c) Präsidium
- d) Hauptausschuss.

§ 8 Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ der Gesellschaft. Sie beschließt über alle Angelegenheiten der Gesellschaft, soweit nicht die Satzung die Zuständigkeit eines anderen Organs festlegt. Der ausschließlichen Beschlussfassung durch die Mitgliederversammlung unterliegen insbesondere:

- a) Änderung der Satzung
- b) Festlegung der Grundsätze für die Arbeit der Gesellschaft sowie Entscheidung über Grundsatzfragen
- c) Wahl des Präsidenten und von zwei Vizepräsidenten gem. § 9 Abs. 4 der Satzung
- d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gem. § 9 Abs. 3 der Satzung
- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gem. § 11 der Satzung

f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gem. § 5 sowie der Beiträge gem. § 6 der Satzung

g) Genehmigung des Wirtschaftsplans

h) Genehmigung der Jahresrechnung

i) Entgegennahme des Geschäftsberichtes

j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers

k) Bestellung der Rechnungsprüfer

l) Wahrnehmung von der Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben

m) Auflösung der Gesellschaft

(2) Jedes Mitglied entsendet in die Mitgliederversammlung einen stimmberechtigten Vertreter. Stimmberechtigte Vertreter können ihre Stimmen auf einen anderen Stimmberechtigten schriftlich übertragen.

(3) In der Mitgliederversammlung wird ein Gesamtstimmrecht gebildet, das sich wie folgt zusammensetzt: Den Einzelmitgliedern stehen 75 v.H. und den Verbandsmitgliedern 25 v.H. des Gesamtstimmrechts zu. Auf jedes Einzelmitglied gem. § 3 Abs. 1 1. Halbsatz entfällt für jedes Krankenhaus mit eigenem Feststellungsbescheid gem. § 18 KHG NRW je eine Stimme je angefangene 25 Mio. Euro des nach Abs. 4 gemeldeten Budgets

(Erlöse aus Pflegesätzen, vor- und nachstationärer Behandlung sowie Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz). Die Höchstzahl beträgt fünf Stimmen je Krankenhaus.

Der auf jedes Verbandsmitglied gem. § 3 Abs. 1 2. Halbsatz entfallende Stimmenanteil ergibt sich aus dem Verhältnis der Summe der Stimmrechte der dem jeweiligen Verband angeschlossenen Einzelmitglieder zu der Summe der Stimmrechte aller verbandsangehörigen Einzelmitglieder.

Die Summe der auf die Verbandsmitglieder entfallenden Stimmenanteile bildet 25 v.H. des Gesamtstimmrechts.

(4) Die Einzelmitglieder haben bis zum 30. September eines jeden Jahres der Geschäftsstelle die Erlöse aus Pflegesätzen, vor- und nachstationärer Behandlung sowie Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz des Vorjahres zu übermitteln. Auf dieser Grundlage sind von der Geschäftsstelle gem. Abs. 3 die jeweiligen Stimmen der Einzelmitglieder sowie die jeweiligen Stimmen der Verbandsmitglieder für die Mitgliederversammlungen des der Meldung folgenden Jahres zu ermitteln.

(5) Die Mitgliederversammlung wird vom Präsidenten nach Bedarf, mindestens einmal im Jahr einberufen. Sie ist ferner einzuberufen, wenn Mitglieder,

die zusammen über mindestens einen Stimmenanteil von 20 v.H. des Gesamtstimmrechts verfügen oder 40 Einzelmitglieder oder 5 Verbandsmitglieder dies unter Angabe der Verhandlungspunkte beantragen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens drei Wochen vor der Mitgliederversammlung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Mitgliederversammlung mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen. Die Mitgliederversammlung kann aus einem nicht öffentlichen und aus einem öffentlichen Teil bestehen.

(6) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Präsident.

(7) Beschlüsse der Mitgliederversammlung nach § 8 Abs. 1 Buchstabe a) bedürfen einer Mehrheit von zwei Drittel der Stimmen der Mitglieder der Gesellschaft. In diesem Fall ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn mindestens 75 v. H. der Stimmen vertreten sind. In einer ordnungsgem. einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen mit einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

Beschlüsse der Mitgliederversammlung nach § 8 Abs. 1 Buchstabe b), l) und m) bedürfen einer Mehrheit von 75 v. H. der

abgegebenen Stimmen. In diesen Fällen ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn mindestens 75 v. H. der Stimmen vertreten sind. In einer ordnungsgem. einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

Bei der Beschlussfassung nach § 8 Abs. 1 Buchstabe c) bis k) entscheidet die einfache Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Gesellschaft. In einer ordnungsgem. einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch mit der einfachen Mehrheit der abgegebenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

(8) Bei der Beschlussfassung wird offen abgestimmt. Es ist namentlich oder geheim abzustimmen, wenn Mitglieder, die zusammen über mindestens einen Stimmenanteil von 20 v. H. des Gesamtstimmrechts verfügen oder 40 Einzelmitglieder oder 5 Verbandsmitglieder dies beantragen. Ein Antrag auf geheime Abstimmung hat Vorrang. Wahlen werden, wenn niemand widerspricht, durch offene Abstimmung, sonst durch Abgabe von Stimmzetteln vollzogen. Im Übrigen gibt sich die Mitgliederversammlung selbst ihre Geschäftsordnung.

(9) Beschlüsse der Mitgliederversammlung sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie des Abstimmungsergebnisses und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.

§ 9 Vorstand

(1) Der Vorstand beschließt über die Angelegenheiten, die ihm die Satzung zuweist oder die ihm die Mitgliederversammlung überträgt.

(2) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:

a) Vorbereitung der Mitgliederversammlung

b) Wahl des Nachfolgers eines vorzeitig ausscheidenden Präsidenten oder Vizepräsidenten für den Rest der Wahlperiode

c) Berufung der Beisitzer des Präsidiums

d) Berufung des Geschäftsführers auf Vorschlag des Präsidiums

e) Bildung und Auflösung von Ausschüssen gem. § 13, Berufung der Mitglieder sowie der Vorsitzenden der Ausschüsse

f) Erlass von Bestimmungen über die Finanzwirtschaft sowie das Kassen- und Rechnungswesen der Gesellschaft

- g) Beschlussfassung über den Ankauf, die Veräußerung und Belastung von Grundstücken sowie über die Aufnahme von Darlehen
- h) Aufnahme von Mitgliedern
- i) Vorbereitung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung
- j) Beschlussfassung zu Verträgen auf Empfehlung des Hauptausschusses
- k) Benennung von Vertretern der Gesellschaft in Institutionen, wenn die Mitwirkung der Gesellschaft durch Rechtsvorschrift oder daraus abgeleiteten Vereinbarungen vorgesehen ist
- l) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Vorstands
- m) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Hauptausschusses.
- (3) Der Vorstand besteht je zur Hälfte aus von der Mitgliederversammlung gewählten Vertretern der Einzelmitglieder und aus benannten Mitgliedern. Das Benennungsrecht für je einen Vertreter im Vorstand haben:
- Spitzenverbände, sofern ihnen in Nordrhein-Westfalen mindestens sieben Krankenhausträger angeschlossen sind,
 - der Landschaftsverband Rheinland
 - der Landschaftsverband Westfalen-Lippe
 - das für die Universitätskliniken zuständige Fachministerium des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Die Amtsdauer beträgt drei Jahre.
- (4) Dem Vorstand gehört zusätzlich der von der Mitgliederversammlung auf drei Jahre zu wählende Präsident an. Die beiden Vizepräsidenten werden von der Mitgliederversammlung aus dem Kreise der Vorstandsmitglieder gewählt.
- (5) Der Vorstand kann anstelle der Mitgliederversammlung in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist den Mitgliedern unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Mitgliedes sind sie auf der nächsten Mitgliederversammlung erneut zu behandeln.
- (6) Der Vorstand wird vom Präsidenten nach Bedarf einberufen. Den Vorsitz führt der Präsident. Der Vorstand ist einzuberufen, wenn mindestens 25 v.H. der Vorstandsmitglieder dies unter Angabe der Verhandlungspunkte verlangen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Vorstandssitzung

versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Vorstands mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.

(7) Beschlüsse des Vorstands nach § 9 Abs. 2 Buchstabe j) bedürfen einer Mehrheit von 75 v.H., alle anderen Beschlüsse einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die vom Beschluss abweichende Auffassung eines Mitglieds ist auf dessen Antrag in die Sitzungsniederschrift aufzunehmen. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Vorstandsmitglieder anwesend ist. Ist eine Angelegenheit wegen Beschlussunfähigkeit zurückgestellt worden und wird der Vorstand zur Verhandlung über denselben Gegenstand einberufen, so ist er ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig. Bei der zweiten Ladung muss auf diese Bestimmung ausdrücklich hingewiesen werden.

(8) Die Beschlüsse der Vorstandssitzung sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.

§ 10 Präsidium

(1) Das Präsidium hat den Vorstand in der Erfüllung seiner Aufgaben durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, insbesondere durch Vorbereitung der Vorstandssitzungen, zu unterstützen. Es hat dafür zu sorgen, dass die Arbeit der Gesellschaft nach den Bestimmungen der Satzung und den Beschlüssen des Vorstandes sowie der Mitgliederversammlung durchgeführt wird. Ferner wählt das Präsidium auf Vorschlag des Geschäftsführers die Hauptreferenten der Geschäftsstelle aus. Darüber hinaus kann das Präsidium anstelle des Vorstands in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist dem Vorstand unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Vorstandsmitglieds sind sie auf der nächsten Vorstandssitzung erneut zu behandeln.

(2) Dem Präsidium gehören der Präsident, die beiden Vizepräsidenten sowie bis zu fünf vom Vorstand aus dessen Mitte zu wählende Beisitzer an. Der Geschäftsführer gehört als geschäftsführendes Präsidialmitglied ohne Stimmrecht zusätzlich dem Präsidium an. Den Vorsitz führt der Präsident.

(3) Das Präsidium ist Vorstand im Sinne des § 26 BGB. Zur rechtsverbindlichen Vertretung zeichnet der Präsident und einer der Vizepräsidenten oder das geschäftsführende Präsidialmitglied gemeinsam.

In Vertretung des Präsidenten kann auch einer der Vizepräsidenten zeichnen.

- (4) Das Präsidium wird vom Präsidenten einberufen. Einladung und Tagesordnung müssen mindestens zwei Wochen vor der Sitzung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Präsidiums mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.
- (5) Das Präsidium beschließt mit Stimmenmehrheit. Beschlüsse, die das Präsidium anstelle des Vorstandes fasst, bedürfen der Zweidrittelmehrheit. Das Präsidium ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder des Präsidiums anwesend ist. Ausnahmsweise kann auch schriftlich abgestimmt werden.
- (6) Beschlüsse des Präsidiums sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.
- (7) Die Amtszeit der gewählten Mitglieder des Präsidiums beträgt drei Geschäftsjahre. Wiederwahl ist möglich. Der Präsident soll nach Ablauf seiner Amtszeit für drei weitere Jahre unter Anrechnung auf die Zahl der Beisitzer dem Präsidium angehören.

§ 11 Hauptausschuss

- (1) Der Hauptausschuss berät und verhandelt über den Abschluss von Verträgen und Empfehlungen zur Vergütung der Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 der Satzung sowie über Empfehlungsvereinbarungen zu Pflegesatzverhandlungen und empfiehlt dem Vorstand, entsprechend zu beschließen.
- (2) Dem Hauptausschuss können vom Vorstand die Aufgaben eines Fachausschusses gem. § 13 übertragen werden.
- (3) Der Hauptausschuss besteht aus 17 Mitgliedern, von denen 5 von den Verbandsmitgliedern, welche gem. § 9 Abs. 3 ein Benennungsrecht für den Vorstand haben, benannt werden und 10, die aus dem Kreise der Einzelmitglieder von der Mitgliederversammlung gewählt werden. Gleichzeitig ist nach demselben Verfahren die entsprechende Zahl von Stellvertretern zu bestellen. Weiterhin gehören dem Hauptausschuss ein von der Mitgliederversammlung zu wählender Vorsitzender und der Geschäftsführer an. Die Amtsdauer beträgt drei Jahre. Der Hauptausschuss wählt für dieselbe Wahlzeit aus dem Kreise seiner Mitglieder je einen Stellvertreter des Vorsitzenden aus dem Kreis der Einzelmitglieder und der Verbandsmitglieder. Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Mitglieder des Hauptausschusses sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Zu Mitgliedern des Hauptausschusses können auch Vertreter der außer-

ordentlichen Mitglieder nach Maßgabe des § 6 Abs. 4 der Satzung gewählt werden. Die Anzahl der Mitglieder des Hauptausschusses gem. Satz 1 bleibt hiervon unberührt. Weitere Vertreter der Geschäftsstelle der Gesellschaft nehmen an den Sitzungen des Hauptausschusses mit beratender Stimme teil.

- (4) Der Vorstand kann der Mitgliederversammlung Vorschläge über die Besetzung des Hauptausschusses machen.
- (5) Der Hauptausschuss wird vom Vorsitzenden nach Bedarf einberufen. Er ist einzuberufen, wenn mindestens 25 v.H. der Mitglieder des Hauptausschusses oder der Geschäftsführer dies unter Angabe der Verhandlungspunkte verlangen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung des Hauptausschusses versandt werden. Der Vorsitzende des Hauptausschusses kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Hauptausschusses mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.
- (6) Beschlüsse des Hauptausschusses bedürfen einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die vom Beschluss abweichende Auffassung eines Mitglieds ist auf dessen Antrag in die Sitzungsniederschrift aufzunehmen. Der Hauptausschuss ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder des Hauptausschusses anwesend ist.
- (7) Die Beschlüsse des Hauptausschusses sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit

der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Vorsitzenden und von einem Vertreter der Geschäftsstelle als Protokollführer zu unterschreiben.

§ 12 Geschäftsführer

- (1) Der Geschäftsführer führt die laufenden Geschäfte der Gesellschaft; er gehört mit beratender Stimme dem Vorstand und dem Präsidium an.
- (2) Der Geschäftsführer leitet die Geschäftsstelle und ist Vorgesetzter der Mitarbeiter. Zum Abschluss und zur Kündigung von Arbeitsverträgen ist er berechtigt.
- (3) Im Rahmen des ihm zugewiesenen Geschäftsbereiches vertritt der Geschäftsführer die Gesellschaft (§ 30 BGB). Er ist insoweit alleinvertretungsberechtigt.

§ 13 Ausschüsse

- (1) Zur Beratung von besonderen inhaltlichen oder regionalen Aufgabenstellungen kann der Vorstand im Rahmen seiner Zuständigkeit Ausschüsse bilden. Zu Sitzungen der Ausschüsse können Personen, die als besonders sachkundig anzusehen sind, bei Bedarf beratend hinzugezogen werden. An den Sitzungen der Ausschüsse nehmen Vertreter der Geschäftsstelle teil.
- (2) Die Vorsitzenden der Ausschüsse berichten dem Vorstand über das Ergebnis der Beratungen; sie können an den Sitzungen des

Vorstandes mit beratender Stimme teilnehmen.

§ 14 Geschäftsjahr, Haushalts- und Rechnungsführung

- (1) Das Geschäftsjahr der Gesellschaft ist das Kalenderjahr.
- (2) Der Vorstand stellt den Entwurf des Wirtschaftsplans für das darauffolgende Geschäftsjahr so rechtzeitig fest, dass er der Mitgliederversammlung im laufenden Geschäftsjahr zur Beschlussfassung vorgelegt werden kann.
- (3) Der Vorstand stellt im laufenden Geschäftsjahr die Rechnung für das abgelaufene Geschäftsjahr fest und übergibt die Feststellung zusammen mit einem Prüfungsbericht den Mitgliedern zur Beschlussfassung in der Mitgliederversammlung.
- (4) Der Vorstand erlässt die erforderlichen Bestimmungen für das Haushalts-, Kassen- und Rechnungswesen der Gesellschaft.

§ 15 Auflösung

Bei Auflösung der Gesellschaft obliegt dem Präsidium die Liquidation. Im Fall der Auflösung ist das vorhandene Vermögen unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige Zwecke, und zwar für die Förderung öffentlicher Gesundheitspflege zu verwenden. Beschlüsse über die künftige Verwendung des Vermögens dürfen erst nach Einwilligung der zuständigen Finanzbehörden ausgeführt werden.

§ 16 Übergangsregelung

- (1) Bis zur Verabschiedung einer Beitragsordnung gem. § 5 Abs. 2 durch die nach In-Kraft-Treten der Satzung neu zu konstituierende Mitgliederversammlung sind die zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs erforderlichen Mitgliedsbeiträge von den Verbandsmitgliedern in voller Höhe zu entrichten. Die Erhebung erfolgt nach Maßgabe des bisherigen Verfahrens auf der Grundlage der von den Verbandsmitgliedern zu Beginn eines jeden Geschäftsjahres gemeldeten Bettenzahlen.
- (2) Die Höhe des Beitragssatzes wird für jedes Geschäftsjahr von der Mitgliederversammlung festgesetzt.
- (3) Diese Regelung tritt mit Verabschiedung einer Beitragsordnung gem. § 5 Abs. 2 der Satzung außer Kraft, ohne dass es hierfür eines gesonderten Beschlusses der Mitgliederversammlung bedarf. Die für das laufende Geschäftsjahr aufgrund der Übergangsregelung geleisteten Beiträge werden auf die nach der verabschiedeten Beitragsordnung bestehende Beitragspflicht angerechnet.

§ 17 In-Kraft-Treten

Die Satzungsänderungen werden zum 28.12.2005 wirksam und lösen die Regelungen der Satzung in der Fassung vom 09.06.1997 ab.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz	BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
ADKA	Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker	BGH	Bundesgerichtshof
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol	BGR	Berufsgenossenschaftliche Regeln
AG-TPG	Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes	BgVV	Bundesinstitut für gesund- heitlichen Verbraucher- schutz und Veterinärmedizin
AltPflG	Altenpflegegesetz	BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
AMG	Arzneimittelgesetz	BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ApoG	Apothekengesetz		
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheits- wesen	BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
ArbZG	Arbeitszeitgesetz	BPfIV	Bundespflegesatz- verordnung
Art.	Artikel	BQS	Institut für Qualität und Patientensicherheit
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	BSG	Bundessozialgericht
AVB	allgemeine Vertrags- bedingungen	BetrSichV	Betriebssicherheitsverord- nung
Az.	Aktenzeichen	BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BAG	Bundesarbeitsgericht	BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BfArM	Bundesinstitut für Arznei- mittel und Medizinprodukte	BZU	Bezugsgröße „Unterkunft“

bzw.	beziehungsweise	EKR-NRW	Epidemiologisches Krebsregister NRW
d. h.	das heißt	EKV	Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information	EPA	elektronische Patientenakte
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	EPRD	Endoprothesenregister Deutschland
DKTIG	Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH	etc.	et cetera
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	EU	Europäische Union
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik	EuGH	Europäischer Gerichtshof
DKV	Deutsches Krankenhausverzeichnis	e. V.	eingetragener Verein
DMP	Disease Management Programm	evtl.	eventuell
DRG	Diagnosis Related Groups	EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
DSO	Deutsche Stiftung Organspende	FAQ	frequently asked questions
eFA	elektronische Fallakte	FPG	Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)
EG	Europäische Gemeinschaft	FPV	Fallpauschalenvereinbarung
eGK	elektronische Gesundheitskarte	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss

G-DRG	German Diagnosis Related Groups	ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen
gem.	gem.		
gematik	Gesellschaft für Telematik-anwendungen der Gesundheitskarte mbH	i. d. F.	in der Fassung
ggf.	gegebenenfalls	InEK	Institut für das Entgelt-system im Krankenhaus gGmbH
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	InvföG	Investitionsförderungs-gesetz NRW
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung	IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen
GKV-WSG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung	IPQ	Internet Portal Qualitätsbericht
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung	i. S.	im Sinne
HBA	Heilberufausweis	i. V. m.	in Verbindung mit
HPC	Health Professional Card	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
HWG	Heilmittelwerbe-gesetz	KFPV	Krankenhausfallpauschalenverordnung
		KGNW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz	LAGA	Landesarbeitsgemeinschaft Abfall
KHStatV	Krankenhausstatistik- verordnung	LAG	Landesarbeitsgericht
KHG	Krankenhaus- finanzierungsgesetz	LBFW	Landesbasisfallwert
		LG	Landgericht
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsge- setz Nordrhein-Westfalen	LKA	Leistungs- und Kalkulati- onsaufstellung
KHRG	Krankenhausfinanzierungs- reformgesetz	LSG NW	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
KHHygVO	Krankenhaushygieneverord- nung	mbH	mit beschränkter Haftung
KIS	Krankenhaus- informationssysteme	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
TEP	Totale Endoprothese	MGEPA	Ministerium für Gesund- heit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
KRINKO	Kommission für Kranken- haushygiene und Infekti- onsprävention	Mio.	Million
KrPflG	Krankenpflegegesetz	MPG	Medizinproduktegesetz
KTQ	Kooperation für Trans- parenz und Qualität im Krankenhaus	MPV	Verordnung über Medizin- produkte (Medizinproduk- te-Verordnung)
KV	Kassenärztliche Vereini- gung	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
KZBV	Kassenzahnärztliche Bun- desvereinigung	Nr.	Nummer
		NRW	Nordrhein-Westfalen

ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst	RKI	Robert Koch-Institut
o. g.	oben genannte	SchV-KHG	Schiedsstellenverordnung-Krankenhausfinanzierungsgesetz
OLG	Oberlandesgericht	SG	Sozialgericht
OPS	Operationen- und Prozeduren-schlüssel	SGB	Sozialgesetzbuch
OSP	Onkologische Schwerpunkte	SGG	Sozialgerichtsgesetz
OVG	Oberverwaltungsgericht	sog.	sogenannte
PauschKHFVO	Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung	TPG	Transplantationsgesetz
PfLG NW	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen	TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
PKV	Private Krankenversicherung	u. a.	unter anderem
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung	UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie	VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
QR	Quick Response = schnelle Reaktion auf Änderungen	VBE	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen
QR-Check	Qualitätssicherung aus Routinedaten (Projekt)	VG	Verwaltungsgericht
RSA-ÄndV	Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	vgl.	vergleiche
		v. H.	vom Hundert

WHO	Weltgesundheitsorganisati- on / World Health Organisa- tion
Ziff.	Ziffer
ZTG	Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH

Geschäftsführer der KGNW - Geschäftsführendes Präsidialmitglied - Rechtsanwalt Matthias Blum

Geschäftsbereich I

Sekretariaat/Mitgliederverwaltung
Dorothea Grabhorn
Sekretariat
Natalie Fidler
Stefanie Vallone

Tel. Durchw.
50/51
57
57

- Präsidium
- Vorstand
- Mitgliederversammlung
- Verbandspolitik
- Leitung der Geschäftsstelle
- DKG-Vorstandsgemeinschaften
- DKG-Finanzierungsausschuss

Sekretariat
N. N.

- DKG-Haushaltsausschuss
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Bundesschiedsstelle
- Landesgeschäftsführertagung
- Landesausschuss für Krankenhausplanung
- Landesgesundheitskonferenz
- Landespflegesatzsausschuss

Geschäftsbereich II

Tel. Durchw.
Hauptsausschuss der KGNW
Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV
DKG-Fachausschuss Recht und Verträge

- Hauptschiedsstelle nach § 114 SGB V und § 18a KHG
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Bundesschiedsstelle

Referat Politik/ Presse

Referenzieller
Lothar Kratz

Referentinnen
Rechtsanwältin Brigitte Albers
Dipl.-Ges.-Ök. Astrid Rose

Sekretariat
Sabrina Clemens
Stefanie Vallone

Themen
- Gesundheitspolitik
- Landesgesundheitskonferenz
- Grundsatzfragen des Krankenhauswesens
- Europäisches Krankenhauswesen
- Medienkontakte/Pressemeldungen
- Veröffentlichungen/Internet
- KGNW-Kompakt
- Geschäftsbericht

Tel. Durchwahl
-54
-58
-53
-52
-57

Referat Politik/ Presse

Referentin
Rechtsanwältin Brigitte Albers

Tel. Durchwahl
-58

Verwaltung der Geschäftsstelle

Innerer Dienst/ Buchhaltung
Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/ Sekretariat
Melanie Berns
Sandra Breilmann

Themen
- Personalwesen
- Beschaffungs-/ Rechnungswesen
- Beitragsangelegenheiten
- Vorbereitung Buchhaltung
- Budgetkontrolle/ Wirtschaftsplan
- Vorbereitung Jahresabschluss

Tel. Durchwahl
-60
-61
-62

Allgemeiner Dienst
Bernhard Feliske
Dieter Kakeoth

Themen
- Empfang, Telefonzentrale
- Poststelle, Kopierzentrale

Tel. Durchwahl
-65
-65

Referat Krankenhausorganisation, EDV und Statistik

Referenzieller
Burkhard Fischer

Referenten
Dipl.-Wirtschaftsmath. Robert Fährber
Dipl.-Verwaltungswirt Ralf Clüßen
Dipl.-Geograf Nico Reinke
MSc. Medizinische Informatik Jakob Scholz

Sachbearbeitung/ Datenverarbeitung
Betriebswirtin (VWA) Astrid Stiller

Sekretariat
Beate Lutermann

Themen
- Qualitätssicherung, Zertifizierung
- Arzneimittelwesen, Blutversorgung, -produkte, Gefahrgüter
- Rettungsdienst
- Krankenhaustechnik, Medizinprodukte, Arbeitssicherheit
- Umweltschutz, Abfallwirtschaft, Krankenhaushygiene
- IT im Krankenhaus
- Sicherheit, Datenübermittlung, Krankenhausvergleich, Statistik
- Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte
- Interne IT-Betreuung
- Gremienbetreuung
- Fachausschuss für Krankenhausorganisation der KGNW
- Kommission Umweltschutz im Krankenhaus der KGNW
- Kommission Qualitätsmanagement der KGNW
- IT im Krankenhaus der KGNW
- DKG:
- Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
- Fachausschuss für Daten-Information und -kommunikation
- Kommission Qualitätssicherung
- AG Organisationspende

Tel. Durchwahl
-20
-22
-23
-26
-25
-24
-21

Referat Medizin

Referenzieller
Dr. med. Peter Johann May

Referentin
Dr. med. Miriam Böttge-Joest

Sekretariat
Beate Lutermann

Themen
- Verbandsspezifische medizinische Fragestellungen zu Krankenhausfinanzierung/-planung
- Qualitätssicherung
- Disease-Management-Programmen
- Dokumentationsmethoden
- Versorgungsstrukturen und -prozesse im Gesundheitswesen
- Sonderaufgaben
- Gremienbetreuung, Medizinischer Beirat der KGNW
- DKG

Tel. Durchwahl
-30
-32
-21

Referat Finanzierung/ Planung

Referenzieller
Rechtsanwalt Richard Kösters

Referenten
Dipl.-Kaufrau Usula Fernholz-Grafe
Dipl.-Ges.-Ök. Thomas Specker
BSC Healthcare Management Kerstin Soukala

Sekretariat
Henriette Nickel

Themen
- Krankenhausfinanzierung
- Pflegesatzfragen
- Bundespflegesatzverordnung
- Krankenhausentgeltgesetz
- Abrechnungsfragen
- Neue Leistungs- und Entgeltformen
- Integrierte Versorgung
- Wirtschaftlichkeitsfragen im Krankenhaus
- Landesgesundheitsrat
- Vereinbarung landesweiter Entgelte
- Leistungs- und Kostenaufstellung
- Krankenhausplanung und -förderung
- Landeskrankenhausplanung
- Pauschalförderung
- Einzelförderung
- Disease-Management-Programme
- Finanzierung spezieller Leistungen
- Sozialpädagogische Zentren
- Pathologie
- Helmholtz
- Gebührenerordnungen
- Gremienbetreuung
- Fachausschuss für Planung und Förderung der KGNW
- Arbeitsgruppe Helmholtzvertrag
- DKG
- Kommission Leistungsvergeltung

Tel. Durchwahl
-10
-14
-13
-12
-11

Referat Rechts-, Vertrags- und Personalwesen im Krankenhaus

Referenzieller
Rechtsanwalt Thorsten Ganse

Referenten
Dipl.-Ges. Ök. Annette Achenbach
Assessor Joachim Klähn
Assessorin Karin Rogosch

Sekretariat
Stefanie Starzec

Themen
- Rechts- und Vertragswesen
- Rechtsberatung der Mitgliederverbände/Krankenhäuser
- Rechtsfragen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, KHentGG, BPFV, FPV) und Sozialrecht (SGB, RVO, etc.)
- Belegarzt und Konsiliararzt
- Kooperationsverträge
- Allgemeines Wirtschaftsrecht
- Steuerrecht
- Allgemeine Vertragsbedingungen und Haftungsrecht
- Auswertung Rechtsprechung
- Personalwesen im Krankenhaus
- Grundsatzfragen zum Arbeitsrecht
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Ausbildungsstätten
- Ärztliches Berufsrecht
- Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- Ausgleichsfonds gem. § 17a KHG
- Bundes- und Landesverträge sowie Rahmenempfehlungen
- Gremienbetreuung
- Fachausschuss für Personalwesen der KGNW
- DKG:
- Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation

Tel. Durchwahl
-40
-47
-45
-46
-41

Geschäftsstelle der Schiedsstelle KHG- Rheinland

Sachgebiet/leitung
Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/ Sekretariat
Melanie Berns
Sandra Breilmann

Tel. Durchwahl
-60
-61
-62

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses

Impressum

Herausgeber: Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Redaktion: Referat Politik
PR und Presse
Lothar Kratz
Ass.jur. Sandra Fösken

Anschrift: Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

Telefon: 02 11/4 78 19-0
Telefax: 02 11/4 78 19-99
E-Mail: info@kgnw.de
Internet: www.kgnw.de

Gestaltung: Die FISCHER
Werbeagentur GmbH
Felix-Wankel-Str. 20
53881 Euskirchen
www.die-fischer.net

Druck: BERK Druck GmbH
Oderstraße 5-7
53879 Euskirchen
www.berk-druck.de

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Kontakt

Humboldtstraße 31

40237 Düsseldorf

Telefon: +4921147819-0

Telefax: +4921147819-99

E-Mail: info@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de



