



Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

Geschäftsbericht 2014





KG NW

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
Finanzierung und Planung	10
Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse	33
Medizin	67
Recht und Personal/Vorstand	77
Politik, PR und Presse	100
Schiedsstellen nach §§ 18, 18a KHG.....	123
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW	126
Satzung der KGNW	152
Abkürzungsverzeichnis	165
Organigramm	170
Impressum	171

Vorbemerkung



KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum

Schwerpunkte im Berichtszeitraum 12.12.2013 bis 11.12.2014 waren die Umsetzung des Koalitionsvertrages, die strategische Ausrichtung der DKG und der Landeskrankengesellschaften hinsichtlich der Qualitätssicherung und Patientensicherheit sowie die Investitionsfinanzierung, die Neujustierung bei Mindestmengen sowie die Positionierung der Länder bei der Krankenhausplanung.

Die KGNW hatte einen Vorschlag zur zukünftigen Investitionsfinanzierung entwickelt und das Thema im politischen Raum auf Bundes- und Landesebene platziert. Die „Investitionsförderung der Krankenhäuser“ war auch Gegenstand der Beratungen der Bund-Länder-AG als Vorbereitung für die geplante Krankenhausreform. Mit dem Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Herrn Rudolf Henke, hat die KGNW am 14.04.2014 die Gemeinsamkeiten beim Thema Investitionsfinanzierung ausgelotet. Die Ergebnisse spiegeln sich in

der Eröffnungsrede zum 117. Deutschen Ärztetag am 27.05.2014 in Düsseldorf wider.

Am 09.04.2014 hat der DKG-Präsident Alfred Dänzer massiv für eine nachhaltige Lösung bei der Investitionsfinanzierung geworben. Zentrale Positionen der DKG waren „Letztverantwortung der Länder in der Krankenhausplanung“, „die gemeinsame Verantwortung von Bund und Ländern für die Investitionsförderung der Krankenhäuser im Rahmen einer Quotierung“ sowie „die Festlegung des erforderlichen jährlichen Investitionsförderbedarfs in Höhe von 6 Mrd. Euro“ und „die duale Finanzierung“.

Auch im Rahmen der Kampagne „Wann immer das Leben uns braucht.“ wurde die unzureichende Krankenhausfinanzierung zur besseren politischen Berücksichtigung mit Blick auf die kommende Krankenhausreform aufgegriffen.

Das Ziel war, die hohe Leistungsfähigkeit und Qualität der stationären Patientenversorgung zu zeigen, andererseits auf die finanziellen und personellen Belastungen zu verweisen. Die Aktivitäten begannen 2013 und wurden 2014 mit einer Plakatierungs- und Aktionsphase fortgesetzt. Die Inhalte und Ziele dieser Kampagne hat die DKG in einer Aktionsauftaktveranstaltung am 11.03.2014 vorgestellt. Die KGNW führte an diesem Tag im Marien-Hospital in Düsseldorf ihre Pressekonferenz durch und stellte die Situation der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen dar.

Diese Aktivitäten der Krankenhäuser auf Bundes-, Landes- und Ortsebene waren notwendig,

um die Krankenhauspositionen gegenüber der zunehmend negativen Darstellung der Krankenhäuser in der Öffentlichkeit durch die negative Berichterstattung zu Themen wie Hygiene, Behandlungsfehler, unnötige Operationen sowie Falschabrechnung darzustellen. Es zeichnete sich der zunehmende Wunsch in den Krankenhäusern und bei den Beschäftigten nach einer Reaktion und nach Maßnahmen ab, um diesen Darstellungen die Positionen der Krankenhäuser entgegenzustellen.

Es hat sich gezeigt, dass aus diesem Grunde und mit Blick auf die Beratungen der Bund-Länder-AG und die zu erwartenden Ergebnisse dringender Handlungsbedarf für die Krankenhäuser besteht, im Wettbewerb um die Meinungshoheit und damit in der öffentlichen Wahrnehmung zentrale Krankenhaus-themen sowie zentrale politische Forderungen der Krankenhäuser durchzusetzen.

Zudem rückt in der gesundheitspolitischen Diskussion das Thema Qualität in Verbindung mit dem Hygienethema immer stärker in den Fokus. So hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Rahmen der 6. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die vom 22. bis 23.09.2014 in Berlin stattfand, die Beurteilung der Hygienequalität zur Vermeidung nosokomialer Infektionen besonders hervorhoben und betont, dass nosokomiale Infektionen ein besonders ernst zu nehmendes Problem für die Patientensicherheit seien und deshalb die externe stationäre Qualitätssicherung mit zusätzlichen Indikatoren erweitert werden müsse.

Darüber hinaus spielen Qualitätsaspekte in Richtlinien wie bei Früh- und Reifgeborenen, bei Steuerungsentscheidungen und bei der Vergütung sowie in der Krankenhausplanung eine immer größere Rolle, wie am Beispiel des neuen Berliner Krankenhausplans deutlich wird. Auch in den Beratungen der Bund-Länder-AG am 08.09.2014 zur Vorbereitung der geplanten Krankenhausreform mit dem Themenschwerpunkt „Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser“ und der aktuellen Debatte auf Bundesebene standen Vorwürfe über zu geringe Qualität, Hygienemängel und Mengenausweitungen im Zentrum der Berichterstattung.

Auch im zentralen Gesetzgebungsverfahren zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG), das von unmittelbarer Bedeutung für die Krankenhäuser war und von der Bundesregierung in diesem Jahr eingeleitet wurde, kann die wachsende Bedeutung von Qualität und Qualitätskriterien zum Ausdruck gebracht werden. Seitens der KGNW wurde die im Gesetz vorgesehene Gründung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen auf Bundesebene ausdrücklich begrüßt. Weitere Schwerpunkte des Gesetzes waren die Verlängerung der PEPP-Optionsphase, die Klarstellung zum Hygienestellenförderprogramm sowie Neureglungen zu den Landes-schlichtungsausschüssen.

Kritisiert wurde, dass die Krankenhäuser trotz der bereits vorhandenen Regelungs-dichte für Qualität erneut im Mittelpunkt

der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen stünden, dies aber auch für den ambulanten Sektor zur Verbesserung der Ergebnisqualität dringend notwendig gewesen sei. Zudem fehlen zudem Regelungen, die eine verbindliche Finanzierung der Bürokratiekosten und des Erfüllungsaufwandes für die qualitativen Vorgaben in den Richtlinien des G-BA gewährleisten.

Im Zuge der Diskussion um Qualitätssicherung und Patientensicherheit stellte sich die DKG mit ihrem Positionspapier „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit“ an die Spitze der aktuellen Bemühungen zur Sicherung und Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit. Mit dem Positionspapier werden die bereits bestehenden umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhausbereich in den aktuellen politischen Kontext eingeordnet und konkrete Forderungen an den Gesetzgeber gestellt. Zudem positionierte sich die DKG zu einer Neujustierung bei den Mindestmengen und zur Letztverantwortung des Landes, was der bisherigen Positionierung der KGNW entspricht. Hier wird der Letztverantwortung des Landes in vollem Umfang Rechnung getragen, ohne jedoch Nachteile in Kauf nehmen zu müssen, die sich auf die Krankenhausplanung beziehen könnten.

Auf Landesebene stand im Berichtszeitraum 12.12.2013 bis 11.12.2014 neben der Umsetzung des Krankenhausplans NRW und der Investitionsfinanzierung der Entwurf des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen im Vordergrund. In Verbindung mit

der Umsetzung des Krankenhausplans wurde seitens der Krankenhäuser massiv kritisiert, dass im Rahmen der Entgeltverhandlungen die Verbände der Kostenträger in Westfalen-Lippe Krankenhäuser im Hinblick auf deren Versorgungsauftrag aufgefordert hatten, Angaben zu strukturellen Qualitätsvorgaben in bestimmten Fachgebieten zu machen. Verbunden wurde dies mit dem Hinweis, andernfalls könne eine diesbezügliche Leistungsvereinbarung und -vergütung nicht erfolgen, was mit erheblichen Liquiditätsnachteilen der Krankenhäuser verbunden gewesen wäre. Hier wurden in Sondierungsgesprächen und Verhandlungen mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) Verfahrensvorschläge und Lösungen gefunden.

Neben der Umsetzung des Krankenhausplans rückte im Jahr 2014 der von der Landesregierung am 25.03.2014 vorgelegte Entwurf zum Zweiten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen in den Fokus. Aus Sicht der KGNW wurde mit diesem Entwurf der mit dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen im Jahr 2007 eingeleitete Weg verlassen, den Handlungsspielraum der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu erweitern und bürokratische Hemmnisse abzubauen. Die damalige Gesetzesnovellierung folgte dem Motto: Der Krankenhausträger vor Ort kann am besten abschätzen, welche Organisationsabläufe und -strukturen für seinen Krankenhausbetrieb ohne gesetzliche Vorgaben am sinnvollsten sind. Von der KGNW wurden insbesondere die mit einer Umsetzung verbundenen zusätzlichen

bürokratischen Anforderungen und Lasten, die teilweise sogar noch über die im Jahr 2007 bereits abgeschafften Vorgaben hinausgehen, ohne dass dem ein Nutzen erkennbar gegenübersteht, kritisiert. Darüber hinaus werden im Gesetzentwurf wichtige Versorgungsthemen aufgegriffen, ohne dass aktuell ein Abgleich zwischen bestehenden und geplanten Bundes- und Landesregelungen erkennbar ist. In Stellungnahmen und Anhörungen hat die KGNW ihre Positionen vertreten. In weiteren politischen Gesprächen wird die Stellungnahme der KGNW zu diesen zentralen Themen im politischen Raum platziert.

Breiten Raum in der öffentlichen Diskussion nahmen auch die von der KGNW begleiteten zwei Musterverfahren von Mitgliedskrankenhäusern im Rahmen des Prozesskostenfonds zur Überprüfung des Vergleichsportals der AOK – des „AOK-Krankenhausnavigators“ ein. Die Musterverfahren wurden zunächst im einstweiligen Rechtsschutz betrieben.

In den Musterverfahren wehren sich die beiden Kliniken nicht gegen Transparenz in der Qualität, sondern gegen einen intransparenten und in der Selbstverwaltung unabhängigen Alleingang der AOK. Die Krankenhäuser verfolgen das Ziel, eine im G-BA gemeinsam abgestimmte, auf breiter und solider Datenbasis stehende Qualitätstransparenz zu erzielen, die vor allem auch einen strukturierten Dialog zulässt. Die KGNW hat – neben den zwei Musterverfahren – ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben und dieses den Mitgliedskrankenhäusern zur Unterstützung in etwaigen eigenen Prozessen bereitgestellt.

Die von der KGNW begleiteten zwei Musterverfahren zur Überprüfung des Vergleichsportals der AOK werden seit November 2014 im Hauptsacheverfahren weiterbetrieben. Die im Rahmen der einstweiligen Rechtsschutzverfahren erlangten Erkenntnisse sowie die zunehmende Kritik der Mitgliedskrankenhäuser in NRW (aber auch bundesweit) bestärkten die KGNW, eine „endgültige“ Rechtsklarheit in dieser Thematik herbeizuführen.

Im Rahmen ihrer Selbstverwaltungsaufgaben rückten im Kontext der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung die Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser nach § 116 b Absatz 3 SGB V mit der Einrichtung entsprechender Geschäftsstellen bei der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe sowie durch das Inkrafttreten der Anlagen zu den Krankheitsbereichen der Tuberkulose (Tbc) und der atypischen Mykobakteriose sowie zu den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GiT) zur Richtlinie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) in den Fokus. Mit dieser Richtlinie, die im März 2013 vom G-BA beschlossen wurde, und mit Inkrafttreten der Anlagen des G-BA können potenzielle ASV-Leistungserbringer ASV-Leistungen anzeigen, die sie in den dargestellten Krankheitsbereichen erbringen wollen. Im Laufe des Jahres fanden diverse Erörterungsgespräche mit den Kostenträgern des erweiterten Landesausschusses für den Landesteil Nordrhein zur Erarbeitung und Abstimmung einer Kostenvereinbarung sowie zum Haushaltsplan und zur Entschädigungsvereinbarung statt. Parallel hierzu erfolgten auch im Landesteil Westfalen-Lippe

Verhandlungen über die durch das Vorhalten des erweiterten Landesausschusses entstehenden Kosten.

Weiterhin nahm die Umsetzung des Beitragschuldengesetzes vom 01.08.2013 im Kontext der Neuregelungen zu § 17 c Absatz 4 und 4 b KHG, die die Errichtung eines Schlichtungsausschusses auf Landesebene zur Überprüfung von Ergebnissen einer Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 c SGB V beinhalten, breiten Raum ein. Die nordrhein-westfälischen Schiedsstellen haben daher im August 2014 beschlossen, einen vorläufigen nordrhein-westfälischen Schlichtungsausschuss nach § 17 c Absatz 4 Satz 11 KHG auf Grundlage einer vorläufigen Geschäftsordnung mit einer Verfahrensordnung zu errichten. Die vorläufige Geschäftsordnung sowie die Verfahrensordnung basieren auf den bis dahin zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie der KGNW beratenen Entwürfen. Die Geschäftsstelle des vorläufigen Schlichtungsausschusses hat ihren Sitz bei der KGNW und nahm im September ihre Arbeit auf. Auf der neuen Website können weitergehende Informationen zum Schlichtungsverfahren sowie die erforderlichen Formulare und dazugehörigen Ausfüllhinweise abgerufen werden (www.schlichtungsausschuss-nrw.de).

Weitere bestimmende landesweite Themen waren die Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes 2014, der Weiterbetrieb von Hubschrauberlandeplätzen, die Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität, das Aufnahme- und Entlassmanagement als Schwerpunkte des gemeinsamen Landesgre-

miums nach § 90 a SGB V sowie das Konzept der KGNW zur Stärkung der Rolle der Krankenhäuser in der Versorgungsforschung.

In den Fokus rückten zudem neben Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit und zur Versorgung demenzkranker Patienten zentrale Themen wie Telematik und IT im Krankenhaus, das Internetportal für Pflegeberufe, der Vorstandsbeschluss zu einer Handlungsempfehlung für die Patientenführsprecher in NRW, die Weiterentwicklung von CIRS-NRW sowie der Kooperationsvertrag der KGNW mit der EnergieAgentur.NRW zur Umsetzung eines Energiekompasses.



Matthias Blum

Finanzierung und Planung

Krankenhausfinanzierung Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes für das Land NRW

Landesbasisfallwert 2014

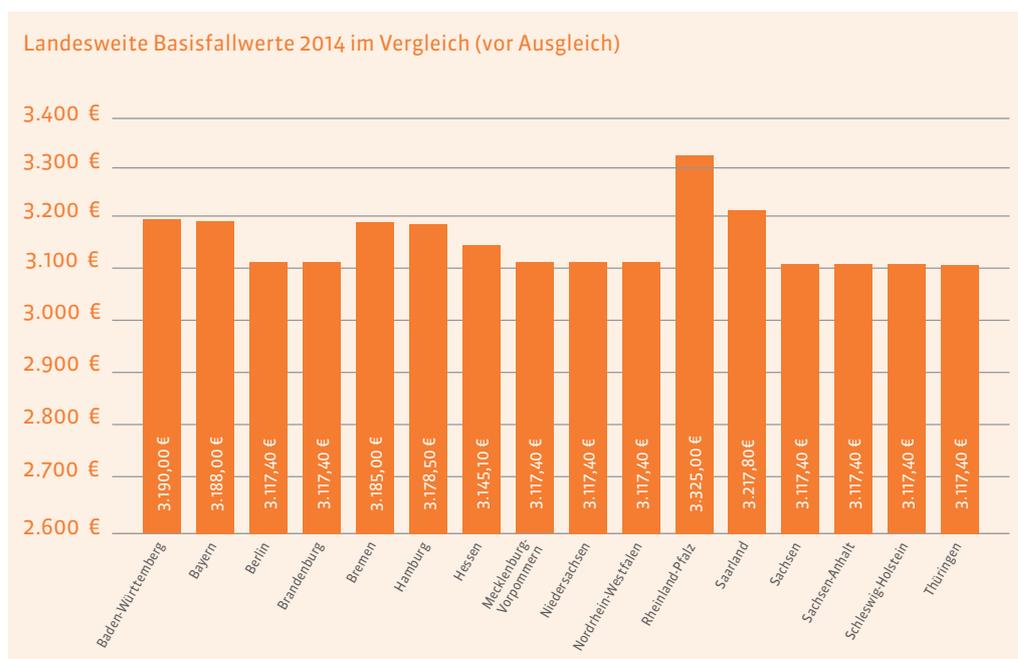
Der Gesetzgeber hat die Vertragsparteien auf der Landesebene im Krankenhausentgeltbereich (KHEntgG) verpflichtet, alljährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert (LBFW) mit Wirkung für die örtlichen Vertragsparteien für das folgende Kalenderjahr zu vereinbaren.

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2014 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW begannen nach Aufforderung der KGNW am 28.11.2013. Krankenhausseitig wurden die Verhandlungen erneut von der Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ der KGNW geführt.

Die Landesverbände der Kostenträger und die KGNW haben sich im Februar 2014 auf eine „Vereinbarung über den landesweiten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG für das Jahr 2014 in Nordrhein-Westfalen“ verständigt.

Grundlage der Verhandlungen war der Landesbasisfallwert 2013 ohne Ausgleiche (3.035,50 Euro). Dieser war zunächst um die anteilige Tariflohnrefinanzierung 2013 (0,21 %) zu erhöhen. Die Erhöhung beträgt 6,37 Euro.

Unter Berücksichtigung der anteiligen Tariflohnrefinanzierung 2013 haben die Vertragsparteien den Landesbasisfallwert 2014 (ohne und mit Ausgleich) in Höhe von 3.117,36 Euro vereinbart.



Quelle: eigene Abfrage, KGNW

Dieser Wert war für die Budgetverhandlungen 2014 nach § 4 KHEntgG maßgeblich und bei der Abrechnung zugrunde zu legen. Zugleich bildet dieser Wert den Ausgangswert für die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2015.

Die Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Leistungsmenge) beim Landesbasisfallwert 2014 beträgt 4.759.347,681 Casemix-Punkte. Dies entspricht einer Steigerung von 1,69 % (2013: 4.680.251,432 Casemix-Punkte).

Mit der getroffenen Landesbasisfallwertvereinbarung 2014 werden alle sich aus den Vereinbarungen der landesweit geltenden Basisfallwerte nach § 10 KHEntgG für die Vorjahre in Nordrhein-Westfalen ergebenden Berichtigungen und Ausgleichs, mit Ausnahme des Ausgleichs für die Zusatzentgelte 130/131 für den Vereinbarungszeitraum 2013, abgegolten.

Der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwertes 2014 ging wieder eine intensive

Phase der Vorbereitung, Kalkulation und letztlich der Verhandlung mit den Kostenträgern voraus. Die Verhandlungen waren dabei besonders geprägt von der Angleichung der Landesbasisfallwerte an die untere Korridor-grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors. Ein hohes Maß an Unterstützung erfuhr die KGNW-Geschäftsstelle auch in diesem Jahr wieder durch die seitens des Hauptausschusses der KGNW im Jahr 2003 gebildete Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“.

Das MGEPA hat den von den Vertragsparteien vereinbarten landesweiten Basisfallwert für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 01.03.2014 genehmigt.

Landesbasisfallwert 2015

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2015 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin am 11.11.2014.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)

Tätigkeitsschwerpunkte von Referat I bildeten auch in diesem Jahr zum einen die Beschäftigung mit laufenden Gesetzgebungsverfahren sowie zum anderen die Erarbeitung diesbezüglicher Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser, unter anderem u. a. in den Gremien der DKG.

Bereits im Jahr 2013 hatte dabei der besondere Fokus auf dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldenge-

setz)“ mit seinem Maßnahmenpaket zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser gelegen. Zahlreiche Regelungen (unter anderem doppelter Mehrleistungsabschlag, Versorgungszuschlag und Hygieneförderprogramm) entfalten auch über das Jahr 2013 hinaus Wirkung, so dass die diesbezüglichen Umsetzungshinweise und -empfehlungen anzupassen waren.

Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetz-

lichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)“ erfolgte zum 25.07.2014 eine Klarstellung zum Hygieneförderprogramm hinsichtlich des Begriffs der „Neueinstellungen“. Es wird nunmehr ausdrücklich klargestellt, dass auch für vorhandenes Krankenhauspersonal mit abgeschlossener Fort- und Weiterbildung im Bereich Hygiene eine (anteilige) finanzielle Förderung der Personalkosten im Rahmen des Hygieneförderprogramms möglich ist, soweit eine neue Stelle im Bereich Hygiene geschaffen wird und diese intern besetzt werden kann. Somit kann auch für vorhandenes Personal des Krankenhauses sowohl die Fort- und Weiterbildung als auch eine finanzielle Förderung der Personalkosten gewährt werden. Dies entspricht der Intention des Hygiene-

förderprogramms, die Hygienestandards des Infektionsschutzgesetzes möglichst zügig umzusetzen.

Bedauerlicherweise wurden mit dem GKV-FQWG nicht alle Streitbehafteten Fragen zum Hygieneförderprogramm geklärt. Insbesondere gibt es weiterhin keine rechtssichere Fördermöglichkeit für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung.

Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)“ wurde einer wesentlichen Forderung der Krankenseite zum neuen Psych-Entgeltsystem

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2013

Krankenhäuser	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 10.000 Einw.	KH	Betten	Betten je 10.000 Einw.
Bundesland												
Deutschland	1.996	500.671	620,8	596	240.632	298,4	706	170.086	210,9	694	89.953	111,5
Baden-Württemberg	272	56.726	535,1	99	37.525	354,0	64	12.509	118,0	109	6.692	63,1
Bayern	366	75.675	602,4	167	54.083	430,5	50	8.732	69,5	149	12.860	102,4
Berlin	81	20.070	590,6	2	7.660	225,4	35	8.543	251,4	44	3.867	113,8
Brandenburg	55	15.191	620,2	21	8.296	338,7	15	2.671	109,0	19	4.224	172,5
Bremen	14	5.111	779,0	5	3.114	474,6	7	1.708	260,3	2	289	44,0
Hamburg	52	12.163	698,9	4	1.630	93,7	12	3.711	213,2	36	6.822	392,0
Hessen	172	36.158	599,5	54	18.639	309,1	43	9.185	152,3	75	8.334	138,2
Mecklenburg-Vorpommern	39	10.385	649,7	7	3.294	206,1	12	1.754	109,7	20	5.337	333,9
Niedersachsen	197	42.302	543,4	51	17.202	221,0	76	16.181	207,9	70	8.919	114,6
Nordrhein-Westfalen	370	120.247	684,7	81	37.707	214,7	247	74.445	423,9	42	8.095	46,1
Rheinland-Pfalz	91	25.360	635,2	17	8.435	211,3	56	15.214	381,1	18	1.711	42,9
Saarland	21	6.405	645,3	9	3.923	395,3	12	2.482	250,1	-	-	-
Sachsen	79	26.340	650,6	34	16.685	412,1	18	3.072	75,9	27	6.583	162,6
Sachsen-Anhalt	48	16.332	725,2	14	8.672	385,1	17	3.392	150,6	17	4.268	189,5
Schleswig-Holstein	95	15.969	568,0	16	6.797	241,8	31	3.169	112,7	48	6.003	213,5
Thüringen	45	16.237	749,8	15	6.970	321,8	11	3.318	153,2	18	5.949	274,7

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jahr 2013

entsprochen, indem die optionale Phase zu dessen Einführung um zwei Jahre verlängert wurde. Somit besteht auch für die Jahre 2015 und 2016 die Möglichkeit, auf Wunsch des Krankenhauses auf das neue Entgeltsystem umzusteigen. Der verpflichtende Umstieg verschiebt sich auf das Jahr 2017. Die budgetneutrale Phase umfasst damit nunmehr die Jahre 2013 bis einschließlich 2018, der Einstieg in die Konvergenzphase erfolgt im Jahr 2019. Auch die Fristen zur Systementwicklung und Einführung des neuen Entgeltsystems werden im Sinne von Folgeänderungen um zwei Jahre verschoben. Als Folgeänderung der Verlängerung der Optionsphase kommen die Mehr-

und Mindererlösausgleiche für Optionshäuser auch für die Jahre 2015 und 2016 zur Anwendung. Der Mindererlösausgleich für Optionshäuser in den Jahren 2015 und 2016 beträgt somit 95 % (ab 2017: 20 %) und der Ausgleich für sonstige, nicht kodierbedingte Mehrerlöse 65 % (ab 2017: 85 % bzw. 90 %). Auch die Psychiatrie-Personalverordnung bleibt bis einschließlich 2018 in Kraft.

Des Weiteren wurde für Krankenhäuser, die das neue Psych-Entgeltsystem freiwillig einführen, die Obergrenze für die Budgetentwicklung für die Jahre 2015 und 2016 auf den zweifachen Veränderungswert angehoben.

G-DRG-System

Bei der Weiterentwicklung und Umsetzung des G-DRG-Systems war die KGNW im Rahmen ihrer umfangreichen Mitarbeit in den Gremien der DKG beteiligt. Insbesondere hat sich die KGNW aktiv an der Erarbeitung der Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz beteiligt, die den Krankenhäusern alljährlich per Rundschreiben zur Verfügung gestellt werden.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich im September 2014 auf eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 (FPV 2015) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2015 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

Fallpauschalenkatalog 2015

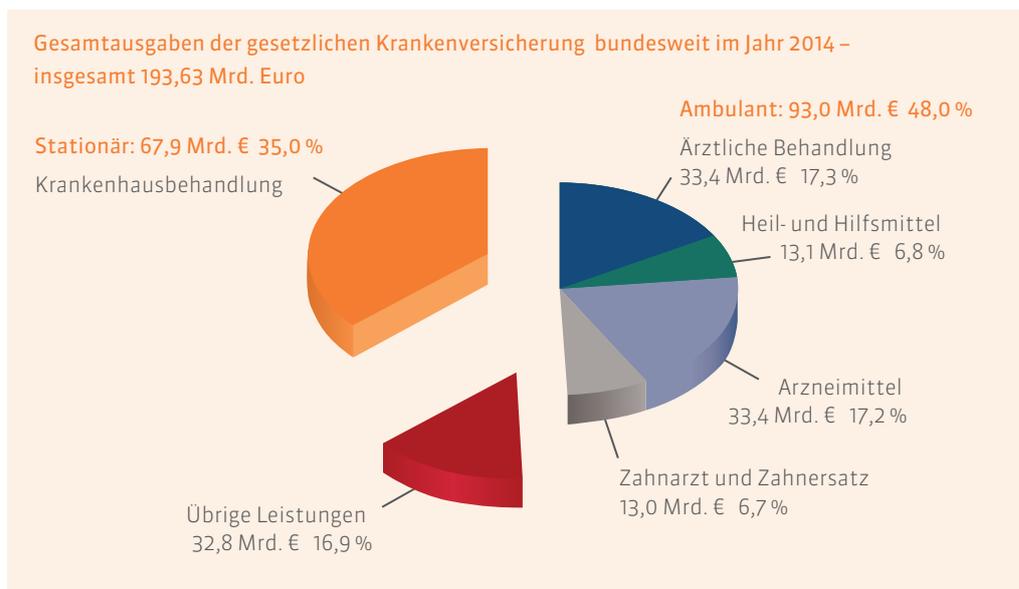
Der G-DRG-Katalog 2015 wurde von den Vertragspartnern im September 2014 auf Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart.

In die Kalkulation des neuen G-DRG-Katalogs gingen die Falldaten aus 250 Krankenhäusern ein. Somit verbleibt die Datenbasis der Systementwicklung auf einem stabil hohen Niveau und konnte gegenüber dem Vorjahr leicht erweitert werden. Die Anzahl der im Jahr 2015 für die Abrechnung verfügbaren Fallpauschalen beträgt 1.200.

Einen Schwerpunkt der klassifikatorischen Weiterentwicklung bildete wiederum die Abbildung von Extremkostenfällen. Dazu wurde der in den OPS-Katalog 2013 eingeführte Code 8-98 f für die „Aufwendige intensivmedizinische

Komplexbehandlung“ zum ersten Mal zur Abbildung eines besonders hohen Ressourcenverbrauchs in der stationären Versorgung verwendet. In diesem Code werden spezielle personelle und apparative Anforderungen als Vorhaltungen für den Betrieb einer intensivmedizinischen Einrichtung verschlüsselt. Aus den sich anhand von Scores errechnenden Aufwandspunkten werden Schwellenwerte abgeleitet, deren Erreichen eine Bedingung für die Eingruppierung in einzelne DRGs bildet. Die bisher in diesen DRGs als Gruppierungsmerk-

male verwendeten Punktzahlen der Codes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen und Kindern werden mit dem Code 8-98f um eine dritte Variante erweitert. In der Gruppierungslogik muss bei einigen dieser DRGs einer der drei Schwellenwerte alternativ erreicht werden oder es werden, wie bei den neuen DRGs F36A, G36A und H36A, nur noch Fälle eingruppiert, die die Schwellenwerte der aufwendigen oder der intensivmedizinischen Komplexbehandlung für Kinder erfüllen.



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

Einen Leistungsbereich mit wesentlichen Umbauarbeiten stellt im DRG-System für 2015 die Abdominalchirurgie dar. Keine weitere Anpassung gegenüber der Katalogversion für 2014 erfolgte bei der PCCL-Formel zur Berechnung des fallbezogenen Schweregrades aus den Nebendiagnosen. Die CCL-Matrix wurde nur moderat überarbeitet, da die Auswirkungen der im Vorjahr durchgeführten intensiven Umbauarbeiten zunächst anhand

der §-21-Daten des Jahres 2014 überprüft werden sollen.

Bei den bewerteten Zusatzentgelten gibt es weitere Differenzierungen bestehender Entgelte. Einzelne bisherige NUB-Leistungen wurden in die Anlage 4 der unbewerteten Zusatzentgelte überführt. Bei den Zusatzentgelten für Blutgerinnungsfaktoren zur Behandlung von Blutern wurde der

Schwellenwert für die Abrechenbarkeit des intrabudgetären Zusatzentgeltes von 9.500 Euro aus dem Vorjahr fortgeführt. Ab 2016 soll er auf Grundlage der InEK-Kalkulation neu festgelegt werden. Die Tabellen in der Anlage 7 zur Differenzierung zwischen angeborenen, dauerhaft erworbenen und temporären Blutgerinnungsstörungen wurden durch die Aufnahme zusätzlicher ICD-Kodes erweitert.

Abrechnungsbestimmungen 2015 (FPV 2015)

Die Abrechnungsbestimmungen und die Klärstellungen zur FPV 2015 weisen im Vergleich zum Vorjahr keine inhaltlichen Änderungen auf.

Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Bei der Weiterentwicklung und Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wurde die KGNW durch ihre Mitarbeit in den Gremien der DKG. Zudem hat sich die KGNW wiederum aktiv an der Erarbeitung der Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach der Bundespflegesatzverordnung beteiligt, die den Krankenhäusern alljährlich per Rundschreiben in zwei Versionen – zum einen für nicht optierende Krankenhäuser und zum anderen für optierende Krankenhäuser – zur Verfügung gestellt werden.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich nach intensiven Verhandlungen im September 2014 auf eine Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2015 (PEPPV 2015) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2015 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

Mit der PEPPV 2015 werden die mit der „Vereinbarung der Selbstverwaltung zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG“ (PEPP-Weiterentwicklungsvereinbarung) vom 01.04.2014 vereinbarten grundlegenden Systemveränderungen umgesetzt.

PEPP-Katalog 2015

Der PEPP-Katalog 2015 wurde von den Vertragspartnern im September 2014 auf Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart. Die DKG hat dem vom InEK vorgelegten Katalogentwurf zugestimmt, da mit dieser Version die vereinbarten Grundsätze der PEPP-Weiterentwicklungsvereinbarung vom 01.04.2014 vollständig umgesetzt wurden. Dabei ist jedoch zu betonen, dass dieser Katalog als erster Schritt in die richtige Richtung verstanden werden muss und weiterhin Entwicklungsbedarf besteht. Auch müssen die Abrechnungspraxis und das Prüfverhaltens der Krankenkassen kritisch begleitet

werden und der PEPP-Katalog ist bei Fehlentwicklungen in der praktischen Anwendung neu zu bewerten.

Mit dem PEPP-Katalog 2015 werden neue tagesbezogene Entgelte für besonders behandlungsintensive Tage eingeführt. Diese ergänzenden Tagesentgelte (ET) können zusätzlich zur PEPP-Tagespauschale und in Abhängigkeit vom Behandlungsverlauf abgerechnet werden, sodass ein erhöhter Aufwand auch im späteren Behandlungsverlauf zu einer höheren Tagesvergütung führen kann. Die Verweildauergruppen und Vergütungssprünge werden abgeschafft und die Degression der Bewertungsrelationen wird deutlich verringert. Um dies zu erreichen, wurde die Methodik zur Berechnung der Bewertungsrelationen grundlegend umgestellt und der Entlassungstag wurde zum Abrechnungstag.

Im Rahmen der Weiterentwicklung wurde die Klassifikationssystematik wie jedes Jahr hinsichtlich geeigneter „Kostentrenner“ umfassend überprüft und angepasst. Dabei ist zu beachten, dass erstmalig die Kosten der neuen ET aus den PEPP-relevanten Kosten herausgerechnet wurden, sodass diese Kosten nicht mehr in den durchschnittlichen PEPP-Tageskosten enthalten sind. Auch wurde nach der neuen Methodik erstmalig die Abrechnungsfähigkeit des Entlassungstages in die Berechnung der durchschnittlichen PEPP-Tageskosten einbezogen. Aufgrund der neuen Methodik haben sich Umbauten und zahlreiche Detailveränderungen der PEPP-Systematik ergeben. So waren zum Beispiel infolge der neuen ergänzenden Entgelte für sehr behandlungsintensive Tage zwei Prä-

PEPP nicht mehr erforderlich. Auch sind die neuen Bewertungsrelationen mit denen der Vorjahresversion nicht vergleichbar.

Die methodischen Veränderungen zeigen sich weniger in der Klassifikationssystematik, sondern primär in der Herleitung und Darstellung der Bewertungsrelationen der PEPP für die vollstationäre Versorgung (Anlage 1 a von Anlage 1). Die Berechnung der Bewertungsrelationen wird nunmehr aus den mittleren Tageskosten der am jeweiligen Tag entlassenen Fälle hergeleitet, wobei der Entlassungstag zum Abrechnungstag wird. Entsprechend dieser Berechnungsmethodik wird die im Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation für jeden abzurechnenden Tag eines Falles zur Abrechnung gebracht. Die maßgebliche Bewertungsrelation je Tag (in Spalte 4) bestimmt sich durch die Anzahl der insgesamt abzurechnenden Berechnungstage (Spalte 3). Ist die Anzahl an Berechnungstagen größer als die für die relevante PEPP größte ausgewiesene Zahl in Spalte 3, wird die für die größte Anzahl an Berechnungstagen angegebene Bewertungsrelation für die Abrechnung verwendet.

Im Bereich der bewerteten teilstationären Entgelte (Anlage 2 a von Anlage 1) hat die Umstellung der Methodik zu keiner systematischen Veränderung geführt. Im Bereich der Zusatzentgelte (Anlagen 3 und 4 von Anlage 1) wurden die aus der Somatik übernommenen Entgelte aktualisiert. Somit wurden vier neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen und vier Zusatzentgelte, die bisher bewertet waren, als unbewertete Zusatzentgelte ausgewiesen. Die originär

psychiatrisch/psychosomatischen Zusatzentgelte für Elektrokrampftherapie (EKT), Strahlentherapie und die Gabe von Paliperidon sind wie im Jahr 2014 unbewertet (Anlage 4 von Anlage 1).

In der neuen Anlage 5 von Anlage 1 werden entsprechend der OPS-Systematik 3 ET für 1:1-Betreuung von Erwachsenen, 2 ET für die Intensivbehandlung von Erwachsenen und 5 ET für die intensive Beaufsichtigung oder Einzelbetreuung von Kindern ausgewiesen. Die Bewertung dieser neuen Tagesentgelte erfolgt in Bewertungsrelationen (und nicht in Eurobeträgen), da die ET einen wesentlichen Bestandteil der bisherigen PEPP-Tagespauschalen darstellen. Zudem bietet diese neue Entgeltform die Möglichkeit, die tagesvariablen Vergütungselemente auszubauen. Die tagesbezogenen ET sind für die Tage mit Gültigkeit des entsprechenden OPS (und der Abrechnungsbestimmungen) zusätzlich zu den PEPP-Tagespauschalen berechnungsfähig. Dies gilt in Verbindung sowohl mit voll- als auch mit teilstationären PEPP.

Abrechnungsbestimmungen 2015 (PEPPV 2015)

Für 2015 wurden die Abrechnungsbestimmungen an die neue Systematik des Entgeltkatalogs angepasst. Darüber hinaus hat die DKG Verbesserungsvorschläge, insbesondere zur Fallzusammenführung, in die Verhandlungen eingebracht. Hier zielten die Vorstellungen insbesondere auf eine Reduzierung des administrativen Aufwands für die Krankenhäuser bei Wiederaufnahmen über den Jahreswechsel ab. Über den Jahreswechsel sollte – wie in der Somatik – keine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten vorgenommen werden. Nach intensiven Verhandlungen konnte in dieser Frage als Kompromiss eine Vereinfachung der Fallzusammenführung ab dem Jahreswechsel 2015/16 erreicht werden.

Für das Jahr 2015 konnten sich die Vertragsparteien zudem – wie im Vorjahr – auf Klarstellungen zu den Abrechnungsbestimmungen verständigen.

Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe nach § 115 b SGB V

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. Der Erweiterte Bewertungsausschuss

legte den Orientierungswert für das Jahr 2014 auf 10,1300 Cent fest.

Für die Verbände der Krankenkassen im Landesteil Nordrhein wurde der abzurechnende Punktwert für die Leistungsbereiche nach § 115 b und 116 b SGB V mit der Höhe von 10,1300 Cent für das Jahr 2014 bestätigt, die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Kran-

kenkassen in Westfalen-Lippe teilte diesen Punktwert für das erste Quartal 2014 mit. Da die Geschäftsstelle in den bestehenden Regelungen zur regionalen Euro-Gebührenordnung keinen Anhalt erkennen konnte, dass der Punktwert und damit die regionale Euro-Gebührenordnung unterjährig noch zu verändern ist, wurde von einer quartalsweisen Abfrage bei der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe abgesehen. Lediglich für den Fall, dass wider Erwarten entsprechende Informationen seitens der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe einträfen, wäre eine entsprechende Information per ergänzendem KGNW-Rundschreiben bereitgestellt worden. Wie auch in den vergan-

genen Jahren ist eine lediglich den Landesteil Westfalen-Lippe betreffende Abänderung des Punktwertes nicht erfolgt, sodass sich dieses Vorgehen bewährt hat.

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 SGB V in seiner 335. Sitzung am 24.09.2014 zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2 e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Absatz 2 g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2015 wurde der Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für das Jahr 2015 auf 10,2718 Cent festgelegt. Dieser Orientierungswert dient als Grundlage der regionalen Gebührenordnungen.

Ambulante spezialfachärztliche Behandlung nach § 116 b SGB V (ASV)

Für die Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sollen perspektivisch diagnosebezogene Gebührenpositionen vereinbart werden. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Die Gebührenpositionen sind gemäß § 116 b Absatz 6 SGB V in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen.

Bis zum Inkrafttreten einer solchen Vereinbarung erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5 a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 % zu kürzen. Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung und jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der jeweiligen

Konkretisierungen insbesondere so anzupassen, dass die Leistungen unter Berücksichtigung der übrigen Vorgaben des § 116 b SGB V angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können.

Da zum jetzigen Zeitpunkt unklar ist, wie eine solche Anpassung in den Verhandlungen auf Bundesebene umgesetzt werden kann, und die Vorstellungen der Verhandlungspartner im zuständigen Ergänzten Bewertungsausschuss sehr unterschiedlich sind, hat die DKG einen Fragebogen zur Kostensituation entwickelt. Abgefragt wurden insbesondere die Erkenntnisse zur Kostensituation, die sich im Rahmen einer bestehenden Bestimmung ergeben haben. Aus den Rückmeldungen hat sich ein sehr heterogenes Bild der Deckungsfähigkeit ergeben.

Im Hinblick auf die Leistungserbringung und die Abrechnungsmöglichkeit, also den konkreten Behandlungsumfang im Rahmen der ASV, wird ein Ziffernkreis aus den Gebührenordnungspositionen des EBM festgelegt, der Appendix der jeweiligen sukzessiv durch den G-BA beschlossenen Konkretisierungen. Dort sind für jeden nach § 116 b SGB V leistungsberechtigten Arzt eines Behandlungsteams einschließlich der sogenannten hinzuzuziehenden Ärztinnen und Ärzte konkret die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM genannt. Nicht im EBM abgebildete Leistungen werden in einem Abschnitt 2 des Appendix gesondert nach einer entsprechenden Preisbildung aufge-

führt. Nur in bestimmten Ausnahmefällen ist es Krankenhäusern gestattet, auch darüber hinaus Leistungen zu erbringen, wenn eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist.

Das Unterschriftenverfahren zur ASV-Abrechnungsvereinbarung (ASV-AV) gemäß § 116 b Absatz 6 Satz 12 SGB V wurde abgeschlossen. Gemäß der ASV-AV ist zur Abrechnung von ASV-Leistungen die Angabe einer sogenannten Teamnummer notwendig. Diese Teamnummer dient der eindeutigen Identifizierung des interdisziplinären Teams und wird zukünftig bei der ASV-Serviceestelle beantragt. Diese befindet sich derzeit noch im Aufbau, vorübergehend zuständig ist eine entsprechende Stelle beim GKV-Spitzenverband. Die Beantragung der Teamnummer setzt die Anzeige der Teilnahme an der ASV beim zuständigen erweiterten Landesauschuss voraus und darf frühestens mit der Anzeige erfolgen.

Als erste Konkretisierungen sind die erste Anlage zur Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV-RL) für die seltenen Erkrankungen „Tuberkulose (Tbc) und atypische Mykobakteriose“ am 24.04.2014 sowie die erste erkrankungsbezogene Konkretisierung aus dem Bereich der onkologischen Erkrankungen, nämlich der Tumorgruppe I, „Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ (GIT), zum 01.07.2014 in Kraft getreten.

Ambulante Notfallbehandlung

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 274/2014 vom 08.07.2014 hat die Geschäftsstelle über einen von den Landeskrankenhausgesellschaften gemeinsam mit der DKG beschlossenen Gutachtenauftrag berichtet und die Teilnahme der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen angeregt. Ziel des Gutachtens ist es, für die anstehenden politischen Diskussionen nicht nur erstmalig belastbare Zahlen zu dem vorhandenen Finanzierungsbedarf, sondern auch Informationen über die Patienten- und Versorgungsstrukturen zur Begründung der Höhe dieses Bedarfes zu gewinnen. Vor dem Hintergrund, dass die Regierungskoalition im Koalitionsvertrag die Erforderlichkeit einer Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung aufgenommen hat, da sich die ambulante Notfallversorgung außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten auf die Krankenhäuser konzentriert, bietet sich die konkrete Chance, den hohen Stellenwert der Krankenhäuser deutlich zu machen und eine entsprechende und sachgerechte Finanzierung einzufordern.

Das Projekt wird von der DKG in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V.

Heilmittelvertrag

Der Vorstand der KGNW hat in seiner 221. Sitzung am 04.07.2013 beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein (gemäß § 125 Absatz 2 SGB V)“ fristgerecht zum 31.12.2013

(DGINA) durchgeführt. Mit der Umsetzung der Kostenkalkulation und der Erstellung des Gutachtens wurde das Beratungsunternehmen Management Consult Kestermann GmbH (MCK) beauftragt. Das Projekt bietet die besondere Chance, durch die Verbindung der medizinischen und ökonomischen Kompetenzen der beiden Projektpartner nicht nur die Finanzierungsdefizite glaubhaft nachzuweisen, sondern auch den erhöhten Finanzierungsbedarf von Krankenhäusern zu erklären.

Nach dem Teilnahmeaufruf haben bundesweit mehr als 100 Krankenhäuser ihre Mitwirkung zugesagt. Mehr als 20 Teilnehmer kommen aus Nordrhein-Westfalen. Nach Analyse und Auswertung der Daten soll das Gutachten rechtzeitig vorliegen, um die Ergebnisse im Interesse der Krankenhäuser in den politischen Prozess einbringen zu können.

Darüber hinaus wird ergänzend eine Befragung durch Landeskrankenhausgesellschaften bei den ihnen angeschlossenen Krankenhäusern zum Leistungsumfang stattfinden, um den bestehenden Betrag der Unterfinanzierung nachhaltig bemessen zu können.

zu kündigen, und die Geschäftsstelle beauftragt, Verhandlungen über die Preise für das Jahr 2014 mit den nordrheinischen Verbänden der Krankenkassen aufzunehmen.

In den sich anschließenden Verhandlungen wurde mit den nordrheinischen Kostenträgern im Ergebnis eine Gesamtsteigerung der Preise um rund 2,8 % ab dem 01.01.2014 vereinbart.

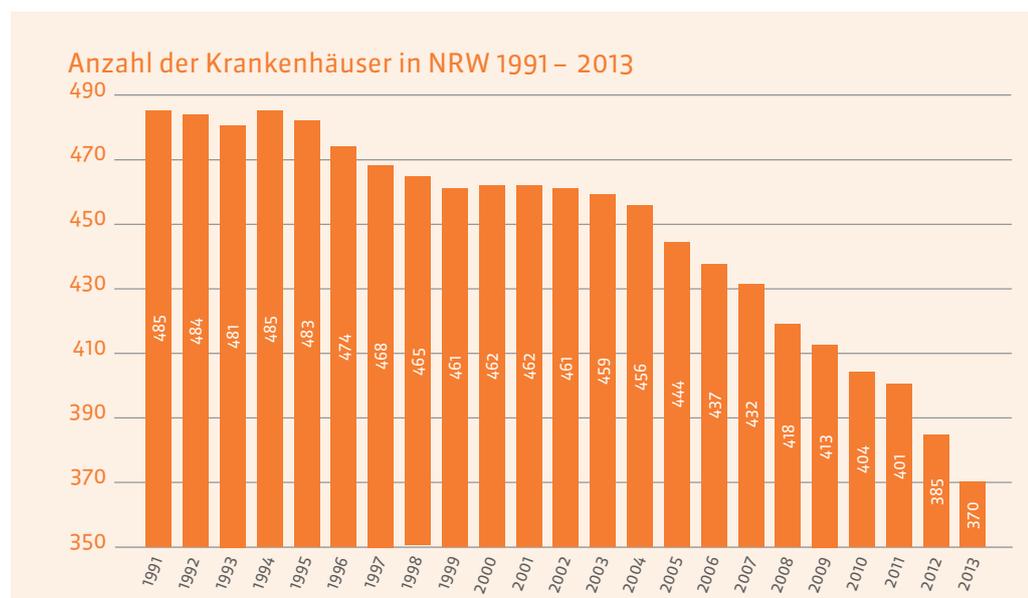
In seiner 225. Sitzung am 01.07.2014 hat der Vorstand der KGNW beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag

für den Landesteil Nordrhein (gemäß § 125 Absatz 2 SGB V)“ fristgerecht zum 31.12.2014 zu kündigen, und die Geschäftsstelle beauftragt, Verhandlungen über die Preise für das Jahr 2015 mit den Landesverbänden der Kostenträger im Landesteil Nordrhein aufzunehmen. Die Verhandlungen wurden im November 2014 aufgenommen.

Krankenhausplanung

Am 23.07.2013 ist der Krankenhausplan NRW 2015 in Kraft getreten. Er enthält neue Rahmenvorgaben für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen und soll bis zum Jahr 2015 umgesetzt werden. Die Rahmenvorgaben bilden die Grundlage für die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte.

Beginnend mit dem 12.12.2013 haben die Bezirksregierungen – zum Teil mehrmals korrigiert – alle Krankenhausträger sowie nachrichtlich unter anderem auch die KGNW über die regionalisierten im Krankenhausplan landesweit ausgewiesenen Kapazitäten informiert. Darüber hinaus enthielten die Schreiben neben dem Datenrahmen für die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte



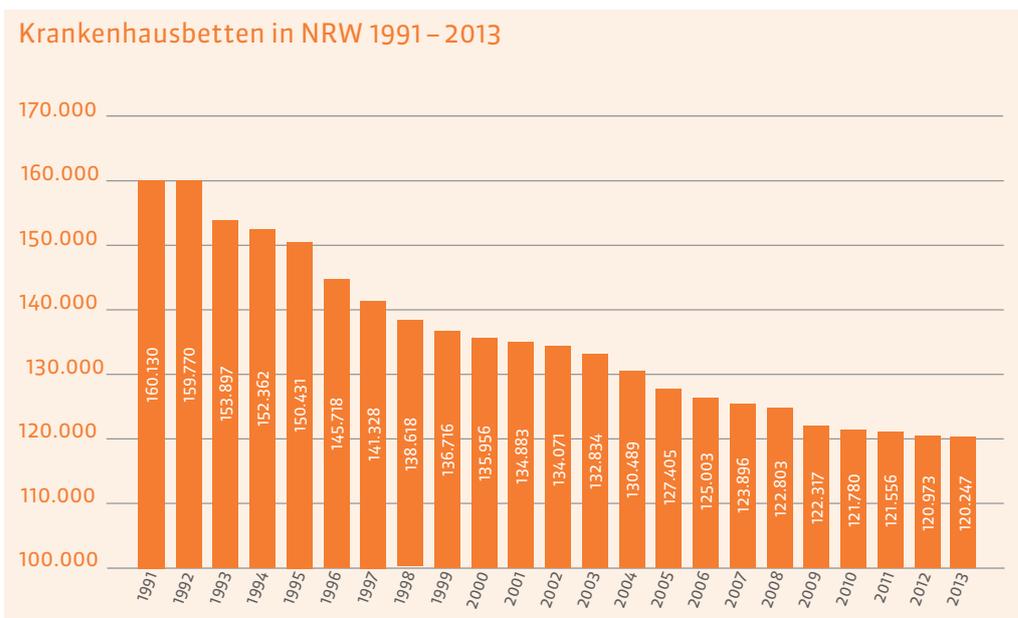
Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2013

nach § 14 KHGG NRW auch einen Musterfeststellungsbescheid sowie Tabellen der gebietsbezogenen Bettenkapazitäten auf Ebene der Kreise beziehungsweise der kreisfreien Städte. Es wurde darauf hingewiesen, dass diese Tabellen rein rechnerische Größen ausweisen, die sich aus der Anwendung des Pflegetageschlüssels ergäben und keine Vorgaben der Planungsbehörde darstellten.

Sowohl die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe als auch die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen in Nordrhein haben Ende 2013 beziehungsweise Anfang 2014 die Krankenhausträger aufgefordert, zur Vorbereitung regionaler Planungskonzepte Daten(-auszüge) der SA-2- und SA-5-Formulare der KHStatV der letzten drei Jahre zu übermitteln. Aus Sicht der KGNW ist es insoweit zielführend, Daten-

übermittlungen an die Kostenträger anhand des aktuellen Datenrahmens vorzunehmen.

Im Hinblick auf die oben genannten Aufforderungen der Kostenträgerverbände wurde allen nordrhein-westfälischen Krankenhäusern mit Schreiben vom 13.03.2014 die Teilnahme an dem Projekt zur Bereitstellung planungsrelevanter Daten durch die KGNW ermöglicht. Damit sollte eine Parität zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei den anstehenden Verhandlungen zu regionalen Planungskonzepten zur Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 im Hinblick auf die KHStatV-Daten hergestellt werden. Im Ergebnis haben sich circa 89 % der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zur Teilnahme an diesem Projekt der Datenbereitstellung für die Berichtsjahre 2010 bis 2013 entschieden.



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2013

Obgleich die Vorgaben des Krankenhausplans lediglich für planerische Entscheidungen heranzuziehen sind, forderten im Rahmen der laufenden Entgeltverhandlungen 2014 die Verbände der Kostenträger in Westfalen-Lippe Krankenhäuser vor dem Hintergrund des Krankenhausplans NRW 2015 im Hinblick auf deren Versorgungsauftrag auf, Angaben zu strukturellen Qualitätsvorgaben in bestimmten Fachgebieten zu machen. Die Krankenhäuser wurden mit kostenträgerseitigen Abfrageformularen „Angaben zu strukturellen Qualitätsvorgaben“ konfrontiert. Grundsätzliche Empfehlung konnte – abgeleitet aus der diesbezüglichen krankenseitigen Positionierung in der Vergangenheit – nur sein, diese kostenträgerseitigen Formulare nicht zu nutzen. Am 16.07.2014 hat im MGEPA zu dieser Thematik ein gemeinsames Gespräch zwischen Vertretern des MGEPA, der Kostenträger und der Krankenseite im Hinblick auf das kostenträgerseitige Vorgehen in den Entgeltverhandlungen stattgefunden. Das MGEPA hat zu dem Gespräch ein klarstellendes Ergebnisprotokoll gefertigt, das den Krankenhäusern per Rundschreiben zur Verfügung gestellt wurde.

Zur Psychiatrie gab es ergänzende Überlegungen zur Verteilung der auf Landesebene vorgegebenen Kapazitäten, die ebenfalls

von den Bezirksregierungen an die Krankenhäuser weitergeleitet wurden. Die vorgegebenen Kapazitäten in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik beziehungsweise Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sollen auf der Landesebene vorrangig nach der Einwohnerzahl zum Zensus am Stichtag 09.05.2011 (unter/über 18-jährige) erfolgen. Die Verteilung nach Pflegetagevolumen ist lediglich nachrangig zu prüfen, da diese Verteilung dazu führen würde, dass bestehende Strukturen verfestigt würden und lediglich bereits vorhandene Einrichtungen profitieren könnten.

Im Fachausschuss für Planung und Förderung findet unter Beteiligung der Spitzenverbände ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zum Stand der regionalen Planungskonzepte in den Regionen statt. Der Eintritt in regionale Planungskonzepte wird derzeit noch unterschiedlich gehandhabt. In einigen Regionen haben sich die Krankenhäuser untereinander abgestimmt, um auf Basis dieser Ergebnisse in ein regionales Planungskonzept einzutreten. Andernorts beabsichtigen die Krankenhäuser, ein ähnliches Vorgehen umzusetzen. Zum Teil haben Krankenhäuser bereits regionale Planungskonzepte angestoßen und für Teilbereiche abgeschlossen.

Landesberichterstattung Gesundheitsberufe

Das MGEPA hat, anknüpfend an die letzten Jahre, das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) in Köln mit der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2013 beauftragt.

Ziel der Berichterstattung ist es, die Personalsituation in den ambulanten Pflegediensten, den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie den Krankenhäusern zu untersuchen. Ein Schwerpunkt ist in der Ausbildungsplatzkapazitätsplanung zu sehen.

Hierzu führte das dip bei den Einrichtungen des Gesundheitswesens im Jahr 2013 eine Abfrage durch. Die Geschäftsstelle hatte die Krankenhäuser mittels Rundschreiben gebeten, sich an der dip-Abfrage zu beteiligen.

Die Teilnahme an der Erhebung ist für den Krankenhausbereich von großer Bedeutung, da die landesbezogenen Daten zur Analyse zentraler Entwicklungen im Pflegebereich, zur Bewertung der Situation der Ausbildungsstätten wie auch zur Ableitung von bedarfsorientierten Anpassungen der Ausbildungsplatzkapazitäten genutzt werden.

Im Spätsommer dieses Jahres hat das MGEPA die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2013 veröffentlicht. Die Publikation gibt Aufschlüsse über die Pflege- und Gesundheitsberufe in NRW und deren Situ-

ation in den Bereichen Ausbildung und Beschäftigung. Die Krankenhäuser wurden per Rundschreiben über die Veröffentlichung informiert.

Disease-Management-Programme – DMP

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom BMG auf den G-BA übergegangen. Durch die am 19.07.2012 in Kraft getretene Richtlinie des G-BA zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f Absatz 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL) wurde eine Anpassung der Rahmenvereinbarungen der DMP „Asthma bronchiale / COPD“ und „Brustkrebs“ in beiden Landesteilen vorgenommen.

Alle weiteren noch im Rahmen der RSAV regulierten Anforderungen an Disease-Management-Programme werden in einer weiteren neuen Richtlinie, der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL), die am 01.07.2014 in Kraft getreten ist, geregelt. Daher werden derzeit die Anpassungen der Rahmenvereinbarungen der DMP „Koronare Herzkrankheit“ (DMP KHK) und „Diabetes mellitus Typ 1“ (DMP DM Typ 1) vorbereitet, die zum 30.06.2015 dem Bundesversicherungsamt vorgelegt werden müssen.

Krankenhausförderung

Haushaltsplan 2015

Zur öffentlichen Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses des Landtags Nordrhein-Westfalen am 23.10.2014 hat die KGNW eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2015 vorgelegt.

Der geplante Haushaltsansatz für das Jahr 2015 in Höhe von 515,0 Millionen Euro ist im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2014 (492,3 Millionen Euro) um effektiv 22,7 Millionen Euro angestiegen. Diese Erhöhung ergibt sich aus einer Aufstockung des Haushaltsansatzes der Titelgruppe 61 (Pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen [KHGG NRW] um 24 Millionen Euro. Titelgruppe 62 „Sonstige Zuweisungen und Zuschüsse nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen [KHGG NRW]) wird nach der im Haushalt 2014 vorgenommenen Kürzung von 1,4 Millionen Euro auf 700.000 Euro nunmehr um 300.000 Euro auf 1 Millionen Euro „aus Gründen der Anpassung an den Bedarf (zu erwartende Ausgleichszahlungen)“ erhöht. Der „Sonderfonds Krankenhäuser“ wird als „strukturelle Einsparung“ mit dem Volumen des Jahres 2014 in Höhe von 1,6 Millionen Euro gestrichen.

Die geplante nominelle und längst überfällige Erhöhung des Haushaltsansatzes zur Kran-

kenhausförderung für die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter wurde vor dem Hintergrund der nach wie vor bestehenden gravierenden Unterfinanzierung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser durch das Land als ein erster Schritt begrüßt.

Der Haushaltsansatz deckt aber den bestehenden Investitionsbedarf im Krankenhausbereich bei Weitem nicht. Weitere Schritte bleiben zwingend notwendig, um die Krankenhäuser in NRW in die Lage zu versetzen, Investitionen zur Sicherstellung hochwertiger und zukunftssicherer Krankenhausleistungen für die Bevölkerung in NRW umzusetzen. Nicht zuletzt die gestiegenen Anforderungen durch den Krankenhausplan NRW 2015 bedingen auch investive Maßnahmen durch die Krankenhäuser.

Nach allen verfügbaren Expertenberechnungen beträgt die strukturelle Investitionsunterfinanzierung in Nordrhein-Westfalen zurzeit mindestens 700 Millionen Euro. Notwendig wären jährlich insoweit mindestens 1,2 Milliaraden Euro.

Die geplante Erhöhung des Haushaltsansatzes für die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gleicht den diesbezüglichen Kaufkraftverlust der vergangenen Jahre nicht aus. Der Kaufkraftverlust in Bezug auf die Baupauschale bleibt vollständig unberücksichtigt. Eine Wirkung im Sinne einer nachhaltigen

Verbesserung der Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser in NRW kann damit nicht erreicht werden. Der schleichende Verlust der Investitionskraft, verbunden mit einem Substanzverzehr, in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern wird sich fortsetzen.

Die KGNW schlägt vor diesem Hintergrund bereits seit Langem vor, eine jährliche Anpassung der Pauschalbeträge an die durchschnittliche Kostenentwicklung im KHGG NRW zu verankern. Die Orientierung an den Verbraucher- und Baupreisindizes kann dabei Anhaltspunkte bieten.

Auch mit Verständnis für die Konsolidierungsnotwendigkeit des Landeshaushaltes bleibt die offensichtliche und schleichende Erosion der Krankenhausförderung – auch vor dem Hintergrund der moderaten Erhöhung des Haushaltsansatzes der Titelgruppe 61 (Pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristi-

ger Anlagegüter nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen [KHGG NRW]) – weiterhin deutlich zu kritisieren. Sie missachtet nicht nur die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Die Wertschätzung der Beschäftigten in den Krankenhäusern, die tagtäglich ihren Dienst für die Patientinnen und Patienten verrichten, bleibt aus. Vor dem Hintergrund des sich weiter verschärfenden Mangels an qualifiziertem Personal erwächst dies zu einem fatalen Umstand. Attraktivität der Berufsfelder im und am Krankenhaus wird damit nicht erzeugt werden können.

Investitionsprogramm 2014

Mit Schreiben vom 30.05.2014 (Landtagsvorlage 16/1941) hat Ministerin Steffens der Landtagspräsidentin das Investitionsprogramm 2014 mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zugesandt.



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

Die KGNW hatte bereits im Vorfeld zu einer entsprechenden Entwurfsfassung des Investitionsprogramms 2014 gegenüber dem MGE-PA Stellung genommen.

Mit dem Investitionsprogramm 2014 sind Ausgabemittel in Höhe von 190 Millionen Euro als Baupauschale veranschlagt. Die Höhe der Ausgabemittel zur pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter beläuft sich wie in den letzten Jahren auf 293 Millionen Euro. Aus Rückforderungen fließen den Ausgabemitteln für die Baupauschale 903.972 Euro und für die kurzfristigen Anlagegüter 663.139 Euro zu.

Mit Blick auf die im Haushalt eingestellten Mittel zur Krankenhausförderung wurde unter anderem auch auf die einzelnen Inhalte der Stellungnahme der KGNW zum Haushaltsplanentwurf 2014 verwiesen. Rein rech-

nerisch besteht gegenüber dem Bedarf eine strukturelle Investitionslücke von jährlich annähernd 700 Millionen Euro. Dies wird weder der gesetzlichen Verpflichtung zur auskömmlichen Krankenhausförderung noch den Mitarbeitern in den Krankenhäusern gerecht.

In der Stellungnahme zum Entwurf eines zweiten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 21.07.2014 wurden insbesondere zum Thema „Krankenhausförderung“ weitergehende Vorschläge für das Gesetzgebungsverfahren gemacht, um die Investitionsfinanzierung als verpflichtende Aufgabe des Landes sachgerechter auszugestalten, damit auch in Zukunft die Krankenhausversorgung in unserem Bundesland qualitativ hochwertig sichergestellt werden kann.

Investitionsbewertungsrelationen (IBR)

Die wesentlichen Grundlagen der Kalkulation sowie die Ergebnisse der Erstkalkulation hat das InEK am 24.02.2014 präsentiert. Neben Teilnehmern der Selbstverwaltungspartner waren ebenfalls Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) anwesend, um die Präsentation der wesentlichen Kalkulationsergebnisse zu verfolgen.

Mit großem Interesse wurde insbesondere vonseiten der Krankenhäuser die Veröffentlichung der sogenannten Bezugsgröße erwartet. Die Bezugsgröße spiegelt die mittleren Investitionskosten pro Fall wider und kann somit einen Anhaltspunkt dafür geben, wie viel Investiti-

onsmittel für ein Krankenhaus, ein Bundesland oder insgesamt in Deutschland vonnöten wären, um den jährlichen Investitionsbedarf zu decken. Die Bezugsgröße basiert dabei auf Kostendaten des Kalkulationszeitraumes von 2006 bis 2012. Die vom InEK veröffentlichte Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall beträgt 286,06 Euro.

Berechnet werden diese mittleren Investitionskosten je Fall auf Basis der Fallmenge, die für die Berechnung der DRG-Fallpauschalen verwendet wurde. Enthalten sind somit vollstationäre Fälle in Haupt- und Belegabteilungen sowie Fälle der unbewerteten DRGs der Anlage 3 a. Nicht

enthalten sind teilstationäre Fälle, rein vorstationäre Fälle und Begleitpersonen.

Legt man diese Fallmengendefinition für das Datenjahr 2012 zugrunde, so gelangt man auf eine Anzahl von DRG-Fällen von bundesweit circa 18 Millionen. Ausgehend von der Annahme eines jeweiligen Steigerungsfaktors der Fallzahl von circa 1,5 % für die Jahre 2013 und 2014, würde dies im Jahr 2014 eine DRG-Fallzahl von circa 18,5 Millionen bedeuten. Multipliziert mit der ausgewiesenen Bezugsgröße je Fall von 286,06 Euro, würde daraus ein bundesweiter Investitionsbedarf von circa 5,3 Milliarden Euro im Jahr 2014 resultieren. (Darin einbezogen sind alle DRG-Fälle, auch die der Universitätskliniken. Unberücksichtigt für das Jahr 2014 sind entsprechende Preissteigerungen im Vergleich zum Kalkulationszeitraum 2006 bis 2012. Ebenfalls noch nicht berücksichtigt ist hierbei der jährliche Investitionsbedarf für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung sowie die Ausbildungsstätten.)

Die seitens der Krankenhäuser seit Langem geforderte notwendige Höhe der Fördermittel findet hiermit eine zusätzliche Bestätigung. Es ergibt sich ein bedarfsnotwendiges Investitionsvolumen für NRW im DRG-Entgeltbereich (Bezugsjahr 2012) in Höhe von 1.208.031.380 Euro (4.223.000 DRG-Fälle x 286,06 Euro; davon entfallen auf den KHG-Fördermittelbereich rund 1,13 Milliarden Euro).

Auf Ebene der Selbstverwaltung erfolgte am 01.04.2014 ein Spitzengespräch zwischen GKV-SV, PKV und DKG, in dem der Katalog der Investitionsbewertungsrelationen durch die Selbstverwaltungspartner in einer gemeinsamen Vereinbarung beschlossen wurde.

Mit der Hoffnung, dass durch eine breite Beteiligung der Krankenhäuser ein solides Fundament für die Entwicklung der neuen Investitionsbewertungsrelationen für 2015 geschaffen werden kann, wurde mit KGNW-Rundschreiben Nr. 251/2014 vom 20.06.2014 um Teilnahme an der Kalkulation geworben.

Mit Schreiben vom 12.06.2014 hat die Geschäftsstelle auf Beschluss des Fachausschusses für Planung und Förderung der KGNW in seiner 134. Sitzung am 03.06.2014 die Krankenhäuser gebeten, beginnend mit dem laufenden Jahr 2014 die Fördermittelbescheide der Geschäftsstelle der KGNW zu übermitteln.

Hintergrund ist, dass das MGEPA bislang geäußert hat, die Einführung von Investitionsbewertungsrelationen prüfen zu wollen. Auch die KGNW hat sich bereits im Zuge der Evaluierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) dafür ausgesprochen, zunächst zu prüfen, ob und gegebenenfalls inwieweit beziehungsweise wann die Einführung von Investitionsbewertungsrelationen möglich ist, und dabei gegebenenfalls auch zu eruieren, ob – wie bei der Einführung der aktuellen pauschalen Fördersystematik – Übergangsbestimmungen zum Ausgleich zu großer Verwerfungen im Vergleich zur jetzigen Investitionsförderung notwendig sind. Um im Hinblick auf etwaige Übergangsregelungen feststellen zu können, ob und, falls ja, in welchem Ausmaß es zu Verwerfungen bei der Bemessung der Fördermittel im Vergleich zur jetzigen Investitionsförderung kommen würde, soll mit den übermittelten Fördermittelbescheiden eine entsprechende Datenbasis geschaffen werden.

Reform der Investitionsfinanzierung

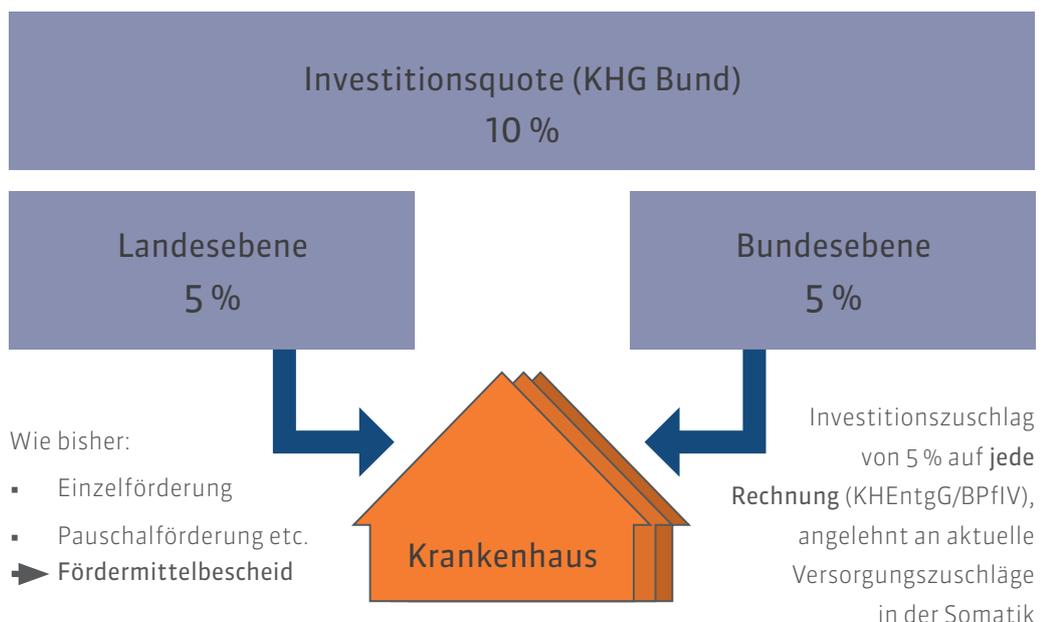
Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD zur 18. Legislaturperiode mit dem Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ kündigt eine Krankenhausreform an, deren Eckpunkte bis Ende 2014 von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet werden sollen. Der Koalitionsvertrag greift die Problematik der unzureichenden Investitionsfinanzierung nicht auf. Auch wird die Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht ausdrücklich mit der Lösung dieser Problematik beauftragt.

Rund 250.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen sich jeden Tag der Verantwortung und versorgen in den 370 nordrhein-westfälischen Krankenhäusern jährlich etwa 4,5 Millionen Patientinnen und Patienten. Die Bevölkerung kann auf die medizinische und pflegerische Qualität und das gut ausgebildete Fachpersonal in den Krankenhäu-

sern vertrauen. Auch in Zukunft wollen die Krankenhäuser die bestmögliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Dafür benötigen sie die Unterstützung der Politik in Bund und Ländern.

Der Investitionsmittelbedarf der Krankenhäuser in NRW beträgt mindestens 1,2 Milliarden Euro jährlich. Der nordrhein-westfälische Haushaltsansatz für die Investitionsfinanzierung lag demgegenüber in den vergangenen Jahren jeweils bei 493 Millionen Euro. Bundesweit beträgt der Investitionsmittelbedarf der Krankenhäuser mindestens 6 Milliarden Euro jährlich, bei aktuellen Haushaltsansätzen in den Ländern von insgesamt rund 2,7 Milliarden Euro.

Die Krankenhäuser verlieren durch die unzureichende Investitionsfinanzierung zuneh-



mend an Substanz. Besonders die Krankenhäuser in NRW leiden seit Jahren unter zu geringen Fördermitteln für Baumaßnahmen und medizinische Geräte.

Es darf nicht so weit kommen, dass Mittel aus den Vergütungen für die Patientenversorgung eingesetzt werden müssen, um zumindest die dringlichsten baulichen Erfordernisse abzudecken und dringend notwendige medizinische Geräte zu erneuern.

Eine angemessene Investitionsfinanzierung muss höchste Priorität haben. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erwarten, dass das Land NRW seinen Einfluss in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe geltend macht.

Um das Thema „Investitionsfinanzierung“ auf die politische Tagesordnung auf Bundes- und Länderebene zu bringen und weiter voranzutreiben, hat die KGNW einen konkre-

ten Vorschlag zur Reform der Investitionsfinanzierung erarbeitet und in die politische Diskussion auf Bundes- und Landesebene eingebracht.

Unter Beibehaltung des Letztentscheidungsrechts der Länder in der Krankenhausplanung sieht dieser Vorschlag eine Beseitigung der chronischen Investitionsunterfinanzierung durch einen gemeinsamen Kraftakt über eine im Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes (KHG Bund) gesetzlich verankerte Investitionsquote vor. Die Beteiligung des Bundes neben den Ländern soll in Form einer pauschalen Finanzierung direkt und unbürokratisch an die Krankenhäuser fließen. Den Ländern soll es für die von ihnen bereitgestellten Haushaltsmittel weiterhin freistehen, über den Verteilungsmechanismus (zum Beispiel Baupauschale) zu entscheiden. Die Finanzierungsregeln der Länder bleiben unangetastet.

Gesetzentwurf zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes

Mit Datum vom 25.03.2014 hat die Landesregierung dem Landtag den Gesetzentwurf eines zweiten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen zugeleitet.

Ursprüngliches Ziel des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11.12.2007 war es, den im damaligen Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen angelegten engen Handlungsspielraum der nordrhein-westfäli-

schen Krankenhäuser zu erweitern. Bürokratische Hemmnisse sollten abgebaut werden. Die nordrhein-westfälische Krankenhaushaushaltslandschaft sollte nicht mehr detailreich geregelt, sondern so gestaltet werden, dass die Krankenhäuser weitestgehend eigenständig handeln können.

Die seinerzeitige Gesetzesnovellierung folgte dem Motto: Der Krankenhausträger vor Ort kann am besten abschätzen, welche Organisationsabläufe und -strukturen für

seinen Krankenhausbetrieb am sinnvollsten sind. Hierzu benötigt er keine gesetzlichen Vorgaben.

Insgesamt hatte das Land seinerzeit durch die Straffung und Streichung einer Vielzahl alter Regelungen mit wichtigen Schritten zur Entbürokratisierung im Krankenhausbereich begonnen.

In einer Kehrtwende wird dieser richtige Weg mit dem Gesetzentwurf eines zweiten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen nun ohne ersichtlichen Anlass verlassen.

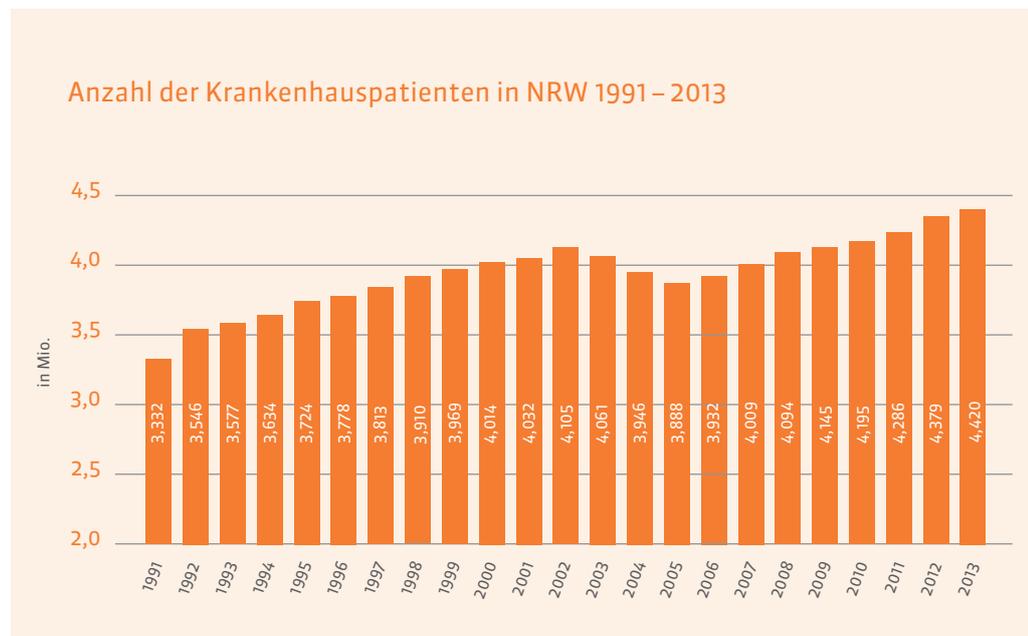
Das ursprüngliche KHGG NRW aus dem Jahr 2007 war unter anderem von grundsätzlichem Vertrauen in die Arbeit der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser gekennzeich-

net. Der aktuelle Gesetzentwurf ist nunmehr von grundsätzlichem Misstrauen geprägt.

Bei 12 von 21 Nummern des Gesetzentwurfs werden zusätzliche bürokratische Anforderungen und Lasten, die teilweise sogar noch über die im Jahr 2007 bereits abgeschafften Vorgaben hinausgehen, normiert, ohne dass dem ein Nutzen erkennbar gegenübersteht.

Nach der ersten Lesung des Gesetzentwurfes im Plenum des Landtags am 09.04.2014 wurde der Gesetzentwurf federführend an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags überwiesen. Am 27.08.2014 hat der Ausschuss eine öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf durchgeführt.

Im Vorfeld der Anhörung hat die KGNW der Landtagspräsidentin am 21.07.2014 eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf übersandt.



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2013

Die Stellungnahme beinhaltet neben einer Einzelkommentierung der geplanten Neuregelungen auch eine Reihe von Änderungsvorschlägen. Vorangestellt sind der Stellungnahme Kernaspekte, die bereits die grundsätzlichen Kritikpunkte der KGNW widerspiegeln:

- Kehrtwende beim Bürokratieabbau beseitigen,
- Widersprüche zwischen Bundes- und Landesregelungen beseitigen,
- Chronische Investitionsunterfinanzierung durch gemeinsamen Kraftakt beseitigen.

Ausgleichsfonds

Verhandlungen zum Ausgleichsfonds 2015

Gemäß der Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sowie Festlegung des Ausbildungszuschlags für Ausbildungsstätten der in § 2 Nummer 1 a KHG genannten Berufe (Vereinbarung nach § 17 a Absatz 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 2015 abgeschlossen.

Die Krankenhäuser in NRW sind mit Schreiben vom 01.07.2014 gebeten worden, die erforderlichen Daten – entsprechend dem Prozedere in den vergangenen Jahren – zur Verfügung zu stellen.

Für das gesamte Zahlenmaterial ist eine Übersicht – entsprechend der bereits in den Vorjahren zwischen den Vertragspartnern erfolgten Abstimmung – erstellt und vereinbarungskonform an die Verbände der Kostenträger übersandt worden.

Derzeit wird hierauf basierend zwischen den Verbänden der Kostenträger und der KGNW einvernehmlich eine Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2015 nach § 17 a Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 KHG in Verbin-

dung mit der Vereinbarung vom 20.12.2007 zu § 17 a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 bis 3 KHG getroffen.

Weiterhin wird die Liste der einzubeziehenden Krankenhäuser für die Umsetzung des Ausgleichsfonds im Jahr 2015 ebenfalls wieder mit dem MGEPA abgestimmt.

Ausgleichsverfahren für das Wirtschaftsjahr 2013

Für das Ausgleichsjahr 2013 ist es – aufgrund der sich ändernden Liquiditätssituation des Fonds – möglich, den Ausgleich mit den Krankenhäusern vollständig durchzuführen und zum 31.12.2014 das Jahr 2013 ausgleichstechnisch abzuwickeln. Die Krankenhäuser sind mit Schreiben vom 11.11.2014 über das Verfahren informiert worden.

Sobald die Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2015 geschlossen und der zuständigen Landesbehörde gemäß § 17 a Absatz 8 Satz 2 KHG zur Genehmigung vorgelegt wurde, erhalten alle Krankenhäuser per Einschreiben eine Information über die jeweilige Höhe der zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen an den Ausgleichsfonds beziehungsweise bei ausbildenden Krankenhäusern über die jeweilige Höhe der monatlichen Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds.

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

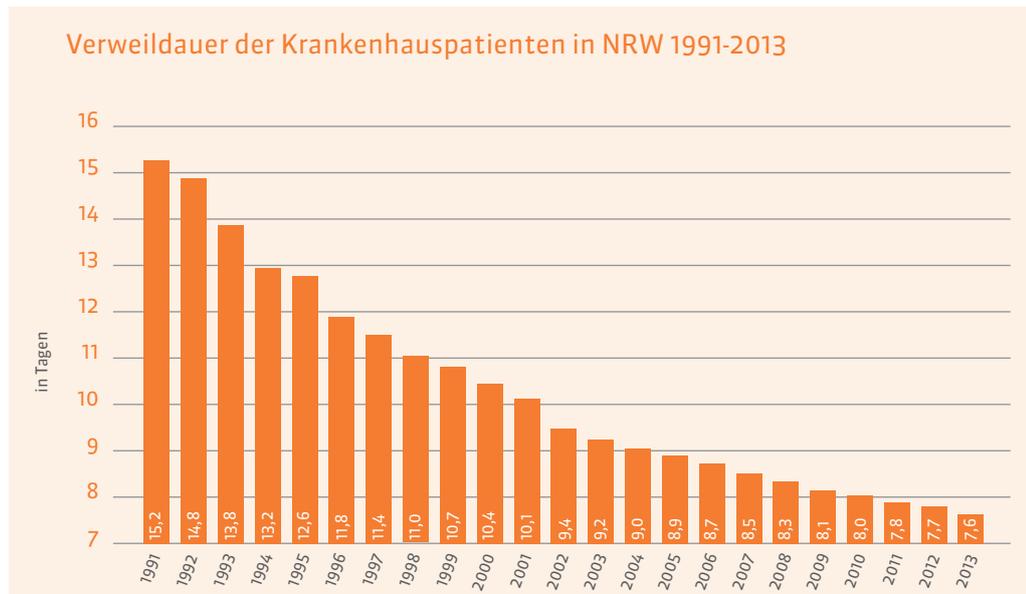
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL)

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte es sich für 2014 zur Aufgabe gemacht, die drei bestehenden sektorenspezifischen Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zu harmonisieren und in einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden QM-Richtlinie zusammenzufassen. Die Diskussion über eine gemeinsame, sektorenübergreifende Richtlinie ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Eine Reihe von Themen wird kontrovers diskutiert. Insbesondere die Frage der Dokumentation und der notwendigen QM-Nachweise ist noch offen. Auch über die grundsätzliche Frage, ob in der Richtlinie ganz konkret der Einsatz bestimmter QM-

Instrumente gefordert werden soll oder ob nur bestimmte Themenfelder beschrieben werden, die das Qualitätsmanagement zu bearbeiten hätte, wird noch kontrovers diskutiert.

Die KGNW hat die DKG in diesem Diskussionsprozess begleitet und empfohlen, möglichst schon vorhandene QM-Nachweise wie Zertifikate für den Nachweis zu nutzen. Außerdem unterstützt die KGNW eher eine Formulierung von zu bearbeitenden Themenfeldern für QM und steht einem Vorschreiben von konkreten QM-Instrumenten in der sektorenübergreifenden QM-Richtlinie sehr kritisch gegenüber.



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2013

DKG-Positionen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Die DKG hat unter aktiver Beteiligung der KGNW in zentralen Fragen ihre bisherigen Positionen zu Qualitätssicherung und Patientensicherheit weiterentwickelt. In einigen Fragen, zu denen bislang keine expliziten Positionen vorlagen, wurden diese neu entwickelt. Das Papier enthält Positionen zur Transparenz von Informationen zur Behandlungsqualität, aber auch zur Nutzung von administrativen Routinedaten in der Qualitätssicherung, Strukturqualitätsanforderungen, Bewertung der Kosten von G-BA-Beschlüssen zur Strukturqualität, Qualitätssicherung mit Registern, Peer-Review-Verfahren und Vergabe von Forschungsaufträgen durch den G-BA zu zentralen Fragen der Versorgungs-

qualität und -sicherheit. Aber auch weitere Themen wie Qualitätskriterien in der Landeskrankenhausplanung, Mindestmengen, Patientenbefragungen, zertifizierte Zentren, Patientensicherheit/klinisches Risikomanagement/Prozesssicherheit, Sektorenübergang/Entlassmanagement, Umgang mit ethischen Fragestellungen, Obduktionen als Teil der Qualitätssicherung und zusätzliche Aspekte zur Strukturqualität (MDK-Prüfungen, Vergütungsabschlüsse) wurden bearbeitet. Die DKG-Positionen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit wurden am 09.05.2014 im Rahmen eines Krankenhaus-Qualitätstags in Berlin vorgestellt.

Externe stationäre Qualitätssicherung

Die externe stationäre Qualitätssicherung erfasst Qualitätsdaten für insgesamt 30 Leistungsbereiche, angefangen von der ambulant erworbenen und im Krankenhaus behandelten Pneumonie bis zur Geburtshilfe und Versorgung Frühgeborener. Bundesweit wurden circa 3,15 Millionen Datensätze zu 434 Qualitätskennzahlen erhoben, davon über 700.000 in Nordrhein-Westfalen. Sie bilden die Basis eines umfassenden Qualitäts-

vergleichs, der auch international einzigartig ist. Die QS-Arbeitsgruppen führen mit den Krankenhäusern einen intensiven strukturierten Dialog, um aus auffälligen Ergebnissen zu lernen. Auf der 12. Ergebniskonferenz am 01.10.2014 in Münster wurden die aktuellen Ergebnisse vorgestellt und diskutiert (siehe den gesonderten Abschnitt dazu, Seite 36/37).

Datenerfassung (Verfahrensjahr 2013)

An dem externen stationären Qualitätssicherungsverfahren gemäß § 137 SGB V haben sich für das Verfahrensjahr 2012 insgesamt 371 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen

beteiligt. Von diesen wurden in den 20 auf Landesebene betreuten indirekten Leistungsbereichen 704.500 Datensätze (2012: 951.708; -26 %) für die Berechnung der

Qualitätsindikatoren mit zusammen 287 Qualitätskennzahlen nach einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert. Auf dieser Datenbasis wurden von der Geschäftsstelle QS-NRW 4.199 Klinikauswertungen

elektronisch an die Kliniken versandt. In den 10 auf Bundesebene betreuten direkten Leistungsbereichen kommt noch einmal eine größere Anzahl von Datensätzen für 147 Qualitätskennzahlen hinzu.

Datenvalidierung (Verfahrensjahr 2013)

Im Rahmen der Datenvalidierung in den Leistungsbereichen „Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel“, „Karotis-Revaskularisation“ und „Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation“ wurden in zufällig ausgewählten Krankenhäusern Datensätze aus den Patientenakten erneut erfasst und mit der ursprünglichen QS-Dokumentation verglichen. Es wurden keine systemati-

schon Falschdokumentationen festgestellt. Bereits zum dritten Mal wurde im Rahmen des Strukturierten Dialogs auch nach den Ursachen von „Über- und Unterdokumentation“ gefragt, das heißt, welche Gründe dazu führen, dass mehr oder weniger Datensätze dokumentiert wurden, als in der Sollstatistik dargelegt.

Strukturierter Dialog (Verfahrensjahr 2012)

In 4.309 Fällen (2011: 4.110) wurde in NRW aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten der „Strukturierte Dialog“ eingeleitet. Dabei wurden 1.519 Hinweise versandt und 2.790 Stellungnahmen angefordert. Es zeigte sich erneut, dass die Kliniken die Qualität der Leistungserbringung kontinuierlich verbesser-

ten haben. Im Rahmen des „Strukturierten Dialoges“ werden Krankenhäuser auf Auffälligkeiten hingewiesen, zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, in 64 Fällen wurden ergänzend Klinikgespräche geführt und bei Verbesserungsbedarf Zielvereinbarungen (insgesamt 492) geschlossen.

Abschlussbericht über den Strukturierten Dialog zum Verfahrensjahr 2012

Von der Geschäftsstelle QS-NRW wurde ein Bericht über die Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen für das Verfahrensjahr 2012 in der vorgegebenen bundeseinheitlichen Form erstellt und an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesandt. Der Bericht

enthält unter anderem auch Detailanalysen zu 15 Qualitätsindikatoren mit besonderem Analysebedarf aus Sicht der Bundesebene. Der Bericht der Geschäftsstelle QS NRW an den G-BA wurde auf Beschluss des Lenkungsausschusses QS NRW, wie schon im Vorjahr, im Internet veröffentlicht.

Qualitätsinitiative NRW 2.0

Die Qualitätsinitiative NRW 1.0 hatte durch Setzen von Themenschwerpunkten mit konkreten Zielen konkreter Qualitätsverbesserungsmaßnahmen den Strukturierten Dialog sehr viel stärker auf bestimmte Indikatoren mit Verbesserungspotenzial fokussiert. Als Erfolg konnten fast durchweg Verbesserungen in den Ergebnissen der Qualitätssicherung

erreicht werden. Deshalb hatten sich der Lenkungsausschuss und die medizinischen Arbeitsgruppen für eine Neuauflage ausgesprochen. Für die Verfahrensjahre 2012 bis 2014 haben deshalb die Arbeitsgruppen, die AG QS-NRW und der Lenkungsausschuss QS-NRW weitere Indikatoren für die „Qualitätsinitiative NRW 2.0“ ausgewählt.

Forschungs- und Entwicklungsauftrag zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs

Das ursprünglich vom GKV-Spitzenverband initiierte Projekt zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs konnte nach einigen Startschwierigkeiten Ende 2014 mit einer landesbezogenen Finanzierung gestartet werden. Das erste Projektziel heißt: Komplexität des Strukturierten Dialogs reduzieren (Schlagwort: „Weniger, aber intensiver“). Das zweite Projektziel lautet: Beschleunigung des Strukturierten Dialogs (Schlagwort: „Schneller erkennen, ob einer rechnerischen Auffälligkeit ein Qualitätsmangel zugrunde liegt“). Dazu soll der Strukturierte Dialog flexibilisiert, die

Betrachtung der Indikatoren nach Typ differenziert und die Dokumentationsqualität unmittelbar validiert werden. Drittes Projektziel ist eine Intensivierung der Analyse rechnerischer Auffälligkeiten vor dem Einstieg in den Strukturierten Dialog. Wichtige Nebenziele sind, dass auch durch das neue Vorgehen alle teilnehmenden Krankenhäuser gleichbehandelt werden und es möglichst zu einer deutlichen Reduzierung des bürokratischen Aufwands des Strukturierten Dialogs kommt. Das übergeordnete Ziel kann man mit dem Schlagwort „Schneller besser“ zusammenfassen.

12. Ergebniskonferenz QS-NRW am 01.10.2014 in Münster

Die 12. Ergebniskonferenz QS-NRW am 01.10.2014 in Münster wurde von 175 Teilnehmern aus Krankenhäusern, Selbstverwaltung und Politik besucht.

Der Eröffnung am Vormittag stand im Zeichen des Themas „Qualität: wirksam und fair“, das von Herrn Blum aus dem Blickwinkel der Kran-

kenhäuser und von Herrn Bornes aus dem der Patienten beleuchtet wurde. Herr Prof. Schrappe aus Köln spannte dann einen Bogen zu Perspektiven für eine wirksame und faire Qualitätssicherung. Dem schlossen sich zwei Plenarvorträge, „Systematische Outcome-Analyse zur Qualitätssicherung“ von Herrn Prof. Huland aus Hamburg und „Von Daten zu

Informationen zu Entscheidungen ...“ von Herrn Prof. Becker aus Rösrath, an. Am Nachmittag wurden in Workshops die Ergebnisse des Verfahrensjahrs 2013 und aktuelle Entwicklungen

in den vier Themenfeldern „Kardiologie“, „Ambulant erworbene Pneumonie“, „Gynäkologie, Geburtshilfe und Neonatologie“ und „Chirurgie und Orthopädie“ intensiv diskutiert.

Sonderexport für die Erprobung der Follow-up-Verfahren

Zum dritten Mal wurden im Erfassungsjahr 2013, diesmal in vier statt bisher sechs Leistungsbereichen Patientenidentifikations-Daten (PID) erhoben. Diese wurden ab dem 01.04.2014 mit einem überarbeiteten XML-Verfahren übermittelt. Betroffen sind die Leistungsbereiche „Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“, „Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel“, „Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation“ und „Knie-Endoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel“. Die Leistungsbereiche „Geburts-

hilfe“ und „Neonatologie“ waren entfallen, da derzeit kein zuverlässiges Verfahren zur Verfügung steht, Datensätze aus diesen beiden Leistungsbereichen fallbezogen zu verknüpfen. Die Daten der genannten vier Leistungsbereiche wurden zunächst von der Vertrauensstelle des G-BA nach § 299 SGB V pseudonymisiert und an die Bundesauswertungsstelle beim Institut gemäß § 137 a SGB V (AQUA-Institut) weitergegeben. Das AQUA-Institut hat hierzu einen aktuellen Bericht vorgelegt.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

G-BA-Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-Richtlinie)

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, sektorenübergreifend die Qualität der Leistungserbringer zu überprüfen (vgl. Begründung zum GKV-WSG). Im Jahr 2010 hatte der G-BA die Richtlinie „Richtlinie gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V“ (Qesü-RL) verabschiedet.

Landesarbeitsgemeinschaft Qesü für Nordrhein-Westfalen:

In Nordrhein-Westfalen haben Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaft im ersten Quartal 2012 die Gespräche zur Bildung einer Landesarbeitsgemeinschaft für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung weitgehend zum Abschluss gebracht. Seitdem wurden schrittweise aus Sicht einzelner Vertragspartner noch bestehende Hürden für einen Vertragsabschluss aus dem Weg geräumt. Bis zum Start der ersten Routineverfahren voraussichtlich ab 01.01.2016 bedarf es noch einer Finanzierungsvereinbarung und der Beauftragung der Geschäftsstelle.

QR-Check: Qualitätssicherung mit Routinedaten

Im Berichtszeitraum 2014 hat die KGNW das Projekt „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 und in Westfalen-Lippe stellen ihren Mitgliedshäusern Auswertungen der QR-Check-Indikatoren zur Verfügung, die die Krankenhäuser für das interne Qualitätsmanagement und die Qualitätsdiskussionen mit den Krankenkassen,

insbesondere im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen, nutzen können.

Bis Ende 2014 wurden die im QR-Check enthaltenen Indikatoren des GIQI-Indikatorensetzes der Version 3.1 auf die aktuelle Version 4.0 umgestellt und um die in der Version 4.0 neu aufgenommenen Indikatoren ergänzt. Die Integration von zehn AHRQ-Patientensicherheitsindikatoren befindet sich noch in der Testphase und soll Anfang 2015 für alle beteiligten Krankenhäuser probeweise verfügbar sein.

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V

Im Jahr 2014 sind die Krankenhäuser verpflichtet, bis spätestens zum 15.12.2014 einen strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V für das Jahr 2013 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu erstellen und diesen als XML-Dokument bei der Datenannahmestelle der Krankenkassen abzugeben.

Der G-BA hat die Anforderungen zur Erstellung des strukturierten Qualitätsberichtes für 2013 im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert. Hinzugekommen sind nur Angaben zu den Zielvereinbarungen mit den leitenden Ärzten.

Die von der DKG eingesetzte Arbeitsgruppe „Strukturierter Qualitätsbericht“, in der die KGNW mit drei Mitglieder vertreten ist, hat für die Beratungen zu den Anforderungen zur Erstellung des strukturierten Qualitäts-

berichtes für 2014 Verbesserungsvorschläge erarbeitet, die von der DKG in die Beratungen des G-BA eingebracht wurden. Die Anforderungen zur Erstellung des strukturierten Qualitätsberichtes für 2014 stehen kurz vor der endgültigen Beschlussfassung im G-BA. Für den Qualitätsbericht 2014 sind dabei derzeit nur drei zusätzliche Ausfülllisten zum Risikomanagement sowie zum einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen vorgesehen.

Betreuung bei Fragen zur Erstellung des strukturierten Qualitätsberichtes

Die KGNW hat mit Rundschreiben über Zeitplan und Fristen sowie über die wesentlichen Änderungen bei der Erstellung des strukturierten Qualitätsberichts informiert. Krankenhäuser haben die Möglichkeit, den strukturierten Qualitätsbericht mit dem Onlineerfassungstool „Internet Portal Qua-

litätsbericht“ (IPQ) der Deutschen Krankenhaus Trustcenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) kostenlos zu erstellen. Die Daten können von mehreren Personen dezentral bearbeitet werden. 263 Krankenhäuser in NRW nutzen dieses Tool. Die KGNW unterstützt die Krankenhäuser in NRW bei der Erstellung der Qualitätsberichte durch telefonische und elektronische Beratung bis zum letzten Abgabetermin am 15.12.2014.

Deutsches Krankenhausverzeichnis: Aktualisierung der Daten zu Struktur und Leistungsspektrum

Auch im Jahr 2014 hatten die Krankenhäuser die Möglichkeit, aktuelle Leistungsdaten und Änderungen in der personellen und organisatorischen Struktur ihres Hauses in das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis ([www.](http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de)

[deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de](http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de)) einzupflegen. Auch hier hat die KGNW ihre Mitglieder durch telefonische und elektronische Beratung unterstützt.

Onkologische Qualitätssicherung

Verfahren zur Direktmeldung an das Epidemiologische Krebsregister NRW

Wichtige Voraussetzungen für Direktmeldungen der Krankenhäuser sind geschaffen und eine an dem Meldeaufwand orientierte, abgestufte Meldevergütung für die Krankenhäuser pro gemeldete onkologische Neuerkrankung ist bereits im Jahr 2013 vereinbart worden.

Wichtige Änderungen in diesem Bereich ergaben sich durch ein Änderungsgesetz zum Krebsregistergesetz, das mit seiner Veröffentlichung am 23.11.2013 in Kraft getreten ist. Neben Neuregelungen, die den Daten-

austausch zwischen dem Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) und den Krebsregistern betreffen, sind auch Präzisierungen zur registerübergreifenden Datennutzung vorgenommen worden. Der Abgleich von Sterbedaten mit den Standesämtern soll ebenso verbessert werden wie die Mortalitätsstatistik durch dauerhafte Speicherung dieser Daten (§ 5). Es werden zudem neue Regelungen zum registerübergreifenden Datenabgleich (§ 11) und zum Abgleich mit Daten aus Früherkennungsmaßnahmen (§ 10 a) geschaffen, außerdem wird unter anderem die Übermittlung der lebenslangen Krankenversicherungsnummer in pseudonymisierter Form zur Verbesse-

zung der Zuordnung mehrerer Meldungen zu einem Patienten festgelegt (§ 3).

Seit dem Wegfall der Möglichkeit zur indirekten Meldung an das EKR über die onkologische Qualitätssicherung waren alternative Verfahren für Direktmeldungen von den meldepflichtigen Einrichtungen an das EKR entwickelt und erprobt worden. Die Implementierung dieser Verfahren ist inzwischen auch im Landesteil Nordrhein weitgehend abgeschlossen. Insgesamt sind 1.527 Meldestellen in 369 Krankenhäusern registriert. Zusammen mit den pathologischen Instituten und Arztpraxen haben sie mit noch einmal deutlich gestiegenen Meldeeingängen wesentlich zu der jetzt weitgehend vollzähligen und flächendeckenden Erfassung inzidenter Krebsneuerkrankungen in Nordrhein-Westfalen beigetragen.

Klinisches Krebsregister NRW: Konzept 2.0 am 31.01.2014 an MGEPA übergeben

In dem am 09.04.2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) ist die Verpflichtung zur Schaffung einer landesrechtlichen Rechtsgrundlage (Landesgesetz Klinisches Krebsregister) enthalten. Die KGNW hatte an der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Krebsgesellschaft NRW mitgearbeitet und am 31.01.2014 gemeinsam mit der Krebsgesellschaft NRW sowie Vertretern der Ärztekammern, Krankenkassen und Patientenverbände dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) ein Umsetzungskonzept für ein klinisches Krebsregister NRW überreicht. Das Konzept berücksichtigt die zentralen Forde-

rungen der KGNW für ein klinisches Krebsregister in NRW.

Landeskrebsregister NRW: epidemiologisches Krebsregister und klinisches Krebsregister unter dem Dach der EKR gGmbH

Teil dieses Konzepts 2.0 war der Vorschlag, die erfolgreiche Zusammenarbeit in der von der Selbstverwaltung und der Krebsgesellschaft NRW gemeinsam getragenen Epidemiologisches Krebsregister NRW gemeinnützige GmbH (EKR NRW gGmbH) fortzuführen und auf das klinische Krebsregister NRW zu übertragen. Beide Register sollten demnach unter einem Dach geführt werden.

Das MGEPA war in Vorbereitung der gesetzlichen Grundlage kurzfristig mit dem Anliegen an die Gesellschafter herangetreten, ihre Gesellschaftsanteile auf das Land NRW zu übertragen. Hierzu hatte es am 21.05.2014 eine Sitzung einberufen, zu der die jeweiligen Spitzen der Gesellschafter eingeladen waren. Das Ministerium hatte dort vorgeschlagen, dass die Gesellschafter ihre Anteile auf das Land übertragen und dieses somit alleiniger Gesellschafter wird. Andernfalls, so wurde in Aussicht gestellt, sei das Land gezwungen, im Zuge des neuen Landeskrebsregistergesetzes die Gründung eines neuen Landesinstituts oder einer neuen, vom Land getragenen GmbH vorzusehen, der dann auch die Aufgaben der jetzigen EKR NRW gGmbH übertragen würden. Begründet wurde dieser Vorstoß mit Hinweisen auf die im KFRG sowie in den Förderkriterien des GKV-SV und der Deutschen Krebshilfe geforderte

Unabhängigkeit der klinischen Krebsregister. Am 06.06.2014 hat die Gesellschafterversammlung entsprechend beschlossen, dass die Gesellschafter jeweils ihren Gesellschaftsanteil auf das Land übertragen. Der Beschluss basiert auf der Zusage des Landes, dass die bisherigen fachlichen Einwirkungs- und Mitsteuerungsmöglichkeiten der Gesellschafter nach der Übertragung erhalten bleiben. Dies wurde am 11.06.2014 konkretisiert, als in einer gemeinsamen Sitzung auf der Basis eines Ausschnitts aus dem neuen Gesetzentwurf über die Ausgestaltung der Einwirkungs- und Mitsteuerungsgründe beraten wurde. Die KGNW-Geschäftsstelle hatte hierzu in Abstimmung mit dem Präsidenten der KGNW gesellschaftsrechtlichen Sachverstand hinzugezogen und mit Unterstützung der leistungserbringenseitigen Gesellschafter und der Krebsgesellschaft NRW zwei Vorschläge in die Diskussion eingebracht. Im Ergebnis wurde konsentiert, dass einem im Gesetz verankerten Beirat folgende bisherige Aufgaben des Aufsichtsrats übertragen werden sollen:

1. Stellungnahme zur (bisher: Prüfung der) von der Geschäftsführung jährlich vorzulegenden Projekt-, Investitions- und Personalplanung
2. Stellungnahme zum jährlichen Wirtschaftsplan (bisher: Prüfung des jährlichen Wirtschaftsplans) der GmbH
3. Empfehlung zum (bisher: Beschlussfassung über das) Ergebnis der Prüfung des Jahresabschlusses durch den Abschlussprüfer beziehungsweise Abschlussprüferin zur Vorlage bei der Gesellschafterversammlung sowie über den Lagebericht

Der Vorstand der KGNW hat in seiner Sitzung am 01.07.2014 der unentgeltlichen Übertragung der Gesellschafteranteile der KGNW an der Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH, Münster, auf das Land Nordrhein-Westfalen zugestimmt.

Beratungen zum Entwurf des Landeskrebsregistergesetzes NRW (LKR NRW)

In Beratungen am 21.05.2014, 11.06.2014 und 28.07.2014 hatte das MGEPA Entwurfsfassungen eines neuen Landeskrebsregistergesetzes für NRW mit den bisherigen Gesellschaftern der EKR NRW gGmbH beraten. Die Krebsgesellschaft NRW, die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe hatten im Zuge dieser Beratungen zusammen mit der KGNW eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Die Ergebnisse wurden in einer noch unvollständigen Entwurfsfassung mit dem Datum 31.07.2014 zusammengefasst. Der für September 2014 in Aussicht gestellte Referentenentwurf (Kabinettsvorlage) lag zum Zeitpunkt der Berichterstellung (01.12.2014) noch nicht vor.

8. Krankenhaus-Qualitätstag NRW am 25.06.2014 in Herne



Dr. Bernd Metzinger von der Deutschen Krankenhausgesellschaft referierte auf dem Krankenhaus-Qualitätstag 2014 in Herne über die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit aus der Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Patientensicherheit, Risikomanagement, die neue Qualitätsmanagementrichtlinie für Krankenhäuser und Instrumente zur Qualitätssteuerung waren die Hauptthemen des mit mehr als 100 Teilnehmern gut besuchten 8. Krankenhaus-Qualitätstages am 25.06.2014 im St. Anna Hospital in Herne.

Im Eröffnungsvortrag ging Herr Prof. Matthias Schrappe der Frage nach, wie qualitätsorientierte Vergütung (Pay for Performance, P4P) sinnvoll eingesetzt werden könnte. P4P dürfe nicht zur Korrektur von Fehlanreizen und Konstruktionsfehlern des DRG-Systems missbraucht werden. Es sollten eher Zuschläge für gute Leistung und keine Abschläge für Schlechtleistungen erfolgen werden. Prädestiniert für P4P seien weniger die einfachen, planbaren Leistungen, sondern eher echte Erfolge bei der Behandlung chronischer Krankheiten. Außerdem dürften Qualitätszuschläge nicht zu lange für bestimmte Leistungen

gezahlt werden, da die Zuschläge sonst sehr strategiefähig seien. Im Anschluss stellte Herr Dr. Bernd Metzinger die neuen Positionen der DKG zu Qualitätssicherung und Patientensicherheit vor. Die Krankenhäuser in Deutschland stellten sich hiermit an die Spitze der Bewegung, die Qualität zum wichtigsten Maßstab für die Sicherung und Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitsversorgungssystems zu machen. Dazu gehörten beispielsweise ein uneingeschränktes „Ja“ der DKG zur Transparenz der Behandlungsqualität, die stärkere Nutzung von Routinedaten in der Qualitätssicherung und der Einsatz von OP-Checklisten.

CIRS-NRW: landesweites sektorenübergreifendes Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse

Das im Jahr 2012 von den Projektpartnern KGNW, Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe gestartete Projekt CIRS-NRW ist das erste landesweite einrichtungs- und sektorenübergreifende, internetbasierte Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Gesundheitsversorgung, das von allen großen Verbänden der Leistungserbringer getragen wird.

Durch die Beteiligung an CIRS-NRW erfüllen Krankenhäuser die in der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie für Krankenhäuser (KQM-RL) festgeschriebenen Anforderungen zur Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen. Aus diesem Grunde hat der Vorstand der KGNW in seiner 226. Sitzung am 25.09.2014 beschlossen, allen Mitgliedskrankenhäusern die aktive Beteiligung an CIRS-NRW zu empfehlen.

Auf www.cirs-nrw.de haben alle Professionen der Gesundheitsversorgung in NRW die Möglichkeit, kritische Ereignisse bei der Behandlung von Patienten zu berichten. Zurzeit sind mehr als 400 Berichte eingestellt und bewertet. Zu Beginn des Jahres wurde die Homepage von CIRS-NRW inhaltlich völlig überarbeitet und optisch ansprechender gestaltet.

Die aus Vertretern der CIRS-NRW-Partner und Qualitäts- beziehungsweise Risikomanagern aus Krankenhäusern und Praxen gebildete „CIRS-Gruppe NRW“ wählte aus den bei CIRS-NRW eingegangenen Meldungen besonders

lehrreiche Fälle aus. Vier Berichte des Quartals wurden in den Verbandspublikationen der CIRS-NRW-Partner vorgestellt.

Preis für Patientensicherheit des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit: 2. Platz für CIRS-NRW

Auf dem Gemeinsamen Kongress für Patientensicherheit am 03. und 04.04.2014 in Hamburg war CIRS-NRW mit Vorträgen und einer Posterpräsentation vertreten. Zudem hatte sich CIRS-NRW für den erstmals vergebenen Preis für Patientensicherheit des Aktionsbündnisses Patientensicherheit beworben und unter mehr als 70 Projekten den 2. Platz belegt.

CIRS-Gipfel NRW 19.11.2014 in Dortmund

Der diesjährige CIRS-Gipfel NRW fand am 19.11.2014 in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Dortmund statt. Vor 200 Teilnehmern präsentierte Herr Prof. Dieter Conen, Präsident der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, und Frau Prof. Tanja Manser, die neue Leiterin des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn, ihre gemeinsamen Überlegungen zur effektiven Nutzung des CIRS-Potenzials: Beteiligung und Lernen gezielt fördern. Aus den Nachmittags-Workshops konnten die Teilnehmer zahlreiche Tipps und Anregungen zum Aufbau einer Sicherheitskultur und zum erfolgreichen Betreiben eines Fehlermeldesystems in ihren Einrichtungen mit nach Hause nehmen.

IT und Medizintechnik im Krankenhaus – Telematik und Telemedizin

IT-Kommission der KGNW wird zur „Kommission Informations- und Medizintechnik im Krankenhaus“

Die Kommission Informations- und Medizintechnik arbeitet nach der inhaltlichen und personellen Neuausrichtung, die sich aus der zunehmenden Verzahnung der Themenfelder Informationstechnik und Medizintechnik ergeben hatte, mittlerweile interdisziplinär in beiden Bereichen. Vier Vertreter der Medizintechnik aus unterschiedlichen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen wurden in die Kommission berufen und erweitern damit den fachlichen Hintergrund der Kommission in allen die Informations- und Medizintechnik betreffenden Themen.

Für das Jahr 2015 bereitet sie zudem nach dem Vorbild der Krankenhaus-Qualitätstage und Krankenhaus-Umwelttage eine Fachtagung „Praxisdialog Informations- und Medizintechnik im Krankenhaus 2015“ vor, die am 13.01.2015 in Dortmund stattfinden soll.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK): Online-Rollout Stufe 1 (ORS1)

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ist ein mehrjähriger, fortlaufender Prozess. Nach Kasseninformationen sind zwischenzeitlich etwa 98 % der GKV-Versicherten mit einer eGK ausgestattet worden.

Die eGK ist damit flächendeckend verbreitet. Neben der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291 a SGB V wird die bundesweite Etablierung einer interoperablen und kompatiblen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur, der sogenannten Telematikinfrastruktur nach § 291 a Absatz 7 Satz 1 SGB V vorangetrieben.

Die Gematik GmbH hatte 2013 über eine in drei Lose gegliederte Ausschreibung die Erprobung der ersten Stufe der Telematikinfrastruktur (Online-Rollout Stufe 1 [ORS1]) und zusätzlich eine parallele Evaluation vergeben. Voraussichtlich ab dem dritten Quartal 2015 werden im Rahmen des ORS1 die folgenden Anwendungen erprobt: Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), qualifizierte elektronische Signatur (QES) und sichere elektronische Kommunikation der Leistungserbringer (KOMLE). Die Einführung der einzelnen Fachanwendungen im Gesamtkontext der Einführung der eGK und der TI erfolgt dabei schrittweise in mehreren Stufen. Insgesamt werden 1.000 Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapiepraxen sowie zehn Krankenhäuser in die Erprobung einbezogen. Daran beteiligen sich in der Testregion Nordwest (Schleswig-Holstein, NRW, Rheinland-Pfalz) neben den Zahnarzt- und Psychotherapiepraxen fünf Krankenhäuser, darunter ein Universitätsklinikum.

Die Gruppe der an der Erprobung teilnehmenden Krankenhäuser war zum Zeitpunkt dieses Berichts (01.12.2014) noch nicht abschließend festgelegt. Seitens des beauftragten Konsortiums, bestehend aus einer Bietergemeinschaft, werden die noch fehlenden Testkrankenhäuser festgelegt. Eine Empfehlung der Krankenseite hierzu liegt vor. Da die Zuweisung und die Benennungsherstellung aufgrund der unterschiedlichen Bewertung von Lage und Größe der Kliniken sowie der Anzahl ihrer möglichen Netzwerkpartner noch nicht abgeschlossen sind, können hier noch Änderungen bis zur abschließenden Vereinbarung der fünf Erprobungskrankenhäuser auftreten.

Gleichwohl unterstützt die KGNW die Kassenzentrale Westfalen-Lippe bei der Ermittlung von einweisenden Ärzten zu den Erprobungskrankenhäusern. Damit sollen Cluster gebildet werden, in denen ein sinnvoller Erprobungsbetrieb durch einen ausreichenden Datenaustausch zum Beispiel für die Anwendungen QES und KOM-LE ermöglicht wird. An diesem Prozess kann sich die Kassenzentrale Westfalen-Lippe leider nicht beteiligen, weil dem Beschlüsse ihrer Vollversammlung entgegenstehen.

Das Auftragnehmerkonsortium für die Testregion Nordwest, zu der neben Nordrhein-Westfalen auch Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz gehören, hat zwischenzeitlich parallel mit dem Aufbau und der Umsetzung der Test- und Erprobungsverfahren in der Testregion begonnen. Die beauftragten Industrieunternehmen befinden sich derzeit in der Entwicklung, dem Aufbau und der Integration der Infrastrukturkomponenten.

Elektronisches Gesundheitsberuferegister (eGBR)

Seit dem Jahr 2010 wird vom ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz ein bundesweites elektronisches Gesundheitsberuferegister vorbereitet. Im Frühjahr 2014 starteten die im Fachbeirat zum elektronischen Gesundheitsberuferegister vertretenen Verbände der Heil- und Hilfsmittelerbringer und der Gesundheitshandwerker eine Initiative zu einer zukünftigen Beteiligung der Leistungserbringer nicht approbierter Gesundheitsberufe an der Telematikinfrastruktur (TI). Ursächlich hierfür ist, dass für diese Gruppen derzeit drei verschiedene Netzanbindungen zu den Krankenkassen existieren, die von verschiedenen Parallelanbietern angeboten werden. Für jede dieser Netzanbindungen sind Gebühren zu entrichten. Ferner ist eine Kommunikation der Leistungsanbieter untereinander beziehungsweise zu den Ärzten nicht möglich.

Entsprechend sehen die Verbände für sich vor allem auch den Bedarf einer sicheren und datenschutzgerechten elektronischen Kommunikation untereinander und insbesondere zu den verordnenden Ärzten. Mit der Anbindung an die zukünftige TI sehen sie die Möglichkeit zur Einführung einer solchen Kommunikationslösung. Innerhalb des aktuellen Telematik-Projektportfolios lassen sich keine Anwendungen erkennen, die die genannten Gesundheitsfachberufe tangieren und eine unmittelbare Einbindung erfordern. Aus diesem Grund schlossen sich die Krankenhausesellschaften einem Positionspapier der oben genannten Verbände nicht an, betonten

jedoch, keine grundsätzlich ablehnende Haltung gegen eine Nutzung der TI durch weitere Berufsgruppen einzunehmen. Aufgrund der Tatsache, dass die sonstigen Gesundheitsberufe in der Einführungsphase der TI nicht direkt einbezogen werden, soll aber eine Gefährdung des Projektes möglichst vermieden werden.

Stufenplan „Nutzung der Telematikinfrastruktur durch die NRW-Krankenhäuser“

Wegen der Befürwortung der Einführung nutzerorientierter Telematikanwendungen im Gesundheitswesen parallel zum Aufbau der bundesweiten TI durch die 85. Gesundheitsministerkonferenz und die Ankündigung des NRW-Gesundheitsministeriums, dass NRW als erstes Bundesland flächendeckend den elektronischen Arztbrief (eArztbrief) einführen will, hatte die KGNW beim MGEPA die gemeinsame Erarbeitung eines strukturierten, mehrstufigen Plans angeregt, der neben dem elektronischen Arztbrief vor allem auf die Einführung der elektronischen Fallakte (EFA) setzt. Dabei ist für die Krankenhausseite die Sicherheit von großer Bedeutung, dass sie im weiteren Verfahren grundsätzlich eine gleichberechtigte Position bei der Konzeption und Durchführung der Erprobung in NRW einnimmt. Wichtig ist dabei, Transparenz sowohl über diesen NRW-spezifischen Prozess als auch über die parallel stattfindenden OnlineRollouts der gematik zu gewährleisten, um beide Prozesse symbiotisch nebeneinander zu entwickeln und keine gegenseitigen Behinderungen zuzulassen.

Die Aufträge zu den Test- und Erprobungsverfahren wirken sich ab 2013 auch direkt auf die Leistungserbringer in der Testregion Nordwest aus. Vor diesem Hintergrund hat die KGNW mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) abgestimmt, dass die Krankenhäuser eine zentrale Position bei der Konzeption und Durchführung der Tests in NRW einnehmen müssen. Das MGEPA beabsichtigt, in Anlehnung an die Beschlüsse des Ärztlichen Beirats zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen in NRW und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen, in der hiesigen Testregion neben den von der gematik vorgesehenen Test- und Erprobungsverfahren unter anderem nutzerorientierte Telematikanwendungen wie den elektronischen Arztbrief, den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA mit QES) und insbesondere die elektronische Fallakte zu testen.

Hierfür liegt ein bereits im Jahr 2012 mit dem MGEPA abgestimmter Entwurf eines Stufenplans „Nutzung der Telematikinfrastruktur durch die NRW-Krankenhäuser“ vor. Der Vorstand der KGNW stützt die Umsetzung dieses Konzepts, soweit das MGEPA eine hinreichende Finanzierung sicherstellen kann. Wegen der im MGEPA noch ungeklärten Finanzierungsfrage ruhte die Arbeit am Stufenplan für längere Zeit. Die Zwischenzeit wurde genutzt, um im Rahmen der Landesinitiative „eGesundheit.nrw“ einen Leitfaden zur sektorenübergreifenden datenschutzkonformen Einführung elektronischer Fall- und

Patientenakten zu erarbeiten, der für den Landesbeauftragten für Datenschutz eine wichtige Voraussetzung für die Einführung elektronischer Fallakten in Krankenhäusern darstellt.

Im Herbst 2014 wurden die Gespräche mit dem MGEPA zur Finanzierung des Stufenplans wieder aufgenommen und konkretisiert. Dazu wird seitens des Ministeriums geprüft, ob zurückfließende, nicht verbrauchte Fördermittel aus dem EFRE-Programm für eine kurzfristige Anschubfinanzierung des Projektes der Einführung der elektronischen Fallakte genutzt werden können. Im Erfolgsfall könnte dann im Jahr 2015, parallel zur Erprobung im ORS1, durch die Umsetzung des Stufenplans eine begleitende Einführung des eArztbriefes und der EFA angegangen werden.

Mitarbeit in den NRW-Gremien zur Einführung der eGK und im Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen

Die KGNW-Geschäftsstelle hat die Interessen der Krankenhäuser im Rahmen der eGK-Einführung in NRW und insbesondere in der Testregion Nordrhein-Westfalen als Teil der Testregion Nordwest im Rahmen zahlreicher Gremien und Arbeitsgruppen vertreten, zum Beispiel in der ARGE eGK/HBA-NRW und im „Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen“. Letzterer setzt sich aus Vertretern der Ärzteschaft des stationären

und ambulanten Sektors und des MGEPA sowie aus Experten zusammen und soll mit dem Ziel begleiten, unter anderem den Aufbau einer Telematikinfrastruktur die Praxistauglichkeit der Telematikanwendungen in der Testregion zu sichern.

Mitarbeit in der Landesinitiative „eGesundheit.NRW“ mit dem Schwerpunkt elektronische Akten

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.

Die KGNW beteiligt sich durch ihre Mitarbeit in zahlreichen Gremien und Arbeitsgruppen an der Landesinitiative.

Mitarbeit im Verein Elektronische Fallakte

Das Projekt „Elektronische Fallakte“ (EFA), das ab 2006 von mehreren privaten Klinikträgern mit Unterstützung des Fraunhofer-Instituts für Software und Systemtechnik ISST in Dortmund konzipiert wurde, ist 2014 vom Verein elektronische Fallakte e.V., dem neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter anderem auch die KGNW als Mitglied angehört, kontinuierlich weiterentwickelt worden. Hieran sind auch mehrere NRW-Krankenhäuser beteiligt.

So wurde mit der elektronischen Fallakte Version 2.0 (EFA 2.0) der aktuelle Standard als IHE-kompatible gemeinsame Weiterentwicklung von bvitg, IHE Deutschland und EFA-Verein unter Beteiligung der Pilotanwender für weitere Erprobungen angepasst.

Die KGNW hat ihre unterstützende Mitarbeit auch im Jahr 2014 unter anderem durch ihre Mitgliedschaft und Mitarbeit im EFA-Verein und durch die Beteiligung an verschiedenen EFA- und EPA-Arbeitsgremien auf der Landesebene fortgesetzt.

Projekt zur Erprobung sektorenübergreifender Verzeichnisdienste als Basis für einrichtungsübergreifende Mehrwertdienste

Die elektronische Fallakte (EFA) und der elektronische Arztbrief (eArztbrief) sind zwei zentrale Anwendungen in der einrichtungs- und sektorenübergreifenden elektronischen Kommunikation zwischen den Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Herbst 2013 eine Unterstützung der EFA als Anwendung im Sicheren Netz der KVen (SNK, früher: KV-SafeNet) beschlossen und eine entsprechende Vereinbarung mit dem EFA-Verein getroffen. Beide Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW haben zudem eArztbrief-Projekte in Bochum und Düren mit dem Ziel eines späteren flächendeckenden Angebots gestartet.

Die Nutzung der elektronische Fallakte und des elektronischen Arztbriefes erfordert

einen Verzeichnisdienst, der einrichtungsübergreifend Identitäten und Zertifikate verwaltet (vergleichbar mit einem Telefonbuch und einem Register für elektronische Unterschriftsproben). Die Nutzung dieser beiden Dienste sowie eine adressierte Kommunikation in das und aus dem Krankenhaus sind derzeit im Krankenhausbereich nur in einzelnen Verbundnetzen möglich.

In Kooperation mit der KVWL, dem EFA-Verein, der KV-Telematik GmbH, der DKG, dem Universitätsklinikum der RWTH Aachen und der Healthcare IT Solutions startete daher im ersten Quartal 2014 ein Projekt zur gemeinsamen Erprobung sektorenübergreifender Verzeichnisdienste als Basis für einrichtungsübergreifende Mehrwertdienste, insbesondere der elektronischen Fallakte und des eArztbriefes.

Das gemeinsame Projekt befasst sich einerseits mit der Abbildung der krankenhaustypischen Organisationsstruktur in sektorenübergreifenden Verzeichnisdiensten, wobei der Festlegung der Granularität der Adressierung im Krankenhaus ein besonderes Augenmerk gilt. Andererseits soll konkret der Einsatz der im Projekt prototypisch zu erarbeitenden Verzeichnisdienste bei der Nutzung von EFA und eArztbrief erprobt werden.

Hierzu sollen zunächst, einem möglichst pragmatischen Ansatz folgend, probeweise die Einrichtung und der Betrieb eines krankenseitigen Verzeichnisdienstes auf Basis des bestehenden KV-CONNECT-Verzeichnisdienstes erfolgen. Der erste Projekt-

schritt, bei dem die Krankenhausstrukturen auf die Verzeichnisstruktur abgebildet wurden, konnte bereits Mitte 2014 abgeschlossen werden. Dabei zeigten sich zwar Grenzen der Abbildbarkeit in eine Verzeichnisstruktur und Benutzerverwaltung, die spezifisch auf Benutzer aus dem ambulanten Sektor, insbesondere Arztpraxen, MVZ sowie einzelne Ärzteausgerichtet ist, jedoch keine grundsätzlichen Hemmnisse.

Zentrale, von allen Projektpartnern gemeinsam formulierte Ziele des Projektes sind eine Interoperabilität der krankenhaus- und KV-seitigen Verzeichnisdienste sowie das Aufzeigen eines Migrationspfades der Projektergebnisse in die Telematikinfrastruktur. Eine erste Erprobung der gemeinsamen Verzeichnisdienste in der Anwendung ist für das erste Halbjahr 2015 vorgesehen. Die Erfahrungen aus der Erprobung sollen in Form von Empfehlungen für die Implementierung sektorenübergreifender Verzeichnisdienste als Basis für einrichtungsübergreifende Mehrwertdienste zusammengefasst werden.

Datenübermittlung nach § 301 SGB V – Rahmenvereinbarung mit dem PKV-Verband zur Datenübermittlung von Abrechnungsdaten in Verbindung mit § 17 c KHG

Auch im Jahr 2014 war eine Reihe von Schlüsselentscheidungen und Nachträgen anzusetzen. Im Regelfall geht es dabei um Ergänzungen zu Entgeltschlüsseln sowie Korrekturen für stationäre und ambulante

Entgeltarten sowie Entgeltschlüssel für neue oder geänderte EBM-Ziffern.

Die im Jahr 2013 abgeschlossene Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten zwischen Krankenhäusern und privaten Krankenversicherungen bei Krankenhausleistungen für selbst zahlende Patienten hat auch 2014 zu einer Reihe von Nachfragen geführt. Fast die Hälfte der Krankenhäuser ist inzwischen der freiwilligen Rahmenvereinbarung beigetreten und nutzt den elektronischen Datenaustausch.

Datenübermittlung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Gemäß § 21 KHEntgG sind die Krankenhäuser verpflichtet, entsprechend den Vorgaben in der „Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Absatz 4 und Absatz 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.

Im Rahmen eines gemeinsamen Projektes der Landeskrankenhausesellschaften und der DKG erhebt die DKTIG unter der Bezeichnung „Kalkulation deutscher Relativgewichte“ jährlich die DRG-Ganzjahresdaten des Vorjahres. Für die DKG ist es wichtig, dass die an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser ihr die verwendeten Daten zur Verfügung stellen. Dadurch kann sie eine stärkere

Argumentationsbasis in den Verhandlungen zur Pflege des deutschen DRG-Systems aufbauen. Den am Projekt teilnehmenden Krankenhäusern werden zudem unentgeltlich attraktive Auswertungsmöglichkeiten an die Hand gegeben, um die aktive Auseinandersetzung mit den Kostendaten im eigenen Haus zu fördern und durch detaillierte Vergleichsanalysen Ansätze für Verbesserungsmaßnahmen zu finden.

Die KGNW hat sich auch 2014 an diesem Projekt beteiligt, die Daten der teilnehmenden Krankenhäuser zweckgebunden bei ihren Mitgliedshäusern erhoben und diese im Anschluss an die DKTIG weitergeleitet.

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 2013 stellten wiederum mehr als 90 % der dazu aufgeforderten Häuser ihre Daten für dieses Projekt zur Verfügung. Die Daten werden im Rahmen eines gemeinsamen Projektes der Landeskrankenhausesellschaften zentral von der damit beauftragten Deutschen Krankenhaus Trustcenter und Informationsverarbeitung GmbH in Saarbrücken strukturiert, gruppiert und aufbereitet.

Die KGNW erstellt darüber hinaus im Rahmen eines vom KGNW-Vorstand festgelegten Rahmens weitere Auswertungen aus diesen Daten, um insbesondere die Belange der Mitgliedskrankenhäuser bei der Krankenhausplanung zu unterstützen.

Datenerhebung zur Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV)

Die KGNW erhebt jährlich von allen Mitgliedskrankenhäusern die Grunddaten zur Krankenhausstatistik gemäß § 3 und § 4 KHStatV. Diese Daten werden auch an Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) übermittelt. Um dieses jährlich wiederkehrende Verfahren der Datenübermittlung für die Krankenhäuser beziehungsweise Krankenhausträger zu vereinfachen, wurde nun die Möglichkeit geschaffen, dass diese Daten der KGNW über IT.NRW zur Verfügung gestellt werden. Dadurch müssen die Daten nur an eine Stelle versandt werden und zugleich vereinheitlicht sich dadurch auch die Datenbasis von IT.NRW und KGNW. Diese Änderung betrifft alle Grunddaten rückwirkend ab dem Berichtsjahr 2011, sofern der jeweilige Krankenhausträger zugestimmt hat.

Mitarbeit in der DKG-AG „Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung“

Die KGNW hat sich aktiv an den Beratungen der DKG-Arbeitsgruppe zur für 2015 geplanten Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung beteiligt. Der Wunsch der Landesämter für Statistik nach mehr Transparenz im Bereich der ambulanten Leistungserbringung macht jedoch eine umfassende Transparenz im vertragsärztlichen Bereich erforderlich. Allein in der KHStatV wird man diesem Wunsch nicht umsetzen können. Darüber hinaus steht der Wunsch nach einer sehr weitgehenden Erweiterung im Bereich des Krankenhauspersonals in der Diskussion.

Datenerhebung für die Verhandlungen zum landesweiten Basisfallwert

Zur Vorbereitung der Verhandlungen zum Landesbasisfallwert erhebt die KGNW in jedem Jahr die Vereinbarungsdaten der 303 beim Landesbasisfallwert berücksichtigungsfähigen Träger für deren angeschlossene DRG-Krankenhäuser. Die Daten werden entweder direkt bei dem Krankenhausträger oder über die Krankenhauszweckverbände erhoben und intern in einer eigens hierfür entwickelten Datenbank verarbeitet und aufbereitet.

Informationsbörse der KGNW zu krankenshausindividuellen Entgelten

Die KGNW führt seit mehreren Jahren eine Datensammlung zu den vereinbarten krankenshausindividuellen Entgelten nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bei den Mitgliedskrankenhäusern und den Krankenhauszweckverbänden durch und wertet die Ergebnisse für die teilnehmenden Krankenhäuser zur Vorbereitung der nächsten Budgetverhandlungen statistisch aus. Im Jahr 2014 erfolgte die Bekanntgabe der Auswertungsergebnisse für das Budgetjahr 2013 im August.

Telematik und Telemedizin zum Anfassen – Markt der Möglichkeiten am 26.02.2014 in Düsseldorf

Das ZTG – Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH und seine Gesellschafter, darunter die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-

Westfalen, hatten für den 26.02.2014 unter der Überschrift „Telematik und Telemedizin zum Anfassen – Markt der Möglichkeiten“ nach Düsseldorf eingeladen. Dieses neue Veranstaltungsformat mit großem Praxisbezug bietet Interessierten die Möglichkeit, Telematik und Telemedizin live anhand konkreter Beispiele und Projekte kennenzulernen. Dazu werden die unterschiedlichen innovativen Lösungen und Systeme erstmals gemeinsam in NRW von unterschiedlichen Akteuren der Gesundheitsbranche auf drei Themeninseln präsentiert. Die KGNW hatte sich aktiv an der Vorbereitung der Veranstaltung beteiligt.

In Livepräsentation auf sogenannten Themeninseln wurde gezeigt, wie elektronische Kommunikations- und Kooperationslösungen schon heute zu mehr Qualität und Effizienz im medizinischen Alltag, zum Beispiel in den Bereichen Geriatrie, Palliativmedizin, Neurologie, Intensivmedizin, Diabetologie und Radiologie, beitragen können. Konkret wurden folgende Themeninseln angeboten:

1. Daheim und unterwegs – Mobilität durch Telemedizin
2. Hand in Hand – Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten
3. Hand in Hand – Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: Berufsgruppenübergreifende Kommunikation

Die Veranstaltung richtete sich an alle, die sich für die Potenziale der Vernetzung und das mobile Arbeiten in der Gesundheitsversorgung interessieren. In Krankenhäusern betrifft dies neben der Geschäftsführung unter anderem Ärzte, Case-Manager sowie Mitarbeiter der Krankenhaus-IT. 250 Besucher, darunter viele Haus- und Fachärzte, Ärzte aus Rehabilitationseinrichtungen sowie Pflegekräfte aus der ambulanten Pflege oder aus Pflegeheimen, konnten sich über aktuelle und zukünftige Möglichkeiten der Telematik und Telemedizin informieren.

Die neue Staatssekretärin im NRW-Gesundheitsministerium, Frau Martina Hoffmann-Badache, zeigte sich begeistert von den praxisnah präsentierten Anwendungen. Sie betonte, wie wichtig es sei, die Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mithilfe bedürfnisgerechter E-Health-Anwendungen zukunftsfest zu machen. NRW habe diesen Handlungsbedarf erkannt und nehme bundesweit eine Vorreiterrolle bei der Einführung nutzerorientierter Telematik- und Telemedizinanwendungen ein.

jede Entwicklung mitzunehmen. Erste Ergebnisse konnten mit der Erarbeitung der Umsetzungshinweise zur DIN ISO 80001 zum Risikomanagement in medizinischen IT-Netzwerken, zur Datenschutz-Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme und im Bereich IT-Sicherheitsgesetz und BSI-Leitfaden zum Schutz kritischer Infrastrukturen verzeichnet werden.

IT-Trends – Health Telematics am 17.09.2014 in Essen

Im Rahmen des Kongresses „IT-Trends Medizin/Health Telematics 2014“ am 17.09.2014 in Essen beteiligte sich die KGNW als Kooperationspartner und wirkte aktiv bei der Programmgestaltung mit, um diese durch die Perspektive der Krankenhäuser auf die Themen Telematik und Telemedizin zu bereichern. Veranstalter der IT-Trends sind das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG), die Essener Wirtschaftsförderungsgesellschaft (EWG) und die Messe Essen mit Unterstützung des NRW-Gesundheitsministeriums. Im Rahmen ausgewählter Keynotes zu den Themen Telematik und Telemedizin stimmte unter anderem der Präsident der KGNW, Herr Jochen Brink aus Sicht der Krankenhäuser mit einem Vortrag zur Krankenhausperspektive auf die Einführung von Lösungen im Bereich der Telematik und Telemedizin die Kongressbesucherinnen und -besucher auf die Fachvorträge und Diskussionen des diesjährigen Fachkongresses ein. Die über 300 Teilnehmer hörten Beiträge zu aktuellen Telemedizinprojekten im Gesundheitswesen, und konnten sich auf dem neu etablierten „Markt der Möglichkeiten“ sehr praxisorientierte Vorträge zu Telemedizinprojekten in NRW anhören.

Datenschutz-Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme

Im Frühjahr 2011 veröffentlichten die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder die „Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme“ (OH KIS). Sie soll den

datenschutzkonformen Umgang mit elektronischen Patientendaten im Krankenhaus regeln und den Landesbeauftragten für den Datenschutz Leitlinien an die Hand geben, anhand deren die Prüfung der bestehenden Systeme in den Krankenhäusern vorgenommen werden kann. Die Geschäftsstelle der KGNW begleitet das Thema sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene, um in der Diskussion mit den Datenschützern Regelungen zu finden, die der Realität in den Krankenhäusern entsprechen und für diese umsetzbar sind. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat unter Mitarbeit der KGNW Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser in Deutschland erarbeitet und mit den Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder konsentiert. Zudem veröffentlichten die Datenschützer eine Überarbeitung ihrer „Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme“, die viele von Krankenhausseite geforderte Änderungen enthielt und verwendete Begrifflichkeiten an die Nomenklatur im Krankenhausbereich anpasste. Nach der Veröffentlichung der Überarbeitung und der DKG-Umsetzungshinweise plant die Geschäftsstelle der KGNW einen Abschluss des Verfahrens auf Landesebene, in dem ein gemeinsames Verständnis der Ergebnisdokumente mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW (LDI NRW) und den Datenschutzbeauftragten der kirchlichen Verbände manifestiert werden soll.

IT-Sicherheitsgesetz und der Schutz Kritischer Infrastruktur Krankenhaus (KRITIS)

Die DKG wurde im Jahr 2012 vom Bundesminister des Innern informiert, dass im Zuge der Fortschreibung der Cyber-Sicherheitsstrategie auch Krankenhäuser zukünftig als kritische Infrastruktur gewertet werden sollen. Dies ging einher mit der Absicht, für die Betreiber kritischer Infrastrukturen konkrete gesetzliche Verpflichtungen zur Gewährleistung einer erhöhten IT-Sicherheit einzuführen. Zu diesem Zweck wurde seitens des Bundesministeriums des Innern ein Referentenentwurf eines Gesetzes zur Erhöhung der Sicherheit informationstechnischer Systeme (IT-Sicherheitsgesetz) vorgelegt, das zum Ziel hat, die Sicherheit der IT-Systeme in kritischen Infrastrukturen zu verbessern.

Im Detail geht es darin um den Schutz der Verfügbarkeit von Daten, die Verbesserung der Integrität und Vertraulichkeit Daten verarbeitender Systeme sowie die Anpassung der vorhandenen Infrastruktur an die gestiegene Bedrohungslage.

Zur Einhaltung eines Mindestniveaus an IT-Sicherheit und um entsprechende Meldewege zu erhalten, würden über ein Änderungsgesetz die Befugnisse des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) erweitert.

Neben der Klärung der noch immer offenen Finanzierungsfrage ist es das Ziel der KGNW, pragmatische Ansätze zu liefern, wie die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen mit den formulierten Anforderungen umgehen könnten.

Für Branchen, in denen es fachlich sinnvoll erscheint, ist die Erarbeitung branchenspezifischer Sicherheitsstandards durch UP KRITIS und seine Branchenarbeitskreise geplant. Die spezifischen Anforderungen des Gesundheitswesens und im Speziellen des Krankenhauswesens erfordern dringend eine solche Spezifizierung. Eine entsprechende Verbändeanhörung hat im November 2014 bereits stattgefunden, und entsprechende ergänzende Regelungen für die Krankenhäuser sollen im Jahr 2015 erarbeitet werden. Das BMI fordert, dass sich Unternehmen und Verbände branchenintern zusammenfinden und einheitliche Sicherheitsstandards erarbeiten. Der Umsetzungsplan KRITIS stellt als etablierte Kooperationsplattform zwischen Betreibern und Staat bereits entsprechende Strukturen zur Verfügung.

Da nach Auffassung des Bundesamtes für die Sicherheit in der Informationstechnik Krankenhäuser im Besonderen durch Naturkatastrophen, den Ausfall von Wasser und Strom sowie anderweitige Schadensszenarien verwundbar sind, wurde bereits ein entsprechender Leitfaden für ein umfassendes Risikomanagement im Krankenhaus im Entwurf vorgelegt.

Dieser betont, dass in die Krankenhaus-IT integrierte Medizingeräte ebenso betroffen seien wie die Informationssysteme und Netzwerkinfrastrukturen im Krankenhaus selbst. Dies sei auf die besonders hohe Anfälligkeit gegen Cyberattacken durch veraltete eingebettete Softwarelösungen und nicht auf die Medizingeräte ausgelegte IT-Sicherheitsmaßnahmen zurückzuführen.

Der Leitfaden beschreibt sehr detailliert den Prozess der Risikoanalyse mit Bezug auf die im Krankenhaus eingesetzte Informationstechnologie. Neben der Einbettung des IT-Risikomanagements in bestehende Risikomanagementprozesse in den Krankenhäusern wird eine Abgrenzung zu entsprechenden Vorgaben bezüglich des Notfall- und Krisenmanagements vorgenommen. Hierzu wird auf entsprechende Papiere des Innenministeriums und des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe verwiesen.

Sämtliche Schritte der IT-Risikoanalyse werden aus verschiedenen Perspektiven beschrieben und stets nach Definition der Schutzziele, der Rolle der Krankenhausleitung, den erforderlichen Kenntnissen der IT-Verantwortlichen und der strategischen Verankerung des IT-Risikomanagements unterteilt.

Seitens der KGNW wurde in den Konsultationen auf Landes- und Bundesebene stets hervorgehoben, dass die im Katastrophenfall vorgelagerten möglichen Problembereiche, wie Haustechnik und Medizintechnik, unbedingt in die Überlegungen einzubeziehen sind.

Mitwirkung in der AG Krankenhaus-Informationstechnik der DKG

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft initiierte auf Empfehlung ihres Fachausschusses für „Daten-Information und -Kommunikation“ eine Arbeitsgruppe „Krankenhaus-IT“, die sich mit den in der Krankenhaus-IT vorherrschenden Themen befasst und im Sinne aller Krankenhäuser in Deutschland Handlungsleitfäden und Umsetzungshinweise zu speziellen aktuellen Themen erarbeiten soll. Somit sollen neben einem einheitli-

chen Vorgehen der Krankenhäuser auch Informationsangebote für Häuser angeboten werden, die nicht die Möglichkeit haben, jede Entwicklung mitzunehmen. Erste Ergebnisse konnten mit der Erarbeitung der Umsetzungshinweise zur DIN ISO 80001 zum Risikomanagement in medizinischen IT-Netzwerken, zur Datenschutz-Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme und im Bereich IT-Sicherheitsgesetz und BSI-Leitfäden zum Schutz kritischer Infrastrukturen verzeichnet werden.

Datenanalyse

Themenfeld „Regionalanalysen in der Versorgungsforschung“

Die KGNW-Geschäftsstelle informiert ihre Gremien regelmäßig über Entwicklungen in der Versorgungsforschung, die die Krankenhäuser in NRW mittelbar oder unmittelbar betreffen. Dafür beobachtet sie aktuelle Projekte und Studien, in denen verstärkt regional aufbereitete Betrachtungen von Krankheitslasten und Versorgungsstrukturen dargestellt werden. So wurden zum Beispiel die Veröffentlichungen der Reihe „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung, die Ergebnisse des AOK-Gesundheitsnavigators, verschiedene Gutachten des GKV-Spitzenverbandes und des vdek und auch das „Informationssystem Versorgungsdaten“ beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aufbereitet. Insbesondere wegen der

unterschiedlichen Herangehensweise und Motivation ist die Frage der standardisierten Ergebnisaufbereitung und -interpretation stärker in den Fokus gerückt.

Die KGNW-Geschäftsstelle engagiert sich aktiv in der Arbeitsgruppe Informationsvermittlung und Interpretation der Initiative „Gute kartographische Praxis im Gesundheitswesen“ (GKPiG). Ziel dieser Initiative ist die Erstellung eines Handlungsleitfadens mit dem Ansatz, geografische Darstellungen von Gesundheitsdaten stärker als bisher nach wissenschaftlich und methodisch objektiven Kriterien zu gestalten. Der Leitfaden ist seit November 2014 in der Abstimmungsphase und wird im kommenden Jahr veröffentlicht.

Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit

10. Krankenhaus-Umwelttag NRW am 21.10.2014 in Münster



Dr. Christoph Hoppenheit, kaufmännischer Direktor, Universitätsklinikum Münster, Thomas Voß, technischer Leiter, LWL-Klinik Münster, sowie Dr. Horst Pomp, ehemaliger umweltbeauftragter Arzt aus Essen, diskutierten auf dem Krankenhaus-Umwelttag 2014 über Umweltschutz im Krankenhaus

Die KGNW, der „Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW“, die Fachvereinigung Krankenhaustechnik e. V. (FKT) und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe luden am 21.10.2014 zum 10. Krankenhaus-Umwelttag NRW in das Landeshaus des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster ein.

Die Tagung mit mehr als 90 Teilnehmern unter dem Leitthema „Ökonomie und Ökologie“ eröffnete Herr Prof. Dr. Klaus Töpfer, Bundesumweltminister a. D. In seinem Vortrag „Krankenhäuser im Spannungsfeld von steigenden Gesundheitskosten und Umweltaforderungen“ stellte er die angespannte ökonomische Situation der Krankenhäuser in den Zusammenhang mit den ungelösten globalen ökologischen und sozialen Herausforderungen. Bei

der Nutzung von Fernwärme und Kraft-Wärme-Kopplung durch den Einsatz von gemeinschaftlich genutzten Blockheizkraftwerken sah Herr Prof. Töpfer ein wichtiges, noch nicht ausgeschöpftes Potenzial in Deutschland.

Eine Podiumsdiskussion beleuchtete den Konflikt zwischen Umweltaforderungen und beschränkten ökonomischen Möglichkeiten der Krankenhäuser. Es diskutierten Herr Samir Khayat vom Umweltministerium NRW, Herr Dr. Christoph Hoppenheit, kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Münster, Herr Thomas Voß, Leiter der Abteilung Wirtschaft, Versorgung und Technik der LWL-Kliniken Münster und Lengerich, sowie Herr Dr. Horst Pomp, ehemaliger umweltbeauftragter Arzt aus Essen.

Am Nachmittag wurden parallele Workshops zu den Themen „Energieeffizienz“, „Umweltgerechte und nachhaltige Versorgung“, „Finanzierung von Umweltprojekten“ und „Systematisches Umweltmanagement“ angeboten.

Projekt „EN.Kompass Krankenhaus“ in Zusammenarbeit mit der Energie Agentur.NRW gestartet

Im Rahmen des Krankenhaus-Umwelttages wurde im Beisein von Vertretern des Umweltministeriums das Projekt „EN.Kompass Krankenhaus“ der KGNW in Zusammenarbeit mit der EnergieAgentur.NRW gestartet. Die KGNW suchte im Jahr 2014 für das vom Vorstand der KGNW beschlossene Projekt „Ökoeffizienz im Krankenhaus“ nach Kooperationspartnern und Finanzierungsmöglichkeiten. Mit der EnergieAgentur.NRW konnte ein kompetenter Partner gewonnen werden. Das Umweltministerium NRW unterstützt das Projekt finanziell.

Krankenhäuser in NRW sollen in dem unter dem neuen Namen „EN.Kompass Krankenhaus“ firmierenden Projekt dabei unterstützt werden, Effizienzpotenziale im Bereich Energie und Umwelt im Krankenhaus auszuschöpfen. Während des Projektes werden die 14 teilnehmenden Krankenhäuser bei der Erarbeitung von Umweltzielen und der Erstellung eines Maßnahmenkataloges sowie dessen Umsetzung unterstützend begleitet. In einem moderierten Erfahrungsaustausch sollen Optimierungspotenziale und Handlungsoptionen identifiziert werden. Neben den ökonomisch-ökologischen Potenzialen soll auch aufgezeigt werden, wie ein solches Projekt die Krankenhäuser bezüglich der öffentlichen Wahrnehmung von umweltbewusstem Handeln unterstützt.

„EN.Kompass Krankenhaus“ ist modular aufgebaut. In zwei Basismodulen sollen die Kenntnisse und Fähigkeiten zur Erarbeitung realistischer Umweltziele vermittelt werden. In optional zu buchenden Themenmodulen werden zu den Aktionsfeldern „Energieeffizienz“, „Services (Apotheke, Sterilisation, Wäscherei, Küche)“, „Beschaffung/Einkauf“, „Abfall/Entsorgung“, „Wasser/Abwasser“, „Mobilität/Logistik“ und „Nachhaltige Unternehmensführung und Verbesserung des Nutzerverhaltens“ Best-Practice-Beispiele vorgestellt und individuelle Beratungsangebote vor Ort vermittelt. Den Projektteilnehmern stehen auf einem geschützten Internetportal außerdem hilfreiche Arbeitsmaterialien und Checklisten zur Verfügung. Das Projekt mit einer Laufzeit von einem Jahr soll mit einer öffentlichen Präsentation der bei den teilnehmenden Krankenhäusern erreichten Erfolge Ende 2015 abgeschlossen werden.

KGNW für 10 Jahre Engagement für den Umweltschutz im Krankenhaus ausgezeichnet

Die Stiftung viamedica in Freiburg (Vorstand: Herr Prof. Dr. Daschner und Herr Dr. Popp) hat die KGNW für ihr Engagement zur Förderung des Umweltschutzgedankens in Krankenhäusern und insbesondere für die Ausrichtung der Krankenhaus-Umwelttage NRW mit einem Preis ausgezeichnet. Gleichzeitig wurden der Arbeitskreis „Umweltschutz im Krankenhaus NRW“ für seine vorbildlichen Aktivitäten im Krankenhausumweltschutz und die LWL-Klinik Münster für 12 Jahre EMAS-Zertifizierung ausgezeichnet.

Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern

Anfang des Jahres 2014 wurden Pläne des Verkehrsministeriums bekannt, die Umsetzung der EU-Verordnung Nr. 965/2012 der Kommission vom 05.10.2012 zur „Festlegung technischer Vorschriften und von Verwaltungsverfahren in Bezug auf den Flugbetrieb gemäß der Verordnung (EG) Nr. 216/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates“, die bis zum 28.10.2014 national umgesetzt werden musste, mit einer Verschärfung der Anforderungen zum Betreiben von Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern zu verbinden. Die KGNW hat dazu zeitnah informiert und empfohlen, an der Befragung der DKG zur Ausstattung der Hubschrauberlandestellen teilzunehmen. An dieser Befragung beteiligten sich zunächst nur knapp 400 Krankenhäuser in ganz Deutschland.

Erst durch einige Zeitungsartikel im Frühjahr wurde das Problem virulent. Es stand im Raum, dass Hubschrauberlandestellen, die die vom Luftfahrtbundesamt aufgestellten Anforderungen nicht erfüllten, ab Oktober 2014 nicht mehr von Hubschraubern angefliegen werden dürften. Hubschrauber dürfen in Deutschland eigentlich nur auf nach § 6 Luftverkehrsgesetz genehmigten Hubschrauberlandeplätzen starten und landen. Die Anforderungen dazu sind technisch sehr umfangreich und mit Kosten in Millionenhöhe verbunden.

In intensivem Dialog zwischen DKG, den Hubschrauberbetreibern und dem Luftfahrtbundesamt wurde Mitte des Jahres eine akzeptable Lösung des Problems gefunden. Die EU-Verordnung sieht als Ausnahme vor, dass

sogenannte „Public Interest Sites (PIS)“ – Orte von öffentlichem Interesse – auch in Flugleistungsklasse 2 angefliegen werden können. (Flugleistungsklasse 2 bedeutet, dass nach Ausfall eines Triebwerkes genügend Leistung zur Verfügung steht, damit der Hubschrauber den Flug sicher fortsetzen kann, es sei denn, der Ausfall tritt in einer frühen Phase während des Startmanövers oder in einer späten Phase während des Landemanövers auf. In diesen Fällen kann eine Notlandung erforderlich werden.) Die Anforderungen an eine PIS sind in der Praxis deutlich einfacher umzusetzen und mit Kosten im fünfstelligen Bereich verbunden.

Es wurde vereinbart, dass die Krankenhäuser zur Genehmigung von Hubschrauberlandestellen als PIS eine kurze Checkliste mit fünf Fragen sowie Kontaktdaten und, falls vorhanden, Lagepläne bis zum 01.09.2014 an die von den Hubschrauberbetreibern beauftragte Stelle schicken mussten. Für Nordrhein-Westfalen war dabei die Bundespolizei-Fliegergruppe Luftfahrtbetrieb in St. Augustin bei Bonn zuständig. Alle gemeldeten Hubschrauberlandestellen sollen befristet noch zwei weitere Jahre als PIS betrieben werden können.

Die KGNW hat die Abgabe der Meldungen durch mehrfaches telefonisches Nachhaken bei allen betroffenen Krankenhäusern und durch intensive Beratung der anfragenden Krankenhäuser unterstützt. Ende September gaben die zuständigen Stellen für die Erfassung der Hubschrauberlandestellen die Daten an das Luftfahrtbundesamt weiter. Im

Oktober hat das Bundesverkehrsministerium in einer Presseerklärung erklärt, dass alle in dieser Liste erfassten Hubschrauberlandestellen vorerst weiterbetrieben werden dürfen. Die Hubschrauberbetreiber werden sich im

Laufe der Zeit mit den Betreibern in Verbindung setzen und klären welche konkreten Maßnahmen für ein sicheres Starten und Landen der Hubschrauber an den jeweiligen Landestellen umgesetzt werden müssen.

IT-Service für Mitglieder und Geschäftsstelle

Webbasierter Mitgliederservice

Die Geschäftsstelle betreut den in dem Webauftritt der KGNW integrierten Mitgliederservice. Dort sind mehr als 1.000 Benutzer aus den Mitgliedskrankenhäusern und Mitgliedsorganisationen registriert. In diesem geschützten Bereich der KGNW-Website werden die Rundschreiben und Informationen der KGNW zentral bereitgestellt. Die Benutzer erhalten automatisiert Informationen zu neu eingestellten Dokumenten, sodass kein zusätzlicher Aufwand durch den papierbasierten 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.

Eine Neuerung, die im Jahr 2014 implementiert wurde, ist ein neu eingerichteter Verteiler im geschützten Mitgliederbereich. Für diesen Verteiler können sich Presseverantwortliche und Geschäftsführer der Krankenhäuser registrieren und erhalten so kurzfristig wichtige Informationen zu politischen Entwicklungen und Neuigkeiten aus den Krankenhäusern in NRW.

Um den Mitgliedskrankenhäusern sämtliche Informationen um den Krankenhausplan 2015 in übersichtlicher Form zur Verfügung stellen zu können, wurde ein Informationsportal erstellt. Dieses ist nach Anmeldung im Mitgliederbereich einsehbar und stellt neben aktuellen Rundschreiben allgemeine Informationen zum Krankenhausplan und zu den einzelnen Beschlussfassungen bereit.

Interne Datenservices / Mitgliederverwaltung

Die Vorhaltung und Verwaltung der KGNW-Mitgliederdaten erfolgt in hierzu eigens entwickelten Datenbanken. 2013 wurde die komplette Überarbeitung und Konsolidierung dieser in den zurückliegenden Jahren aufgebauten Datenbanken abgeschlossen. Um mögliche Redundanzen auszuschließen und Auswertungsmöglichkeiten weitgehend zu standardisieren und zu verbessern, wurden auch die projektspezifischen Datenbanken bei der KGNW bezüglich Datenstruktur und Usability überarbeitet.

IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle

Im Jahr 2014 wurde die Erneuerung sämtlicher Arbeitsplatz-PCs und Notebooks abgeschlossen. Damit einhergehend fand eine Umstellung auf das Betriebssystem Windows 7 sowie der Umstieg auf eine aktuelle Office-Version statt. Zudem wurde unter Zuhilfenahme eines externen Dienstleisters eine Neuordnung,

sowohl der virtuellen Serverinfrastruktur als auch der Back-up-Lösung vorgenommen. Die bereits im Jahr 2013 beschafften virtuellen PCs wurden zu Zwecken der Datenanalyse eingesetzt, um eine Hochverfügbarkeit und Sicherheit der verwendeten Daten zu erzielen. Ein weiteres Ziel, nämlich der ortsunabhängige Zugriff für die Referatsleiter und die Geschäftsführung, wurde ebenfalls optimiert.

Krankenhausstatistik

Auswertung der planungsrelevanten Daten 2013

Die KGNW erhebt jährlich die Grunddaten gemäß Krankenhausstatistikverordnung von allen Mitgliedskrankenhäusern, um sie im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben, insbesondere bezüglich krankenhauplanerischer Fragestellungen, auszuwerten. Seit der Umstellung des Verfahrens der Datenübermittlung im Jahr 2012 werden diese Daten von IT.NRW zur Verfügung gestellt, die unterzeichnete Einverständniserklärung der Krankenhausträger zur Weitergabe der Daten gemäß § 3 und § 4 KHStatV vorausgesetzt. Dieses vereinfachte Verfahren reduziert den Verwaltungsaufwand im Krankenhaus und bei der KGNW, außerdem werden die KGNW-seitigen Auswertungen auf gleicher Datenbasis wie jene von IT.NRW erstellt.

Nach Abschluss der Datenauswertung für das Berichtsjahr 2013 zu den Patientenbewegungen nach Fachgebieten (vollstationär) stehen die Übersichten und Berichte Anfang März 2015 im geschützten Bereich des Mitgliederservices als Download zur Verfügung. Die wesentlichen Ergebnisse, die teilweise von den offiziellen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes und des Geschäftsbereichs Statistik bei Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) abweichen, sind nachfolgend im Überblick dargestellt.

Bei den vollstationär behandelten Patienten war im Jahr 2013 erneut ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Die Fallzahl stieg um 1,0 % auf insgesamt 4.409.186 Fälle. Die Entwicklung der letzten acht Jahre zeigt, dass jährlich kontinuierlich etwa 1,7 % Patienten mehr behandelt wurden als im Vorjahr.

Abbildung 1: Entwicklung der Fallzahlen in NRW seit 2003

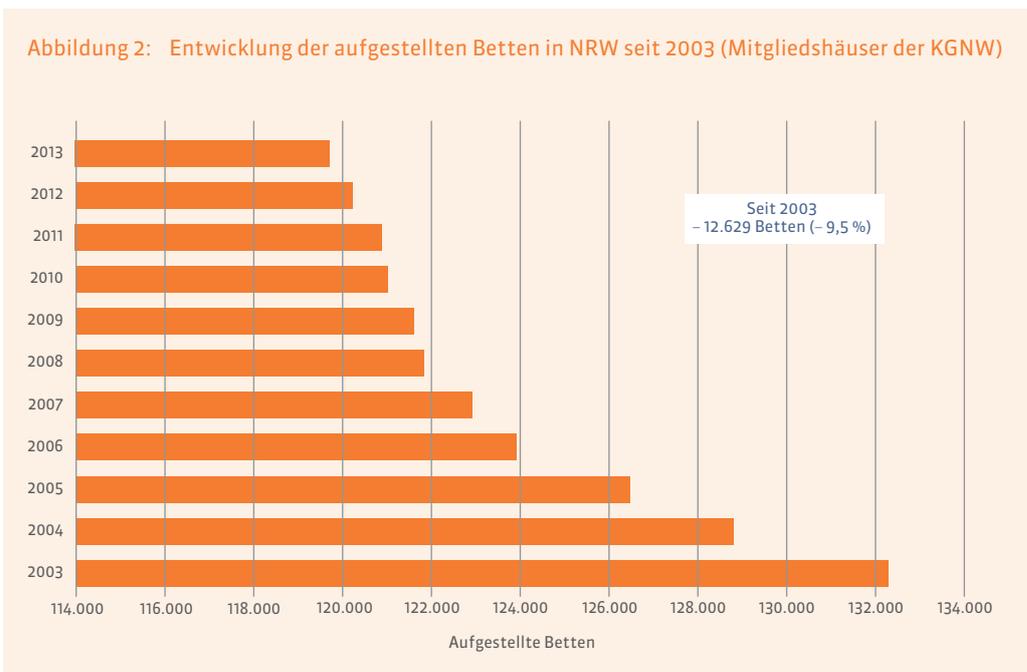


Quelle: eigene Abfrage, KGNW

Die Berechnungs- und Belegungstage blieben 2013 beinahe unverändert, sie reduzierten sich geringfügig um 0,5 % gegenüber dem Jahr 2012.

Die Zahl der Krankenhausbetten ist leicht zurückgegangen, die der aufgestellten Betten verringerte sich von 120.236 im Jahr 2012 auf

nunmehr 119.639 im Jahr 2013. Betrachtet man den Zeitraum der vergangenen zehn Jahre, so wurden seit 2003 12.629 Betten abgebaut.

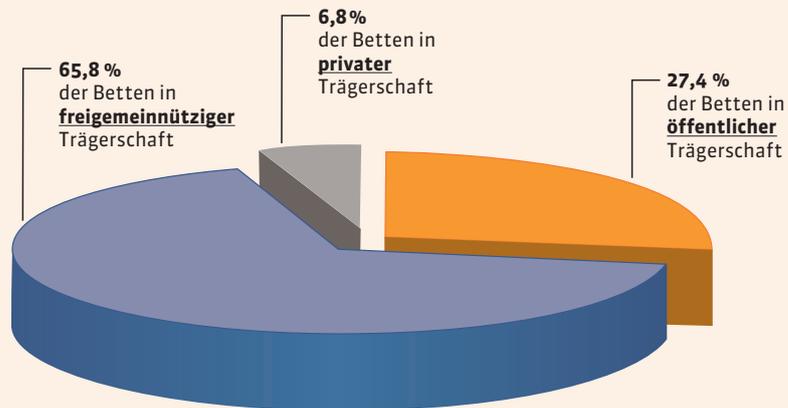


Quelle: eigene Abfragen, KGNW

Die Verteilung der Krankenhausbetten in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägern verdeutlicht, dass in Nordrhein-Westfalen nur

ein Anteil von 6,8 % der Krankenhausbetten in privater Trägerschaft ist, während es bundesweit etwa 17,2 % sind.

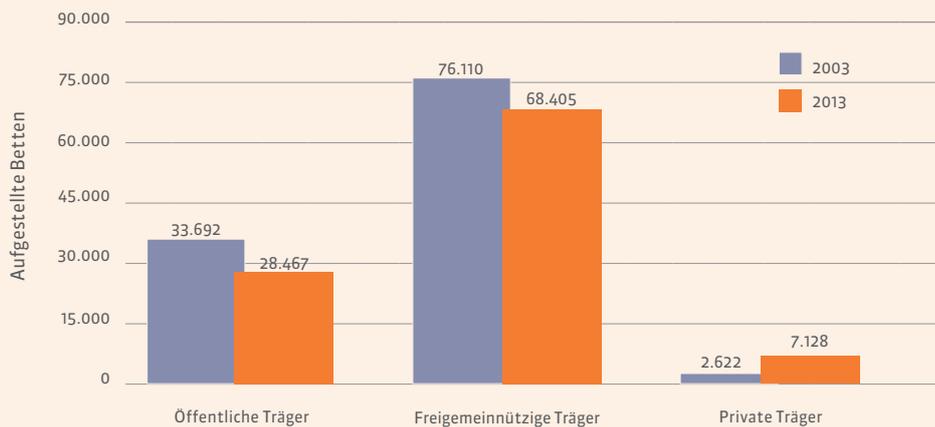
Abbildung 3: Aufgestellte Betten 2013 in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)



Die Krankenhauslandschaft verändert sich ständig, neben zahlreichen Fusionen gibt es auch immer wieder Standortschließungen. Wie sich diese Bettenveränderung im Verlauf

der vergangenen zehn Jahre bei Allgemeinkrankenhäusern darstellt, zeigt der Vergleich der Jahre 2003 und 2013 mit Blick auf die Trägerstruktur.

Abbildung 4: Bettenanzahl der Allgemeinkrankenhäuser im Vergleich der Jahre 2003 und 2013 nach Trägerschaft

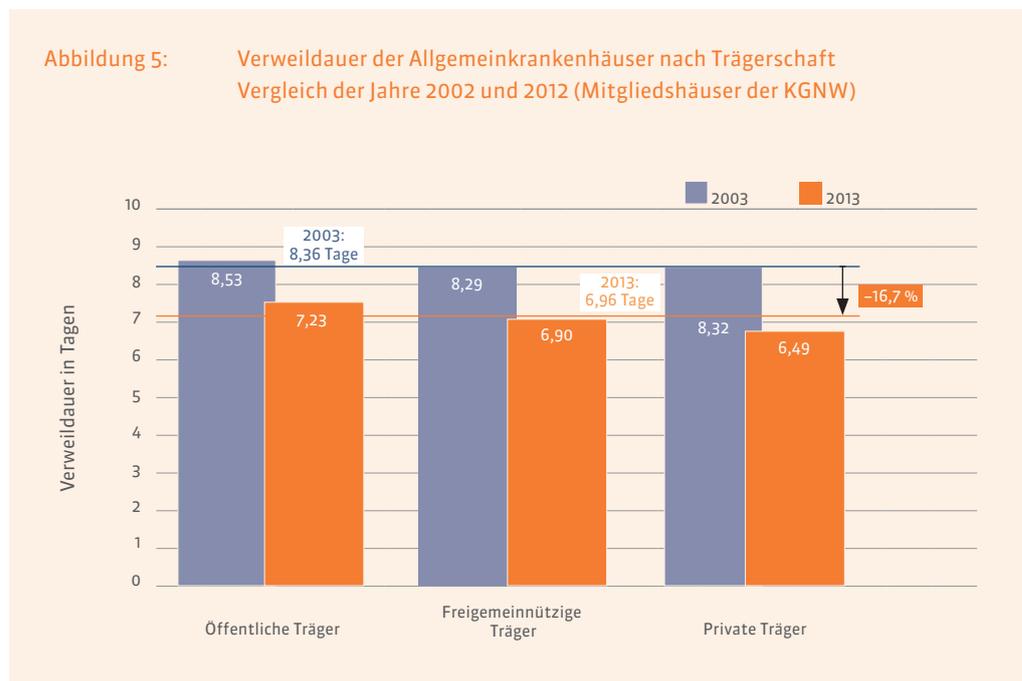


Quelle: eigene Abfragen, KGNW

Mit einer Bettenauslastung von 76,3 % in unseren Mitgliedskrankenhäusern gab es im Jahr 2013 keine wesentliche Veränderung zum Vorjahr.

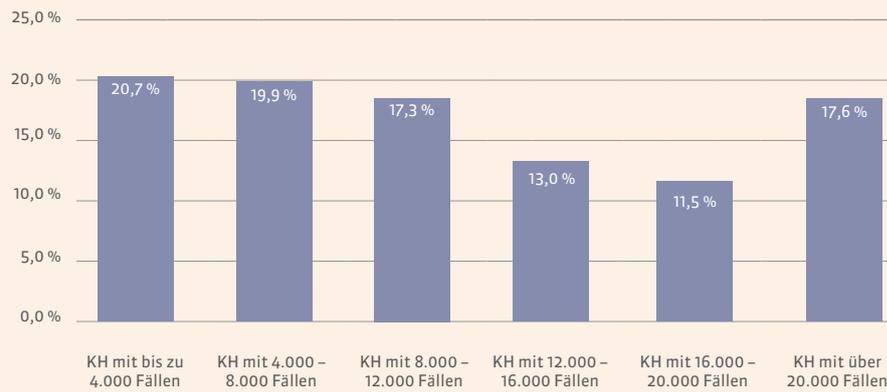
Der Trend der Verweildauerreduzierung hält weiter an, die Patienten in unserem Mitgliederbereich wurden im Jahr 2013 durchschnittlich 7,56 Tage im Krankenhaus behandelt, in den Allgemeinkrankenhäusern 6,96 Tage. Bei Häusern in privater Trägerschaft ist die Ver-

weildauer deutlicher zurückgegangen als bei öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern. Dies spiegelt auch die Abbildung 5, die die Veränderung der Verweildauer in den vergangenen zehn Jahren zeigt.



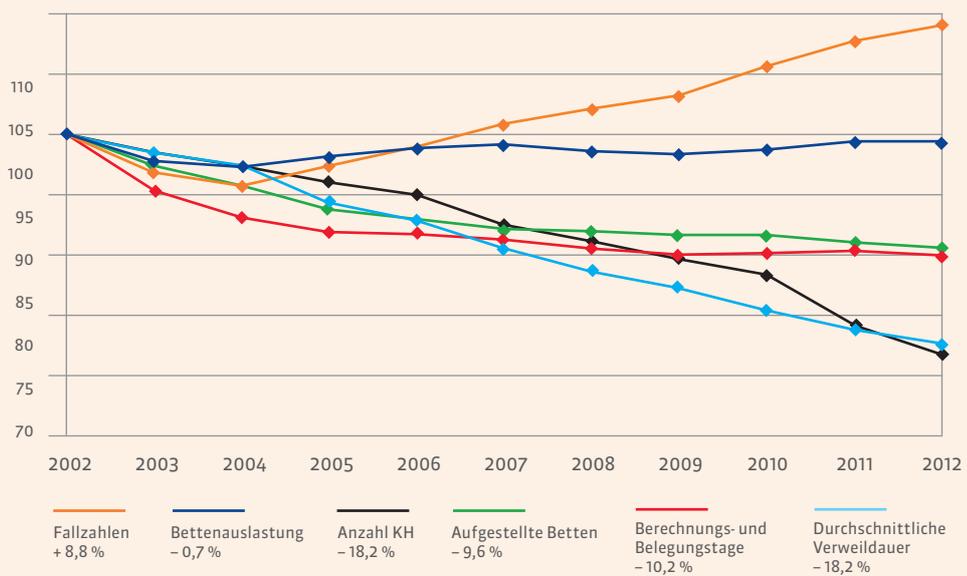
Eine Verteilung unserer Mitgliedskrankenhäuser auf Fallzahlgruppen, basierend auf den im Jahr 2013 vollstationär behandelten Patienten:

Abbildung 6: Aufteilung der Krankenhäuser 2013 in Fallzahlgruppen (vollstationäre Fälle) (Mitgliedshäuser der KGNW)



Ein Überblick über die Entwicklung der statistischen Kennziffern unserer Mitgliedskrankenhäuser in den vergangenen zehn Jahren:

Abbildung 7: Entwicklung der Betten- und Belegungsdaten seit 2003 (Index) (Mitgliedshäuser der KGNW)



Die Verweildauerreduzierung in Allgemeinkrankenhäusern nach Fachgebieten mit einem Vergleich der Jahre 2003 und 2013:

Gebiet	Allgemeinkrankenhäuser			
	Verweildauer 2003	Verweildauer 2013	Reduzierung in Tagen	Reduzierung in %
Augenheilkunde	3,72	2,78	-0,94	-25,3
Chirurgie	8,70	6,68	-2,02	-23,2
darunter Gefäßchirurgie	10,20	9,03	-1,17	-11,5
darunter Thoraxchirurgie	11,26	9,24	-2,02	-17,9
darunter Unfallchirurgie	9,21	6,65	-2,56	-27,8
darunter Viszeralchirurgie	8,47	6,73	-1,74	-20,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,58	4,27	-1,31	-23,5
darunter Frauenheilkunde	5,66	4,41	-1,25	-22,1
darunter Geburtshilfe	5,46	4,13	-1,33	-24,4
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,60	3,77	-0,83	-18,0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	8,63	5,89	-2,74	-31,7
Herzchirurgie	10,25	11,10	0,85	8,3
Innere Medizin	8,26	6,36	-1,90	-23,0
darunter Angiologie	7,02	6,45	-0,57	-8,1
darunter Endokrinologie	9,74	9,01	-0,73	-7,5
darunter Gastroenterologie	7,67	6,00	-1,67	-21,8
darunter Hämatologie	8,09	7,52	-0,57	-7,0
darunter Kardiologie	6,12	5,43	-0,69	-11,3
darunter Nephrologie	8,48	5,66	-2,82	-33,3
darunter Pneumologie	7,96	6,74	-1,40	-17,6
darunter Rheumatologie (I)	12,74	8,14	-4,60	-36,1
Klinische Geriatrie*	14,71	14,85	0,14	1,0
Kinderchirurgie	4,56	3,40	-1,16	-25,4
Kinderheilkunde	5,62	4,65	-0,97	-17,3
darunter Kinderkardiologie	6,47	5,37	-1,10	-17,0
darunter Neonatologie	13,26	10,91	-2,35	-17,7
Kinder- und Jugendpsychiatrie	42,61	32,26	-10,35	-24,3
Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	5,70	4,61	-1,09	-19,9
Neurochirurgie	10,06	9,06	-1,00	-9,9
Neurologie	9,16	6,89	-2,27	-24,8
Nuklearmedizin (Therapie)	4,56	3,23	-1,33	-29,2
Orthopädie	10,47	7,29	-3,18	-30,4
darunter Rheumatologie (O)	10,70	5,85	-4,85	-45,3
Plastische Chirurgie	6,74	5,71	-1,03	-15,3
Psychiatrie und Psychotherapie	24,45	22,26	-2,19	-9,0
darunter Suchtkrankheiten ¹⁾	-	11,50	-	-
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	50,17	49,81	-0,36	-0,7
Strahlentherapie	8,29	8,23	-0,06	-0,7
Urologie	6,53	5,05	-1,48	-22,7
Sonstige Fachbereiche	11,08	6,05	-5,03	-45,4
Insgesamt	8,36	6,96	-1,40	-16,7

Quelle: Daten gem. KHStatV, eigene Berechnung

* Ab Berichtsjahr 2007 Hauptfachabteilung (Reduzierung bezieht sich auf die Innere Medizin / Teilgebiet Klinische Geriatrie)

¹⁾ In den Jahren 2002 bis 2006 nicht erhoben

Medizin

Im Rahmen der Tätigkeit des Referates Medizin wurden zahlreiche Themen bearbeitet, die schwerpunktmäßig in anderen Referaten der KGNW angesiedelt sind. Dabei handelt es sich zum Beispiel 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 und des MDK-Prüfverfahrens nach § 275 SGB V. Das

Referat Medizin ist im Fachausschuss für Krankenhausorganisation und Personalwesen, im Fachausschuss Medizin, in der Kommission Hygiene, in der Kommission Psychiatrie und der AG Organspende der DKG vertreten. Auf der Landesebene ergibt sich eine aktive Mitarbeit im Fachbeirat der Deutschen Stiftung Organtransplantation, in dem Fachbeiräten zur Förderung der Organspende und zum Rettungswesen des MGEPA, dem Fachbeirat des epidemiologischen Krebsregisters sowie dem Fachbeirat der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

QR-Check und Qualitätssicherung mit Routinedaten

In Zusammenarbeit mit dem Referat II – Krankenhausorganisation, EDV und Statistik – der KGNW beschäftigte sich das Referat III – Medizin – mit der Weiterentwicklung und Pflege des QR-Check-Indikatorensets. Innerhalb der gemeinsamen Arbeitsgruppe mit dem Zweckverband Rheinland e.V. erfolgte schwerpunktmäßig eine Integration der aktuellen Version der G-IQI (German Inpatient Quality Indicators) in das Indikatorenset. Daneben werden sogenannte „Patient-Safety-Indikatoren (PSI)“ der „Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)“ in einem kontinuierlichen Prozess unter Hinzuziehung externen biometrischen und epidemiologischen Sachverständigen übersetzt und in das Set aufgenommen.

In Anbetracht der Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie nach § 17 d KHEntgG wurde eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Kennzahlen aus Routinedaten in der Psychiatrie gegründet und wurden Vorschläge der Geschäftsstelle für psychiatrische Kennzahlen aus Routinedaten beraten. Nach umfangreichen Proberechnungen über einen Zeitraum von vier Quartalen ist für Anfang des kommenden Jahres eine abschließende Bewertung des Indikatorensets durch die oben genannte Fachgruppe mit dem Ziel einer Überführung geeigneter Indikatoren in den Regelbetrieb geplant.

Hygiene im Krankenhaus

Ein zentrales Problem im Bestreben für eine kontinuierliche Verbesserung der Hygiene ist der unstrittig bestehende ausgeprägte Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Aus diesem Grund wurde von den Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin) gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) gemäß den Anforderungen an einen Krankenhaushygieniker der KRINKO-Empfehlung (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen aus dem Jahr 2009 ein Ausbildungskonzept für klinisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte entwickelt. Aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels in der Hygiene hat sich das Referat III in enger Abstimmung mit der DKG und den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe um eine rasche landesweite Umsetzung der curricularen Fortbildung der BÄK eingesetzt. Mittlerweile besteht in beiden Ärztekammern ein Kammerzertifikat „Krankenhaushygiene“. Ein gemeinsames Fortbildungskonzept wurde durch die Fortbildungseinrichtungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit weiteren Landesärztekammern entwickelt. Im laufenden Regelbetrieb steht das Referat III in weiterhin engem Kontakt mit den Ärztekammern und den an der Weiterbildung beteiligten

„Supervisoren“ (Qualifikation unter anderem Facharztanerkennung für das Gebiet Hygiene und Umweltmedizin oder für das Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie). Derzeit besteht noch keine flächendeckende Nutzung dieses Weiterbildungsangebotes.

Mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung in der Krankenversicherung“ (Beitragsschuldengesetz) wurde ein Hygieneförderprogramm nach § 4 Absatz 11 KHEntgG zum 01.08.2013 in Kraft gesetzt.

Durch das Hygieneförderprogramm sollen in den Jahren 2013 bis 2016 die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen, Fort- und Weiterbildung sowie externe Beratungsleistungen mithilfe von festen Kostenanteilen oder Festbeträgen gefördert werden. Weiterbildungen zu Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie zu Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie werden über das Jahr 2016 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2016 beginnen; vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen werden bis einschließlich zum Jahr 2020 gefördert. Das Referat III berät gemeinsam mit dem Referat I Krankenhäuser über das Hygieneförderprogramm und bemüht sich über die DKG um eine an der Versorgungsrealität orientierte Anpassung des Förderprogramms.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der Arbeitsschwerpunkt des Referates Medizin im Rahmen der Disease-Management-Programme lag 2014 in der Unterstützung und Beratung bei der Erstellung des Qualitätssicherungsberichtes 2013 durch die DMP-Redaktionsgruppe.

Weiterhin hat sich das Referat Medizin an der Erarbeitung und Bewertung von Feedbackberichten für die an den DMP teilneh-

menden Arztpraxen durch die einzelnen DMP-Fachkreise beteiligt. Ein bereits im Jahr 2010 gestartetes Projekt der DMP-Kurzfeedbackberichte für einzelne DMP-Programme wurde auf weitere DMP-Programme ausgedehnt. Ziel ist es, die Langversion der Feedbackberichte zukünftig sukzessive einzustellen und nur noch auf Anforderung für alle DMP-Programme zur Verfügung zu stellen.

Förderung der Organspende

Nach einem erfreulichen Anstieg der Organspendezahlen in NRW zwischen den Jahren 2005 und 2009 durch die gemeinsamen Anstrengungen der Krankenhäuser, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, des MGEPA, der Krankenkassen und der KGNW, stagnierten die Spenden in den Jahren 2010 und 2011. Seit dem Jahr 2012 ist es bedauerlicherweise zu einem dramatischen Rückgang der Organspendezahlen im Kontext der zweifellos kritikwürdigen Vorkommnisse in wenigen Transplantationszentren gekommen.

Das am 01.08.2012 in Kraft getretene TPG-Änderungsgesetz soll durch zahlreiche strukturelle und organisatorische Änderungen im Organspendeprozess die Anzahl der Organspenden erhöhen. Derzeit ist jedoch noch nicht absehbar, ob und wann es wieder zu einem Anstieg der Organspendezahlen kommen wird.

In die weiterhin andauernden weitreichenden Maßnahmen zur Umsetzung des TPG-Änderungsgesetzes auf der Bundes- und Landesebene ist das Referat Medizin eng eingebunden. Nachdem im Jahr 2009 bereits mit Unterstützung der KGNW eine Umfrage der Bezirksregierungen zum Umsetzungsgrad der Regelungen des § 3 des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG) (Transplantationsbeauftragte) erfolgt war, wurde im Verlauf der zweiten Jahreshälfte 2014 eine erneute Abfrage durch das MGEPA und die KGNW gestartet. Zusätzlich wurden erste Überlegungen mit dem MGEPA zur Novellierung des AG-TPG angestrengt.

Nach § 3 AG-TPG sind alle Krankenhäuser mit Intensivbetten verpflichtet, mindestens eine Ärztin oder einen Arzt in Leitungsfunktion zur oder zum Transplantationsbeauftragten zu bestellen. Aufgabe der/des Transplantationsbeauftragten ist ins-

besondere, darauf hinzuwirken, dass alle Todesfälle durch primäre oder sekundäre Hirnschädigung im Krankenhaus dem/der Transplantationsbeauftragten übermittelt, dokumentiert und im Rahmen der Qualitätssicherung mit der Koordinierungsstelle der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) ausgewertet werden.

Zur Erleichterung dieser Aufgabe hat die KGNW gemeinsam mit der DSO auf Anregungen aus der Krankenhauspraxis das Softwaretool Transplant-Check programmieren lassen, das aus den § 21-Datensätzen

mittels eines ICD-Filters retrospektiv potenzielle Organspender identifizieren kann. Dabei bleiben die § 21-Daten immer vor Ort im Krankenhaus. Grundlage für die Software Transplant-Check sind Filterkriterien der BÄK, ergänzt um verschiedene Ausschlusskriterien und Kontraindikationen. Die im Jahre 2010 eingeführte Software wird mittlerweile in circa 65 % aller Krankenhäuser in NRW eingesetzt. Nach nunmehr fünf Jahren Anwendungserfahrung erfolgt aktuell gemeinsam mit der DSO eine Überarbeitung des Software-Tools.

Deutsche Kodierrichtlinien für das Jahr 2015

Wie in den Vorjahren standen im Sinne einer einheitlichen Kodierung Klarstellungen und Anpassungen an die ICD-10-GM, den OPS sowie an das G-DRG-System 2015 im Vordergrund. Seit Jahren strittige Fragen, zum Beispiel zur Beatmung und korrekten Kodierung der Hauptdiagnose bei malignen Erkrankungen, konnten jedoch weiterhin

nicht gelöst werden. Diese Fragen sollen zukünftig durch den Bundesschlichtungsausschuss nach § 17 c Absatz 3 KHG geregelt werden. Die diesbezüglichen Aktivitäten auf der Bundesebene und der Landesebene (Landesschlichtungsausschuss) werden durch das Referat III begleitet.

ICD-10-GM (Version 2015) und OPS-Version 2015

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 25.09.2014 die amtlich gültige Fassung der ICD-10-GM (Version 2015) auf seinen Internetseiten veröffentlicht. Änderungen ergeben sich unter anderem im Bereich der Blutgerinnungsstörungen, des Atemnotsyndroms des Erwachsenen (ARDS) sowie bei den sekundären Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen.

Die endgültige, am 21.10.2014 veröffentlichte Fassung des OPS 2015 sieht unter anderem Änderungen im Bereich der Kniegelenksendoprothetik, der Ösophagusresektionen, der Applikation von Medikamenten

und plasmatischem Faktor X sowie für die hochaufwendige Pflege von Patienten vor. Im Bereich der Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen (Kapitel 9 des OPS) finden sich neue Zusatzcodes für die qualifizierte Entzugsbehandlung, Zusatzcodes für den erhöhten therapieprozessorientierten patientenbezogenen Supervisionsaufwand sowie Zusatzcodes für die Überwachung in einer Kleinstgruppe und die Einzelbetreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Zusätzlich erfolgte eine Überarbeitung des Codebereiches für die psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung in der KJP.

DRG-System 2015

Bei annähernd unveränderter Kalkulationsbasis wurden durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Strukturvergleiche zwischen den Kalkulationsdaten und der Grundgesamtheit der Daten nach § 21 KHEntgG durchgeführt. Hierbei zeigten sich wie im Vorjahr Unterschiede bezüglich der Verteilung bestimmter Leistungsgruppen innerhalb einzelner Fallpauschalen sowie in der Alters- und Verweildauerverteilung. Insgesamt wurde vermutet, dass die Kostenverteilung in den einzelnen Fallgruppen der Kalkulationshäuser in Teilbereichen nicht die Versorgungsrealität abbildet. Dieses Thema wird derzeit auch von der Bundesländer-Arbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausversorgung erörtert. Neben den

klassifikatorischen Änderungen erfolgte in diesem Jahr eine nur geringe Anpassung der CCL-Matrix.

Die Anzahl der DRGs bleibt im Längsverlauf stabil (Verlauf 2010-2015: 1.200 vs. 1.194 vs. 1.193 vs. 1.187 vs. 1.196 vs. 1.200). Die wenigen teilstationären Leistungen mit und ohne Bewertungsrelation sind ebenso wie die nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergüteten vollstationären Leistungen, für die krankenhausespezifische Entgelte zu vereinbaren sind (Anlage 3 a), unverändert. In der Anlage 4 (nicht bewertete Zusatzentgelte) kommt der medizinische Fortschritt durch 9 neue Zusatzentgelte zur Darstellung. Bei den bewerteten Zusatzentgelten ist es zu

einer geringfügigen nicht inhaltlichen Neusortierung und Ergänzung eines ZE gekommen. Daneben erfolgte, wie jedes Jahr, eine Anpassung an die marktüblichen Preise.

Die neurologischen und neurochirurgischen Behandlungsfälle wurden in den letzten Jahren im besonderen Maße überarbeitet. In diesem Jahr wurden zwei neurochirurgische DRGs (B09A und B09B) zur neuen DRG B09Z (Andere Eingriffe am Schädel) im Sinne einer Kondensation zusammengefasst. Die Basis-DRG E71 wurde durch die DRG E71C (Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder einen Belegungstag, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie) für aufwandsarme Behandlungen (Relativgewicht von 0,616) weiter ausdifferenziert. Ähnlich wie bei den Atmungsorganen wurde die F36 durch die F36C (Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, > 588/552/552 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder bestimmter komplizierender Konstellation, oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff), hier jedoch im hochpreisigen Segment (Relativgewicht 11,450), weiter ausdifferenziert. Aufgrund erweiterter Splitkriterien wurden bis zu diesem Zeitpunkt ungeteilte DRGs differenzierter dargestellt: G36A (Intensivmedizinische Komplexbehandlung, > 1.470/1.380/- Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane), G36B (Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.176/1.104/1.104 Aufwandspunkte und < 1.471/1.381/ – Aufwandspunkte bei Krank-

heiten und Störungen der Verdauungsorgane), H36A (Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung, > 980/828/ – Aufwandspunkte), H36B (Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung, > 588/552/552 und < 981/829/ – Aufwandspunkte), H40A (Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schwere CC), H40B (Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schweren CC). Hierbei handelt es sich teilweise um intensivtherapeutische und/oder hochpreisige Fälle, das heißt Patientengruppen, die seit Jahren überarbeitet werden. Dieser Prozess wird auch im nächsten Jahr fortgesetzt werden. Bereits deutlich ausdifferenzierte Basis-DRGs wurden weiter bearbeitet: I08H (Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel), I20G (Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodesen am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl). Aufgrund vertiefender Kenntnisse über das Kollektiv der Basis-DRG J16 konnte ein Split in J16A (Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung) und J16B (Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma) erfolgen.

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/ Psychosomatik (PEPP)

Das Vergütungssystem nach § 17d KHG soll laut dem Auftrag an die Selbstverwaltungspartner durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend sein. Voll- und teilstationäre Leistungen sind mit dem Ziel tagesgleicher Pauschalen in der Psychiatrie und Psychosomatik zu berücksichtigen.

Im Jahr 2013 wurde erstmalig ein Entgeltkatalog für die Psychiatrie und Psychosomatik kalkuliert (PEPP-Entgeltkatalog) und mittels Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) genehmigt. Die zentralen Kritikpunkte am PEPP-Entgeltkatalog sind eine nicht ausreichende Datenbasis in der Psychosomatik, die Durchführung einer Fallgruppierung anstelle einer Tagesgruppierung, die Einstufung primär nach Maßgabe der Hauptdiagnose und nur eingeschränkt in Anlehnung an die Behandlungsleistung, ein unzureichender Differenzierungsgrad des Entgeltkataloges, eine mangelhafte Abbildung der Suchterkrankungen sowie eine verweildauerabhängige Kosten-degression. Zahlreiche Kalkulationshäuser können, laut eigener Aussage, die InEK-Kalkulation nicht anhand ihrer Daten nachvollziehen.

Für den Katalog 2015 konnte das InEK die Kalkulationsstichprobe deutlich vergrößern.

Nach langwierigen Verhandlungen wurde das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie/ Psychosomatik für das Jahr 2015 grundlegend überarbeitet. Es besteht nunmehr eine Mitbe-

rücksichtigung des Entlassungstages (das heißt Pflgetage, nicht Verweildauertage) sowie eine einheitliche Basisvergütung nach Ablauf der Degression am Tag X. Als Tagesbezug werden die Merkmale „Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen“, „Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ sowie „1:1-Betreuung ab 6 Stunden“ für den Katalog 2015 gesondert ausgewiesen. Das Vorschlagsverfahren wurde im Vergleich zum Vorjahr reduziert, da zahlreiche Meldungen direkt an das InEK und Systemumbauten im Jahresverlauf durch die Selbstverwaltung erfolgten. Insgesamt ergaben sich unter anderem neue Kostentrenner (Nebendiagnosen) und neue Zusatzentgelte (Risperidon als atypisches Neuroleptikum, Depotpräparat). Daneben erfolgten Analysen tagesbezogener Vergütungskomponenten, Analysen der Therapieeinheiten, insbesondere Ärzte, Psychotherapeuten sowie Analysen zu Alterssplits und „aufwendigen Prozeduren“.

Eine kostentrennende Unterscheidung zwischen einer Pflichtversorgung und einer „Nicht-Pflichtversorgung“ ist weiterhin nicht möglich. Auf Vorschlag der DKG und der Fachverbände wurde die budgetneutrale Phase durch das BMG um zwei Jahre verlängert. Trotz der weiterhin bestehenden erheblichen Mängel hat die DKG dem Katalog 2015 zugestimmt, um hiermit eine konstruktive, aber ergebnisoffene Weiterentwicklung des Systems zu ermöglichen.

Gemeinsames Landesgremium nach § 90 a SGB V

Im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90 a SGB V beschäftigen sich spezielle Arbeitsgruppen mit den Themen „Einweisungs- und Entlassmanagement“, „Verbesserung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ und „Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen“. Bezüglich des Einweisungs- und Entlassmanagements wurden ab Juli 2013 neue standardisierte ärztliche Kurzberichte zur Einweisung und Entlassung in zwei Modellregionen unter Beteiligung von circa 150 Arztpraxen und zwei Krankenhäusern erprobt. Mittlerweile ist die modellhafte Erprobung der Kurzberichte der einweisenden und der entlassenden Ärztinnen und Ärzte abgeschlossen und evaluiert. Die beteiligten Krankenhäuser und Arztnetze zogen einvernehmlich eine positive Bilanz und erzielten durch die Anwendung der standardisierten ärztlichen Kurzberichte eine relevante Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation.

Das MGEPA beauftragte im Anschluss an die Evaluation das Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG), gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KGNW Überlegungen zur Umsetzung einer flächendeckenden Nutzung elektronischer Kurzarztberichte anzustellen.

Zum Thema „Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen“ wurden landesteilspezifisch jeweils mehrere Unterarbeitsgruppen gebildet. Im Ergebnis wurden für jeden Landesteil Verträge gemäß § 73 a SGB V formuliert. Die Krankenhäuser sollen mittelfristig in die Weiterentwicklung der Strukturen bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern einbezogen werden.

Die Arbeitsgruppe „Verbesserung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ orientiert sich an dem Vorgehen zum „Einweisungs- und Entlassmanagement“ in der Somatik und erarbeitet aktuell einen spezifisch psychiatrischen Kurzarztbericht.

Notfallsanitätäergesetz – NotSanG

Das am 27.05.2013 im Bundesgesetzblatt (BGBl. I S. 1348) verkündete und am 01.01.2014 in Kraft getretene Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätäergesetz – NotSanG) löst das Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz – RettAssG) vom 10.07.1989 (BGBl. I S. 1384) ab. Bis zum

31.12.2014 bestehen beide Gesetze respektive Ausbildungsgänge parallel.

Diese neue rettungsdienstliche Ausbildung umfasst drei Jahre und ist somit ein Jahr länger als die Ausbildung zur Rettungsassistentin und zum Rettungsassistenten. Die Auszubildenden erhalten eine Ausbildungsvergütung.

Die praktische Ausbildung erfolgt in genehmigten Lehrrettungswachen (1.960 Stunden) und geeigneten Krankenhäusern (720 Stunden, davon 80 Stunden Normalstation, 120 Stunden interdisziplinäre Notfallaufnahme, 280 Stunden Anästhesie und OP-Abteilung, 120 Stunden intensivmedizinische Abteilung, 40 Stunden geburtshilfliche, pädiatrische oder kinderchirurgische Abteilung, 80 Stunden psychiatrische oder gerontopsychiatrische Fachabteilung), der theoretische und praktische Unterricht in staatlich anerkannten Schulen (1.920 Stunden).

Die geeigneten Krankenhäuser müssen eine Betreuung der Auszubildenden durch qualifizierte Praxisanleiter aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich sicherstellen (Gesundheits- und Krankenpfleger(innen), die nach dem Krankenpflegegesetz zur Praxisanleitung berechtigt sind, und qualifizierte Ärztinnen und Ärzte). Die Praxisanleiter in den Krankenhäusern werden laut der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung durch re-

gelmäßig persönlich anwesende Lehrkräfte der staatlich anerkannten Schulen beraten.

Das für das Notfallsanitätergesetz in NRW zuständige Ministerium (MGEPA) hat im August 2014 die Ausführungsbestimmungen zur Ausbildung zur Notfallsanitäterin/zum Notfallsanitäter in Nordrhein-Westfalen (Teil I)“ veröffentlicht. Somit bestehen die Voraussetzungen für den landesweiten Start der Ergänzungsprüfungen und Ergänzungsausbildungen zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter in Nordrhein-Westfalen. Ende des Jahres ist die Veröffentlichung des Teils II der Ausführungsbestimmungen zur Notfallsanitäterausbildung in Nordrhein-Westfalen geplant. Hiermit werden die Voraussetzungen für die Vollausbildung festgelegt. Die Finanzierung der praktischen Ausbildungsabschnitte im Krankenhaus ist weiterhin ungeklärt. Dies betrifft auch die weiteren Finanzierungskomponenten (Lehrrettungswachen, Schulen, Ausbildungsvergütung).

Internetportal „Aus- und Weiterbildung für Pflegeberufe“

Im Hinblick auf den demografischen und epidemiologischen Wandel werden die Anforderungen an die pflegerische Versorgung zukünftig sowohl quantitativ als auch qualitativ steigen. Demgegenüber werden allein für Nordrhein-Westfalen im Jahr 2030 40.000 fehlende Pflegefachkräfte prognostiziert (PwC-Studie, 2012). Darüber hinaus erfordern die sinkenden Zahlen von Schulabgängern und die niedrige Entscheidungsrate junger Menschen für dieses Berufsfeld unmittelbare Strategien zur Nachwuchsgewinnung.

Vor diesem Hintergrund hat die Geschäftsstelle auf Beschluss des Vorstandes der KGNW gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege (LAG) und dem MGEPA das Projekt eines regionalen Onlineportals für Pflegeberufe angestoßen. Mit dem Onlineportal soll die Attraktivität der Pflegeberufe nachhaltig gesteigert, sollen alle wesentlichen Informationen zur Aus- und Weiterbildung der Pflegeberufe in NRW nutzergerecht aufbereitet und soll eine georeferenzielle Darstellung der verfügbaren Ausbildungsplätze ermöglicht werden.

Im Rahmen der Projektumsetzung erfolgte die Konstituierung einer Steuerungsgruppe, bestehend aus den Vertretern der beteiligten Verbände.

Zwischenzeitlich wurde der Fördermittelantrag durch das MGEPA mit Datum vom 20.05.2014 positiv beschieden. Von der Bezirksregierung Düsseldorf erging mit Datum vom 26.06.2014 ein Zuwendungsbescheid zur Projektförderung. Im unmittelbaren Anschluss an die Zusendung des Zuwendungsbescheids zur Projektförderung erfolgte eine

Beauftragung der durch die Steuerungsgruppe ausgewählten Webagentur.

Nach Maßgabe eines detaillierten Pflichtenheftes erfolgt in der zweiten Jahreshälfte 2014 eine zügige Realisierung des Internetportals. Der derzeitige Planungsstand sieht eine Fertigstellung des Internetportals im Dezember 2014 oder Januar 2015 vor. Das Gesamtprojekt hat eine Laufzeit von drei Jahren (bis zum 31.03.2017). Alle Projektschritte erfolgen in enger Abstimmung mit der Steuerungsgruppe.

Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe

In NRW bestehen derzeit elf Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Zur Evaluation dieser Studiengänge wurde durch das MGEPA ein Fachbeirat eingerichtet. An diesem ist das Referat III beteiligt. Die inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW wird federführend durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (ipp Bremen) durchgeführt.

Im Jahr 2013 wurden zwei Zwischenberichte im Fachbeirat vorgestellt. Diese Zwischenberichte beschäftigen sich mit der Strukturanalyse der elf Modellstudiengänge. Dazu wurden die Kooperationsstrukturen, der Studienablauf, der Workload und dessen Verteilung auf die verschiedenen Strukturelemente und die Situation der Studierenden untersucht.

Für Ende 2014 ist der Abschlussbericht zur Evaluation angekündigt.

Recht und Personal / Vorstand

Aufgabenspektrum und Schwerpunkte

Arbeitsschwerpunkte des Referats IV („Recht und Personal“) lagen im Jahr 2014 in der Umsetzung der neuen Selbstverwaltungsaufgaben im Bereich des § 17 c KHG und des § 116 b SGB V. Neben diversen Verhandlungen mit den Selbstverwaltungspartnern und der Beteiligung an ersten Sitzungen der Ausschüsse wurde in diesen Bereichen die Zusammenarbeit zwischen den Landeskrankengesellschaften zur Abstimmung einer einheitlichen Linie intensiviert.

Darüber hinaus wurden die Mitglieder sowohl über zahlreiche Gesetzesinitiativen und -änderungen in unterschiedlichen Themenfeldern als auch über Auswirkungen der Rechtsprechung, insbesondere des Bundessozialgerichtes, informiert. Des Weiteren wurden laufende Musterverfahren betreut, wurden deren Abwicklung im Rahmen des

Prozesskostenfonds organisiert und ein neues Musterverfahren verbandsintern sowie mit dem Klagegegner abgestimmt.

Referat IV hat intern wie extern zu konkreten Rechtsfragen im Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrecht (rechtliche Fragestellungen aufgrund des neuen Krankenhausplanes NRW), Sozialrecht (insbesondere Abrechnungsfragen anhand einzelner Abrechnungsbestimmungen), Chefarztvertragsrecht (zum Beispiel Fragen zur Vertragsgestaltung, Kostenerstattung und zum Nutzungsentgelt), Datenschutzrecht (Fragen zur Schweigepflicht, zur Herausgabe von Krankenunterlagen an Kostenträger und sonstige Dritte) sowie zu den Muster-Behandlungsverträgen nebst den dazugehörigen allgemeinen Vertragsbedingungen Stellung genommen.

Selbstverwaltungsaufgaben / Landesebene

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – Erweiterte Landesausschüsse (§ 116 b Absatz 3 SGB V)

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hat § 116 b SGB V zum 01.01.2012 eine erhebliche Novellierung erfahren, die mit der Schaffung eines eigenständigen Versorgungsbereiches einherging.

Aktueller Sachstand zur Umsetzung

Zur Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen und bereits im Jahr 2013 konstituierten erweiterten Landesausschüsse der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser nach § 116 b Absatz 3 SGB V wurden entsprechende Geschäftsstellen bei der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe errichtet.

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im März

2013 beschlossen hatte, sind in diesem Jahr die ersten beiden die ASV-RL konkretisierenden Anlagen zu den Krankheitsbereichen der Tuberkulose (Tbc) und atypischen Mykobakteriose am 24.04.2014 sowie zu den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GiT) am 26.07.2014 in Kraft getreten. Inhalt dieser Anlagen sind die über die in der ASV-RL dargestellten allgemeinen und krankheitsübergreifenden Anforderungen hinausgehenden speziellen und auf das jeweilige Krankheitsbild abgestimmten Voraussetzungen (vergleiche KGNW-Rundschreiben Nummer 187/2014 vom 24.04.2014 und Nummer 331/2014 vom 05.08.2014).

Mit Inkrafttreten der vorgenannten Anlagen des G-BA haben potenzielle ASV-Leistungserbringer nunmehr die Möglichkeit, anzuzeigen, dass die ASV-Leistungen in den dargestellten Krankheitsbereichen erbringen wollen. Korrespondierend mit dem Inkrafttreten der die ASV-RL konkretisierenden Anlagen zu den vorgenannten Krankheitsbildern, bildeten die Erarbeitung der entsprechenden Anzeigeformulare und die Beratungen über die weiterhin zahlreichen offenen Rechtsfragen einen Schwerpunkt des Referates IV.

Im Jahr 2014 wurden insgesamt fünf Anzeigen an die beiden erweiterten Landesausschüsse in NRW gerichtet, von denen drei zurückgewiesen wurden. Im Ergebnis gibt es bis zum Ende des Jahres 2014 eine Berechtigung für den Leistungsbereich „TBC“ und eine im Leistungsbereich „GiT“ (beide im Landesteil Westfalen-Lippe).

Weitere Beratung und Konkretisierungen in der Selbstverwaltung

Im Laufe des Jahres fanden diverse Erörterungsgespräche mit den Kostenträgern des erweiterten Landesausschusses für den Landesteil Nordrhein zwecks Erarbeitung und Abstimmung einer Kostenvereinbarung nebst dazugehörigem Haushaltsplan und Entschädigungsvereinbarung statt. Parallel hierzu erfolgten auch im Landesteil Westfalen-Lippe Verhandlungen über die durch das Vorhalten des erweiterten Landesausschusses entstehenden Kosten.

Als Vertreter der Krankenhäuser nahm die Geschäftsstelle daneben an zahlreichen Sitzungen sowohl der erweiterten Landesausschüsse als auch der Entscheidungsausschüsse teil. Während in den Sitzungen der erweiterten Landesausschüsse überwiegend Grundsatzfragen geklärt werden, entscheidet das als „Entscheidungsausschuss“ bezeichnete verkleinerte Gremium der erweiterten Landesausschüsse über die Anzeigen der potenziellen ASV-Leistungserbringer und ist daneben auch für die Entscheidungen im Widerspruchsverfahren zuständig.

Zudem ist die KGNW intensiv in die parallel auf Landesebene bestehende Arbeitsgruppe „Erweiterter Landesausschuss“ einbezogen, an der die Trägerorganisationen der erweiterten Landesausschüsse teilnehmen und die als Verhandlungsebene im Vorfeld der erweiterten Landesausschüsse dient. Gegenstand der Sitzungen war neben der

Beratung der Anzeigeformulare für die vorgenannten Krankheitsbilder überwiegend die Klärung der weiterhin zahlreichen offenen Rechtsfragen.

Daneben nimmt Referat IV federführend die Organisation der seit 2012 bestehenden und mit der fortwährenden Umsetzung des § 116 b SGB V befassten Arbeitsgruppe der Landeskrankenhausesellschaften (LKG-AG „§ 116 b SGB V“) wahr, an der Vertreter der 16 Landeskrankenhausesellschaften und der DKG teilnehmen. Im Jahr 2014 fanden in regelmäßigen Abständen insgesamt fünf Sitzungen jeweils in verschiedenen Geschäftsstellen der Landeskrankenhausesellschaften statt, in denen der Austausch über den jeweiligen Verhandlungsstand in den einzelnen Bundesländern, die konkrete Ausgestaltung des Anzeige- und Prüfverfahrens, sowie die Diskussion über die im Rahmen des § 116 b SGB V (neue Fassung) auftretenden Rechtsprobleme und verschiedenen Rechtsansichten im Vordergrund stand. Die Ergebnisse der Beratungen wurden von der DKG zusammengefasst, abgestimmt und im Rahmen einer FAQ-Liste den Mitgliedern zur Verfügung gestellt (vergleiche KGNW-Rundschreiben Nummer 393/2014 vom 15.09.2014).

Ferner fand am 23.07.2014 in Berlin ein Informationsaustausch der bundesweiten erweiterten Landesausschüsse und des G-BA zu Fragen der ASV gemäß § 116 b SGB V statt, an dem die KGNW als einzige Landeskrankenhausesellschaft teilnahm. Das Treffen eröffnete den Geschäftsstellen der erweiterten Landesausschüsse die Möglichkeit, ihre Fragen an den

G-BA heranzutragen, und diente einem konstruktiven Austausch. Aufgrund der positiven Resonanz sind Treffen dieser Art künftig in jährlichen Intervallen vorgesehen.

Darüber hinaus richtete der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) mit der KV Nordrhein am 01.10.2014 eine Veranstaltung zur ASV aus. In diesem Rahmen haben Experten aus beteiligten Institutionen den Status quo dargestellt und die Fragen der Ärzte aus den Praxen und Kliniken beantwortet. Auch die KGNW wurde als Vertreter der Krankenhäuser eingebunden und hat zu dem Themenbereich „Kooperationen innerhalb der ASV aus Sicht der Krankenhäuser“ referiert.

Verstärkter Bestandsschutz durch GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Der Referentenentwurf zum GKV-VSG sieht die Schaffung eines dauerhaften Bestandsschutzes für Krankenhäuser vor, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung teilnehmen. Zudem erfolgt eine Klarstellung, der zufolge die Unterbrechung des Fristlaufs im Falle der Anforderung ergänzender Unterlagen durch den erweiterten Landesausschuss nicht zu einem Neubeginn der Frist führt, sondern als Hemmung zu qualifizieren ist (vergleiche KGNW-Rundschreiben Nummer 438/2014 vom 16.10.2014).

Neuregelung durch das Beitragsschuldengesetz

Am 01.08.2013 ist das sogenannte Beitragsschuldengesetz in Kraft getreten. Dieses Gesetz enthält unter anderem Neuregelungen zu § 17 c Absatz 4 und 4 b KHG, die die Errichtung eines Schlichtungsausschusses auf Landesebene zur Überprüfung von Ergebnissen einer Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 c SGB V beinhalten. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass gemäß § 17 c Absatz 4 b KHG bei Forderungen bis zu 2.000 Euro, die nach erfolgter MDK-Abrechnungsprüfung strittig sind, nunmehr zwingend ein Schlichtungsverfahren vor dem Schlichtungsausschuss durchzuführen ist, bevor Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden kann. Folglich stellt die Neuregelung des § 17 c Absatz 4 b KHG eine Zulassungshürde für die Anrufung der Sozialgerichte dar.

Umsetzungshindernisse / Forderungen an die Politik

Zwar haben die KGNW und die nordrhein-westfälischen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen kurze Zeit nach Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes eine Arbeitsgruppe auf Landesebene gegründet, die unmittelbar Gespräche zur Bildung des Schlichtungsausschusses nach § 17 c Absatz 4 in Verbindung mit Absatz 4 b KHG aufgenommen hat. Jedoch konnte in Nordrhein-Westfalen – wie auch in den übrigen Bundesländern – ein Schlichtungsausschuss nach § 17 c Absatz 4 KHG trotz intensiver Bemühungen nicht zeitnah errichtet

werden. Die Umsetzungsprobleme waren insbesondere dem offenen Wortlaut des § 17 c Absatz 4 KHG und der daraus resultierenden Vielzahl von Rechtsfragen zur Rechtsnatur und Ausgestaltung des Schlichtungsverfahrens geschuldet. So hatte der Bundesrat bereits im Rahmen der Begründung des von ihm formulierten Entschließungsantrages vom 05.07.2013 auf Probleme bei der Umsetzung des § 17 c Absatz 4 KHG hingewiesen (BR-Drucksache 493/13). Die Landeskrankenhausesellschaften haben aufgrund der vielen Umsetzungsprobleme und der Frage nach dem Zweck eines Schlichtungsverfahrens gemäß § 17 c Absatz 4 KHG auf Bundesebene mittels der DKG eine Abschaffung der Neuregelung des § 17 c Absatz 4 und 4 b KHG gefordert. Jedoch hielt der Bundestag an der Neuregelung fest, mit dem Ziel, durch diese die Sozialgerichte zu entlasten.

Verhandlungen auf Landesebene

Auf Landesebene haben die Trägerorganisationen des vorläufigen Schlichtungsausschusses in Nordrhein-Westfalen im Rahmen von Erörterungsgesprächen der Arbeitsgruppe stetig versucht, die Umsetzung des § 17 c Absatz 4 KHG voranzubringen und ein Schlichtungsverfahren zu etablieren. Hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit und Grenzen eines solchen Schlichtungsverfahrens wurde darüber hinaus Mitte Juli 2014 ein Gespräch mit Vertretern des Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit

Nordrhein-Westfalen (LDI) geführt. Die Beratungsergebnisse dieses Gesprächs haben in der Verfahrensordnung des vorläufigen Schlichtungsausschusses gemäß § 17 c Absatz 4 KHG Berücksichtigung gefunden.

Bundesweite Abstimmung

Parallel zu den Arbeitsgruppen auf Landesebene haben die Landeskrankenhausgesellschaften aufgrund der flächendeckenden Umsetzungsprobleme und der administrativen Herausforderung bei der Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Landesebene gemäß § 17 c Absatz 4 KHG eine gemeinsame Arbeitsgruppe, die LKG-AG § 17 c KHG, eingerichtet, die sich regelmäßig an wechselnden Sitzungsorten getroffen und Lösungsansätze zur Errichtung eines solchen Ausschusses erarbeitet hat. In der LKG-AG § 17 c KHG wurde unter anderem die Rechtsnatur des Landeschlichtungsausschusses diskutiert sowie das Muster für eine Schlichtungsvereinbarung nebst Verfahrensordnung gefertigt. Zudem wurde auch das weitere Vorgehen auf politischer Ebene in Form der Positionierung zur Neuregelung des § 17 c Absatz 4 KHG erörtert. Daneben wurden auch die die Bundesebene betreffenden Neuregelungen des § 17 c Absatz 2 und 3 KHG in den landesbezogenen Punkten beraten.

Verschärfung durch das GKV-FQWG

Darüber hinaus ist am 25.07.2014 eine erneute Änderung des § 17 c Absatz 4 KHG durch das GKV-FQWG in Kraft getreten. Gemäß § 17 c Absatz 4 Satz 10 KHG in der Neufassung

durch das GKV-FQWG ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18 a Absatz 1 KHG wahrzunehmen, wenn bis zum 31.08.2014 kein Schlichtungsausschuss anrufbar ist. Gemäß § 17 c Absatz 4 Satz 11 KHG in der Neufassung durch das GKV-FQWG kann die Schiedsstelle für diese Zeit unter Berücksichtigung der Vorgaben von § 17 c Absatz 4 Satz 3 KHG einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten.

Durch die erneute Novellierung des § 17 c Absatz 4 KHG und die darin enthaltenen Interimslösung, die Aufgabe der Schlichtung übergangsweise auf die Schiedsstellen nach § 18 a Absatz 1 KHG zu übertragen, musste der bis dahin abgestimmte Entwurf einer Schlichtungsvereinbarung zwischen der KGNW und den nordrhein-westfälischen Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen nebst Verfahrensordnung überarbeitet werden. Denn aufgrund der Interimslösung sahen sich die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene gezwungen, zeitnah einen vorläufigen Schlichtungsausschuss gemäß § 17 c Absatz 4 Satz 11 KHG durch die nordrhein-westfälischen Schiedsstellen nach § 18 a Absatz 1 KHG zu errichten, um die Schiedsstellen von dieser Aufgabe zu entlasten und damit ihre Funktionsfähigkeit zu gewährleisten.

Der vorläufige Schlichtungsausschuss in NRW

Die nordrhein-westfälischen Schiedsstellen nach § 18 a Absatz 1 KHG haben daher mit Beschluss vom 21.08.2014 in einer gemeinsamen Sitzung einen vorläufigen nordrhein-westfälischen Schlichtungsausschuss nach § 17 c Absatz 4 Satz 11 KHG auf Grundlage einer vorläufigen Geschäftsordnung nebst Verfahrensordnung des vorläufigen Schlichtungsausschusses errichtet. Die vorläufige Geschäftsordnung sowie die Verfahrensordnung basieren auf den bis dahin zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie der KGNW beratenen Entwürfen.

Im Vorfeld des Schlichtungsverfahrens wurden von der Geschäftsstelle bisher 275 Codenummern für das Nichteinigungsprotokoll vergeben.

Derzeit liegen der Geschäftsstelle des vorläufigen Schlichtungsausschusses 26 Anträge auf Durchführung des Schlichtungsverfahrens nach § 17c Absatz 4 KHG vor.

Besetzung des vorläufigen Schlichtungsausschusses in NRW/Geltungsdauer

Gemäß § 2 Absatz 1 der vorläufigen Geschäftsordnung besteht der vorläufige Schlichtungsausschuss aus dem unparteiischen Vorsitzenden, 6 Vertretern der Krankenkassen und 3 Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser mit doppeltem Stimmgewicht. Für das Amt des unpartei-

schen Vorsitzenden wurden die Vorsitzenden der nordrhein-westfälischen Schiedsstellen nach § 18 a Absatz 1 KHG bestellt. Als krankenhausesseitige Mitglieder beziehungsweise stellvertretende Mitglieder des vorläufigen Schlichtungsausschusses wurden die von den Spitzen- und Zweckverbänden der KGNW vorgeschlagenen Personen sowie Mitarbeiter der KGNW vom Vorstand beziehungsweise Präsidium der KGNW benannt. Somit ist die KGNW auch auf Arbeitsebene im vorläufigen Schlichtungsausschuss eingebunden.

Die Amtszeit des vorläufigen Schlichtungsausschusses beginnt am 01.09.2014 und endet, wenn die nordrhein-westfälischen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die KGNW den „endgültigen“ Schlichtungsausschuss errichtet haben beziehungsweise spätestens mit Ablauf des 28.02.2015. Die nordrhein-westfälischen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die KGNW beabsichtigen, spätestens bis zum 01.03.2015 einen endgültigen Schlichtungsausschuss im Sinne des § 17 c Absatz 4 KHG zu bilden, der dann den vorläufigen, durch die Schiedsstellen errichteten Schlichtungsausschuss ablösen soll.

Sitz der Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle des vorläufigen Schlichtungsausschusses hat ihren Sitz bei der KGNW; sie hat am 01.09.2014 ihre Arbeit aufgenommen. Die Geschäftsstelle des vorläufigen Schlichtungsausschusses hat eine Website des vorläufigen Schlichtungs-

ausschusses errichtet (www.schlichtungsausschuss-nrw.de), auf der unter anderem weitergehende Informationen zum Schlichtungsverfahren sowie die erforderlichen Formulare und dazugehörigen Ausfüllhinweise abgerufen werden können.

Das Schlichtungsverfahren in NRW

Der vorläufige Schlichtungsausschuss erarbeitet auf Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Unterlagen, deren Umfang gemäß der Verfahrensordnung des vorläufigen Schlichtungsausschusses begrenzt ist, einen Schlichtungsvorschlag. Über den Schlichtungsvorschlag kann im schriftlichen Verfahren oder in einem nicht öffentlichen Beratungstermin abgestimmt werden. Ein von den Mitgliedern des Schlichtungsausschusses mehrheitlich beschlossener Schlichtungsvorschlag wird anschließend an die Parteien des Streitfalles versandt, die den Schlichtungsvorschlag annehmen oder ablehnen können. Wenn eine Partei oder beide Parteien den Vorschlag ablehnen, wird eine Erfolglosigkeitsbescheinigung vom vorläufigen Schlichtungsausschuss ausgestellt, die als Nachweis für die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens im Sinne von § 17 c Absatz 4 b Satz 3 KHG gegenüber dem Sozialgericht dient. Die Kommunikation innerhalb des vorläufigen Schlichtungsausschusses und zwischen dem vorläufigen Schlichtungsausschuss und den Streitparteien erfolgt grundsätzlich per E-Mail.

Die für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens erforderlichen Formulare eines

Nichteinigungsprotokolls, das im Vorfeld einer Anrufung des Schlichtungsausschusses zwischen den Streitparteien ausgetauscht wird, und eines Antrags sind ebenfalls in der Landesarbeitsgruppe der nordrhein-westfälischen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und der KGNW zur Umsetzung des § 17 c Absatz 4 KHG erarbeitet worden.

Information der Mitglieder

Mit KGNW-Rundschreiben Nummer 361/2014 vom 28.08.2014 hat die KGNW ihre Mitgliedskrankenhäuser darüber informiert, dass ein vorläufiger Schlichtungsausschuss gemäß § 17 c Absatz 4 Satz 11 KHG in NRW gebildet worden ist und ab dem 01.09.2014 seine Arbeit aufnimmt.

Am 22.09.2014 hat die KGNW in Neuss eine kostenlose Informationsveranstaltung zu dem Thema „Von der Rechnung über die Prüfung und Schlichtung zur Vergütung oder die neuen Spielregeln des § 17 c KHG“ durchgeführt, an der zahlreiche Vertreter der Mitgliedskrankenhäuser teilgenommen haben. Im Rahmen dieser KGNW-Informationsveranstaltung hat Herr Rechtsanwalt Andreas Wagener von der DKG über das neue Prüfverfahren nach § 17 c Absatz 2 KHG auf Grundlage der im Juli 2014 vereinbarten Prüfverfahrensvereinbarung berichtet und seitens der KGNW haben Mitarbeiter aus dem Referat IV über den vorläufigen Schlichtungsausschuss in NRW nach § 17 c Absatz 4 KHG und das diesbezügliche Schlichtungsverfahren referiert.

Neue Feststellungen durch BSG-Entscheidung

Am 08.10.2014 hat der 3. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) in dem Verfahren B 3 KR 7/14 R schließlich über die Frage entschieden, wann die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens eine besondere Prozessvoraussetzung ist, deren Nichtbeachtung zur Unzulässigkeit einer Klage führt.

Dem Terminbericht Nummer 44/14 vom 09.10.2014 zum vorgenannten Verfahren ist zu entnehmen, dass sich der Ausschluss von Direktklagen nach § 17 c Absatz 4 b Satz 3 KHG nach Auffassung des 3. Senats des BSG grundsätzlich auch auf streitig gebliebene Vergütungen erstreckt, bei denen eine Behandlung vor dem 01.08.2013, also vor Inkrafttreten der Neuregelung des § 17 c KHG, stattgefunden hat. Der 3. Senat des BSG unterscheidet lediglich danach, ob in einem Bundesland bereits ein handlungsfähiger Schlichtungsausschuss existiert und ob eine Klage vor Errichtung eines solchen Schlichtungsausschusses erhoben worden ist. Es sei kein effektiver Rechtsschutz gegeben, wenn das Schlichtungsgremium nicht existiere oder nicht handlungsfähig sei. In diesem Fall sei weiterhin eine Direktklage möglich.

Dabei sei nach Auffassung des BSG die Möglichkeit einer Direktklage auch nicht wegen der erneuten Gesetzesänderung des § 17 c Absatz 4 KHG durch das GKV-FQWG, in deren Rahmen die Aufgabe der Schlichtungsausschusses übergangsweise auf die Schiedsstel-

len nach § 18 a Absatz 1 KHG übertragen wurde, unzulässig geworden. Erst wenn die Schiedsstelle oder der Schlichtungsausschuss den jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaften und den Verbänden der Krankenkassen förmlich angezeigt hat, dass sie „funktionsfähig errichtet“ ist und die Aufgaben der Schlichtung übernehmen kann, greife die Sperre des § 17 c Absatz 4 b Satz 3 KHG.

Ferner ist dem Terminbericht zu entnehmen, dass nach Auffassung des BSG der Schlichtungsausschuss – wie auch die Schiedsstelle – eine Behörde im Sinne des Verfahrensrechts sei, die durch Verwaltungsakt entscheide. Demnach sei eine Klage „gegen die Entscheidung des Schlichtungsausschusses nach § 17 c Absatz 4 KHG“ gegen den Ausschuss zu richten.

Reaktion der betroffenen Selbstverwaltung in NRW

Die nordrhein-westfälischen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie die KGNW vertreten im Einvernehmen mit allen fünf Ausschussvorsitzenden die Auffassung, dass die Funktionsfähigkeit des vorläufigen Schlichtungsausschusses trotz des Terminberichts Nummer 44/14 des Bundessozialgerichts vom 09.10.2014 gegeben ist. Zum einen müssten zunächst die schriftlichen Urteilsgründe in der Sache abgewartet werden, um zu erkennen inwieweit Änderungsbedarf gegeben ist. Zum anderen soll die Reaktion des Gesetzgebers im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes abgewartet werden.

Die Geschäftsstelle der KGNW hat ihre Mitgliedskrankenhäuser mit Rundschreiben Nummer 443/2014 vom 20.10.2014 über diese Rechtsauffassung informiert. Zudem erhielten die Mitglieder bezüglich der ungeklärten Frage, ob ein Schlichtungsver-

fahren verjährungshemmend wirkt, mit KGNW-Rundschreiben Nummer 487/2014 vom 24.11.2014 eine Handlungsempfehlung nebst Muster für eine Verjährungsverzichtserklärung und ein diesbezügliches Anschreibenmuster.

Lenkungsausschuss der Koordinierungsstelle „Weiterbildung Allgemeinmedizin“ in Nordrhein-Westfalen (LA-WAM-NRW)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern beider Landesteile haben 2012 eine gemeinsame Koordinierungsstelle „Weiterbildung Allgemeinmedizin“ für Nordrhein-Westfalen gegründet, deren Entscheidungen einvernehmlich durch den Lenkungsausschuss getroffen werden. Die Konstituierung beruht auf § 5 der zwischen der DKG, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossenen „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“.

Ziel der Zusammenarbeit ist die Förderung der Weiterbildung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses zur langfristigen

Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Zur Umsetzung der vertraglich vorgesehenen und gegebenenfalls von der Koordinierungsstelle erweiterten oder konkretisierten Aufgabenstellungen wurden zwei Geschäftsstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise Ärztekammern in den jeweiligen Landesteilen eingerichtet.

Die KGNW hat auch im Jahr 2014 den Vorsitz des Lenkungsausschusses übernommen. Referat IV hat den landesbezogenen Bericht der Koordinierungsstelle NRW für das Jahr 2013 aus den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe zusammengestellt und an die Geschäftsstelle der Lenkungsgruppe auf Bundesebene übersandt.

Clearingstelle NRW

Die Clearingstelle in NRW wurde als „koordinierendes Gremium“ durch den Landesvertrag zur Einrichtung einer Clearingstelle in Nordrhein-Westfalen 2010 mit dem Ziel der „Beachtung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt“ errichtet. Diese stimmt sich in Grenzfällen ab und entwickelt gegebenenfalls gemeinsame Prüfkriterien. Die Geschäftsstelle wurde von der KGNW übernommen. Die gemeinsame Clearingstelle übernimmt grundsätzlich keine Einzelvertragsprüfung. Die Mitglieder (Vertragsärzte beziehungsweise Krankenhäuser) können sich nicht direkt an die Clearingstelle, sondern nur an ihre jeweils zuständige Institution der Selbstverwaltung wenden. Krankenhäuser können eine abschließende rechtsverbindliche Klärung nur über die zuständige Bezirksregierung erreichen.

Die Clearingstelle kann aber auf Antrag eines Vertragspartners Kooperationsverträge beraten, soweit eine Beratung aufgrund einer besonderen Konstellation notwendig ist, das heißt nicht anhand der Leitlinie abschließend bewertet werden kann. Eine entsprechende Beratung der Clearingstelle NRW war im Jahr 2014 allerdings nicht erforderlich.

Referat IV hat im Jahr 2014 zahlreiche Kooperationsverträge – überwiegend im Vorfeld von Vertragsabschlüssen – zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten im Hinblick auf eine unzulässige Zuweisung gegen Entgelt geprüft. Bedenken wurden in der Regel gemeinsam mit den Krankenhäusern ausgeräumt. In Zweifelsfällen wurde seitens der Geschäftsstelle empfohlen, den Bezirksregierungen diese Verträge zur Kontrolle im Vorfeld vorzulegen.

Selbstverwaltungsaufgaben / Bundesebene

Die Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17 c Absatz 2 KHG

Gemäß § 17 c Absatz 2 KHG in der Fassung des Beitragsschuldengesetzes regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband Bund) und die DKG das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1 c SGB V. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung

im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen.

Nachdem die Verhandlungen zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband Bund über die Vereinbarung nach § 17 c Absatz 2 KHG zur Regelung der Durchführung eines MDK-Prüfverfahrens nach § 275 Absatz 1 c SGB V gescheitert sind, hat die DKG die

Bundesschiedsstelle nach § 18 a Absatz 6 KHG angerufen. Am 18.07.2014 fand die zweite mündliche Verhandlung der Bundesschiedsstelle nach § 18 a Absatz 6 KHG zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1 c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung) gemäß § 17 c Absatz 2 KHG statt, an der auch ein Vertreter der KGNW teilgenommen hat. Im Rahmen dieser Verhandlung konnten sich die Vertragsparteien DKG und GKV-Spitzenverband Bund auf eine Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) einigen. Die PrüfvV ist zum 01.09.2014 in Kraft getreten und gilt für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen werden.

Die Geschäftsstelle hat mit KGNW-Rundschreiben Nummer 320/2014 vom 28.07.2014 über die PrüfvV informiert. Wesentliche Inhalte der PrüfvV betreffen unter anderem ein neu eingeführtes freiwilliges Vorverfahren zum MDK-Prüfverfahren, die Mitteilung der der Rechnungsprüfung zugrunde liegenden Auffälligkeit, Prüfeinleitungsfristen, Fristen zum Versand der Unterlagen durch das Krankenhaus an den MDK, Fristen zur Möglichkeit einer Datenkorrektur beziehungsweise -ergänzung durch das Krankenhaus, aber auch Fristen zur Mitteilung der abschließenden leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus.

Zwar konnte die Forderung des GKV-Spitzenverbandes Bund zur Regelung von Strafzahlungen zulasten der Krankenhäuser im Falle

bestimmter Korrektursummen abgewandt werden, jedoch regelt die PrüfvV nunmehr eine bundesweit geltende Aufrechnungsmöglichkeit der einzelnen Krankenkasse mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des jeweiligen Krankenhauses, wenn nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich ein bestehender Erstattungsanspruch festgestellt wird oder ein nach Durchführung des MDK-Prüfverfahrens auf der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse beruhender Erstattungsanspruch fristgerecht dem Krankenhaus mitgeteilt wird. Somit dürfte dem landesvertraglich geregelten Aufrechnungsverbot in NRW nur noch eingeschränkt Geltung zukommen.

Zwar gilt die PrüfvV erst für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, jedoch gehen bereits viele Anfragen der Mitgliedskrankenhäuser zur PrüfvV beim Referat IV ein, da sich die Mitgliedskrankenhäuser auf das neu geregelte Prüfverfahren und dessen strengen Fristen einstellen und vorbereiten wollen. Insbesondere die vierwöchige Frist zum Unterlagenversand des Krankenhauses an den MDK erfordert eine organisatorische Umstrukturierung vieler Krankenhäuser.

Die KGNW hat Kontakt zu den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen bezüglich der Weitergeltung des Landesvertrages nach § 112 Absatz 2 Nummer 2 SGB V sowie zum MDK beider Landesteile hinsichtlich der Umsetzung der Prüfverfahrensvereinbarung aufgenommen.

Der Bundesschlichtungsausschuss nach § 17 c Absatz 3 KHG

Der Bundesschlichtungsausschuss nach § 17 c Absatz 3 KHG, der die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung zur Aufgabe hat, hat sich Mitte 2014 konstituiert und die notwendigen Verfahrensregelungen vereinbart.

Der Bundesschlichtungsausschuss kann von der DKG, dem GKV-Spitzenverband Bund, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausgesellschaften angerufen werden. Der Vorstand der DKG hat in seiner 276. Sitzung am 17.06.2014 in Berlin beschlossen, dass vor der offiziellen Anrufung des Bundesschlichtungsausschusses durch eine

Landeskrankenhausgesellschaft oder die DKG im Sinne einer Selbstverpflichtung das Thema zunächst in den zuständigen Gremien der DKG erörtert werden soll. Für diesen Zweck wird ein von der DKG entworfenes und abgestimmtes Antragsformular ausgefüllt an die DKG übersandt. Dort werden gegebenenfalls weitere Hinweise ergänzt und die Unterlagen anschließend an die Mitglieder der betreffenden Gremien zur Beratung weitergeleitet. In den Beratungen soll eine gemeinsame Einschätzung darüber getroffen werden, ob die krankenhausesseitige Anrufung des Bundesschlichtungsausschusses in diesem Kontext zweckdienlich erscheint.

Gesetzesinitiativen/-änderungen

Asylbewerberleistungsrecht

Mit Urteil vom 30.10.2013 (Aktenzeichen: B 7 AY 2/12 R; KGNW-Rundschreiben Nummer 148/2014 vom 01.04.2014) hat das Bundessozialgericht die bislang unstrittige analoge Anwendung des § 25 SGB XII abgelehnt, wenn einem Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Nothilfe geleistet wird. Danach würde es derzeit keine Anspruchsgrundlage für die Erstattung der Aufwendungen eines Krankenhauses bei Notfallbehandlungen im Bereich des Asylbewerberleistungsrechts geben.

Zwecks unverzüglicher Schließung dieser Gesetzeslücke hatte sich die DKG bereits unmittelbar nach Verkündung des Urteils im

Herbst 2013 an das zuständige Ministerium für Arbeit und Soziales gewandt und dringenden Handlungsbedarf angemahnt.

Am 27.08.2014 hat das Bundeskabinett die Neuregelung des Asylbewerberleistungsgesetzes beschlossen. Die Leistungen für Asylbewerber sollen verbessert werden. Unter anderem soll auch in Reaktion auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.10.2013 ein sogenannter Nothelferanspruch im Asylbewerberleistungsgesetz geregelt werden. Krankenhäuser und Ärzte sollen somit Behandlungskosten unmittelbar vom Leistungsträger erstattet erhalten, wenn sie in medizinischen Eilfällen Leistungsberechtigte behandeln.

Die DKG hat diesbezüglich an der Verbändeanhörung teilgenommen und eine umfassende schriftliche Stellungnahme abgegeben, die sich mit den erheblichen praktischen Umsetzungsproblemen der Krankenhäuser im Rahmen der Eilfallbehandlung befasst. Eine reine Übernahme und Verlagerung der sich aus dem Aufwendungsersatzanspruch des § 25 SGB XII bekannten Probleme wird allerdings abgelehnt. Die DKG hat konkrete Gegenvorschläge für eine Neufassung der Eilfallregelung im AsylBLG eingebracht. Der Regierungsentwurf lässt leider die Stellungnahme der DKG unberücksichtigt.

Die Forderungen der Krankenhäuser werden im laufenden Gesetzgebungsverfahren weiter vertreten.

Vertrauliche Geburt

Mit dem am 01.05.2014 in Kraft getretenen „Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt“ ermöglicht der Bundesgesetzgeber Schwangeren in Not, unter einem Pseudonym im Krankenhaus zu entbinden, sofern sie ihre Daten vertraulich beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben hinterlegen und somit dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft Rechnung tragen. Über das Verfahren der „vertraulichen Geburt“ und die damit für alle Krankenhäuser mit geburtshilflichen Einrichtungen einhergehenden Neuerungen hat Referat IV bereits im vergangenen Jahr ausführlich berichtet. Im zeitlichen Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Gesetzes kam die Geschäftsstelle der Bitte des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

um Weiterverbreitung des umfangreichen Informationsmaterials nach und hat neben der Beratung im Rahmen von Einzelanfragen per KGNW-Rundschreiben Nummer 210/2014 vom 13.05.2014, Nummer 345/2014 vom 18.08.2014 und Nummer 432/2014 vom 13.10.2014 über die sich im Rahmen der Umsetzung ergebenden rechtlichen Fragen informiert.

Novellierungsbedarf der Eilfallregelung des § 25 SGB XII

Die Erstattung von Krankenhausbehandlungskosten nach (notfallmäßigen) Behandlungen von mittellosen Patienten ohne Krankenversicherungsschutz stellt Krankenhäuser regelmäßig vor große Probleme. Dies betrifft nicht nur, aber vor allem ausländische Patienten, da die Feststellung des sozialen Status hier häufig nicht eindeutig möglich ist.

Das Problem der nicht finanzierten Notfallbehandlungen hat sich in den letzten Jahren manifestiert, und rechtssichere, eindeutige sowie praktikable Lösungsansätze sind kaum ersichtlich. Im Zuge der EU-Osterweiterung und der damit verbundenen Arbeitnehmerfreizügigkeit ist eine weitere Verschärfung dieser Problematik zu befürchten. Für zahlreiche Krankenhäuser, insbesondere in Kommunen, die Zuwanderungsschwerpunkte sind, ist die vollständige Refinanzierung der entstandenen Behandlungskosten in der Regel nicht möglich. Ausstehende Forderungen haben bereits erhebliche Dimensionen für betroffene Krankenhäuser angenommen.

Insbesondere die Nothelferregelung des § 25 SGB XII stellt mittlerweile aufgrund ihrer ge-

setzlichen Konstruktion und der jüngsten Entscheidungen des Bundessozialgerichtes (siehe KGNW-Rundschreiben Nummer 198/2104 vom 06.05.2014) für Krankenhäuser eine unüberwindliche Hürde dar. Eine unverhältnismäßige Belastung der nothelfenden Krankenhäuser resultiert daraus, dass sie die materielle Beweislast für das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen des § 25 SGB XII

tragen und der Anspruch bei fehlender Mitwirkung des Hilfebedürftigen scheitern kann.

Die KGNW hat diese Problematik auf Landesebene gegenüber der Politik verdeutlicht und spricht sich für die Novellierung des § 25 SGB XII aus. Auf Bundesebene setzt sich die KGNW über die DKG für eine entsprechende Gesetzesänderung ein.

Information und Beratung / Aktuelle Rechtsprechung

Vor- und nachstationäre Leistungen (BSG)

Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des BSG vom 17.09.2013 (Aktenzeichen: B 1 KR 21/12 R, B 1 KR 67/12 R und B 1 KR 51/12 R) bildete die Beratung im Bereich der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 115 a SGB V einen weiteren Schwerpunkt.

Das BSG hat mit den vorgenannten Urteilen die Feststellung getroffen, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch für vor- und nachstationäre Behandlungen gilt. Zur Gewährleistung des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Leistung wird Krankenhäusern im Vorfeld der eigentlichen Behandlung die Prüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten nach rein medizinischen Erfordernissen auferlegt. Krankenhäuser können danach in Fällen der Abklärung der Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung erst dann tätig werden, wenn die vertragsärztliche Diagnostik voll ausgeschöpft wurde.

Konsequenzen für die Abrechnung/ Vergütung

Ferner müssen Krankenhäuser bei der Abrechnung einer nachstationären Krankenhausbehandlung gesondert darlegen, dass aus medizinischen Gründen eine nachstationäre Behandlung des Versicherten anstelle identischer vertragsärztlicher Behandlung geboten war. Sofern das Krankenhaus dieser Begründungspflicht nicht nachkommt, handelt es sich um eine formal nicht ordnungsgemäße Abrechnung, die zur Folge hat, dass weder Fälligkeit der Krankenhausrechnung eintritt noch die Ausschlussfrist des § 275 Absatz 1 c Satz 2 SGB für MDK-Prüfungen zu laufen beginnt.

Referat IV hat die Mitglieder über diese Entscheidungen und ihre Auswirkungen in mehreren Rundschreiben informiert (vergleiche KGNW-Rundschreiben Nummer 131/2014 vom 24.03.2014, Nummer 132/2014 vom 24.03.2014 und Nummer 183/2014 vom 22.04.2014). Aufgrund der mit dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung einhergehenden Verunsicherung der Mitglieder, in

welchen Fällen ihnen der vorgenannte Leistungsbereich weiterhin eröffnet ist, und dem Umstand, dass einige Krankenkassen die Urteile des BSG zum Anlass genommen haben, die Vergütung vor- und nachstationärer Krankenhausbehandlung mittels pauschaler Begründung flächendeckend abzulehnen, erfolgte auch eine umfassende Beratung in Einzelfällen.

Konsequenzen für Kooperationen mit Vertragsärzten

Aus der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 115 a SGB V folgt für mögliche Kooperationen in diesem Bereich, dass Gegenstand einer Beauftragung niedergelassener Vertragsärzte nur Leistungen sein können, für die die Mittel des Krankenhauses erforderlich sind und für die eine vertragsärztliche Versorgung nicht ausreicht. Bei konsequenter Beachtung dieser restriktiven Vorgaben ist die Möglichkeit der Erbringung dieser Leistungen in der Arztpraxis eines beauftragten niedergelassenen Vertragsarztes infrage zu stellen.

Im Zusammenhang mit den Neuregelungen des § 115 a Absatz 1 Satz 2 SGB V sahen niedergelassene Vertragsärzte, Ärztenetze und Verbände sowie Krankenhäuser neue Ansatzpunkte für Kooperationen im Rahmen

der Beauftragung niedergelassener Vertragsärzte mit Leistungen gemäß § 115 a SGB V. Die KGNW hat auf die ordnungs- und wettbewerbsrechtlichen Grenzen und den dementsprechend eingeschränkten Leistungsumfang hingewiesen. Referat IV hat den Mitgliedern entsprechende Hinweise zur rechtlichen Einordnung von Kooperationen gegeben sowie in zahlreichen Rundschreiben insbesondere darauf hingewiesen, dass eine „generelle“ Leistungsverlagerung auch nach Ergänzung des § 115 a SGB V durch das GKV-VStG systemwidrig ist und gegen wettbewerbsrechtliche sowie ordnungsrechtliche Regelungen verstoße.

Diese Empfehlung der Geschäftsstelle wird durch die aktuellen Urteile des BSG zur vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 115 a SGB V bekräftigt. Das BSG hat sowohl für den Bereich der nachstationären Leistungen (Urteil vom 17.09.2013, B 1 KR 51/12 R; vergleiche KGNW-Rundschreiben Nummer 132/2014 vom 24.03.2014) als auch für den Bereich der vorstationären Leistungen (Urteile vom 17.09.2013, B 1 KR 21/12 R und B 1 KR 67/12; vergleiche KGNW-Rundschreiben Nummer 131/2014 vom 24.03.2014) klargestellt, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch hier gelte und in der Konsequenz der Leistungsrahmen der Krankenhäuser im Bereich § 115 a SGB V erheblich eingeschränkt werde (KGNW-Rundschreiben 191/2014 vom 28.04.2014).

Honorarärzte in Krankenhäusern

Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Ärzten sind mittlerweile fester Bestandteil des Krankenhausalltags. Forciert wurden diese Kooperationen insbesondere durch den bestehenden Ärztemangel, Spezialisierung, Outsourcing, Lebensplanung sowie Verdienstmöglichkeiten der Ärzte und vieles mehr. Die rasante Entwicklung des Honorararztwesens der letzten Jahre hat allerdings zu zahlreichen Problemen geführt, mit denen sich die Krankenhäuser konfrontiert sehen. Vor allem aufgrund der in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Statusprüfungen von honorarärztlich tätigen Ärzten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) und der diesbezüglichen Beanstandungen besteht weiterer Klärungsbedarf hinsichtlich der Problematik der sogenannten Scheinselbstständigkeit bei Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Ärzten.

Der Personalausschuss der KGNW hat sich in den letzten Jahren mit der Thematik aus rechtlicher Sicht befasst.

DKG-Positionspapier

Referat IV hat in der DKG-AG „Honorararztwesen“ sowie im Fachausschuss „Recht und Verträge“ an der Überarbeitung des Arbeitspapiers „Selbstständigkeit vs. Arbeitnehmerstellung bei Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Ärzten“ vom 26.05.2011 mitgewirkt und das neue Positionspapier unter dem Titel „Honorarärzte in Krankenhäusern – eine arbeits- und sozialversiche-

rungsrechtliche Standortbestimmung“ den Mitgliedern zur Verfügung gestellt (vergleiche KGNW-Rundschreiben Nummer 344/2014 vom 10.08.2014).

Das Papier befasst sich mit der arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Statusbewertung der honorarärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus auf Basis der gesetzlichen Grundlagen und der aktuellen honorararztspezifischen arbeits- und sozialgerichtlichen Rechtsprechung in Abgrenzung von den in der Krankenhauspraxis seit Langem etablierten Kooperationsformen.

Im Ergebnis bleibt der Einsatz von Honorarärzten problembehaftet. Somit hat sich auch an der ursprünglichen Empfehlung der KGNW, Ärzte nach Möglichkeit in einem Angestelltenverhältnis zu beschäftigen, um das höchste Maß an Sicherheit zu erlangen, nichts geändert.

Einbindung von Honorarärzten in die wahlärztliche Behandlung (BGH)

Mit Urteil vom 16.10.2014 (Aktenzeichen: III ZR 85/14; KGNW-Rundschreiben Nummer 449/2014 vom 22.10.2014 und Nummer 493/2014 vom 25.11.2014) hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass die Liquidation wahlärztlicher Leistungen durch im Krankenhaus tätige Honorarärzte rechtswidrig sei. § 17 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG lege den Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte abschließend fest. Eine Wahlleistungsvereinbarung mit dem Krankenhausträger oder

eine gesonderte Vergütungsvereinbarung mit dem behandelnden Arzt (hier: mit einem Honorararzt), die davon abweichen, seien gemäß § 134 BGB nichtig.

Diese Betrachtung bewirkt für den Krankenhausträger ein erhebliches Risiko von Vergütungsausfällen, wenn er wahlärztliche Leistungen von Honorarärzten erbringen lässt. Im Ergebnis verschärft sich der ohnehin schon problembehaftete Einsatz von Honorarärzten im Krankenhaus weiter. Nunmehr dürfte auch im Rahmen der Erbringung wahlärztlicher Leistungen die Anstellung der behandelnden Ärzte im Krankenhaus das Mittel der Wahl sein, um die Leistungserbringung und vor allem deren Abrechnung rechtssicher zu gestalten.

Da jedoch der Gesetzgeber selbst im Rahmen des PsychEntgG zum 01.01.2013 mit der Änderung in § 2 Absatz 1 Satz 1 BPflV/KHEntgG klar gestellt hat, dass sich Krankenhäuser bei der Erbringung von Krankenhausleistungen auch durch nicht fest am Krankenhaus angestellte Ärzte, namentlich Honorarärzte, unterstützen lassen können, und diese Regelung sich kraft ihrer systematischen Stellung nach Auffassung von DKG und KGNW auch auf Wahlleistungen erstrecken sollte, setzt sich die KGNW über die DKG beim Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes für eine entsprechende positivrechtliche Klarstellung zur Zulässigkeit der Erbringung wahlärztlicher Leistungen auch durch Honorarärzte ein.

Zentrumszuschläge nach § 5 Absatz 3 KHEntgG (BVerwG)

Am 22.05.2014 hat das Bundesverwaltungsgericht in insgesamt sechs Verfahren über die Zuschlagsfähigkeit der Leistungen von krankenhausplanerisch ausgewiesenen (Brust-) Zentren in Nordrhein-Westfalen entschieden. Danach haben Krankenhäuser mit einem im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Brustzentrum Anspruch auf einen Zuschlag nach § 5 Absatz 3 KHEntgG, soweit diese Leistungen nicht schon über die normalen Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden. Die bestandskräftige Aufnahme eines Krankenhauses als Brust(krebs)zentrum mit dem entsprechenden besonderen Versorgungsauftrag in den Krankenhausplan führe dazu, dass wegen der Verknüpfung von Krankenhausplanungs- und Krankenhausentgeltrecht auch entgeltrechtlich von einem Zentrum auszugehen sei.

Darüber hinaus hat das BVerwG entschieden, dass Zentrumsleistungen – entgegen der Auffassung der Vorinstanz – nicht unmittelbar der stationären Versorgung des Patienten dienen müssen, um zuschlagsfähig zu sein. Der Begriff der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten in § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG erfasse sowohl patientenübergreifende Leistungen für die stationäre Versorgung als auch stationäre Leistungen, die der Behandlung des einzelnen Patienten zugutekommen. Die Vorinstanz hatte lediglich die Leistungspositionen „Tumorkonferenzen“ und „Psychoonkologie“ als zuschlagsrelevant anerkannt. Ambulante Leistungen („Psychosoziale Betreuung in Selbsthilfegruppen“, „Brustsprechstunde“) sind nach Ansicht des BVerwG hingegen nicht zuschlagsrelevant.

Zur weiteren Aufklärung, welche der bisher streitigen Posten ebenfalls die Voraussetzungen für einen Zuschlag erfüllen, wurde die Sache vom BVerwG an die Vorinstanz zurück-

verwiesen. Über diese Rechtsprechung hat Referat IV die Mitglieder mit Rundscheiben Nummer 429/2014 vom 08.10.2014 informiert.

Kooperationen mit Vertragsärzten

Die Anfragen zur Zulässigkeit und Ausgestaltung von Kooperationen mit Vertragsärzten haben weiter zugenommen. Neben den vielschichtigen Problemstellungen etwaiger Kooperationen unter anderem im Bereich der Vergütung (angemessene Vergütung/Zuweiserproblematik), der Einsatzbereiche (unter anderem zeitliche Einsatzgrenzen, Versorgungsauftrag) und der

Vertragsform (Anstellungs- oder Honorarverhältnis/Scheinselbstständigkeit) rückte die Grundsatzfrage der Möglichkeit einer Einbindung von Vertragsärzten im Bereich der vor- und nachstationären Behandlung immer mehr in den Vordergrund.

In diesen Bereichen hat Referat IV die Mitglieder auch in Einzelfällen beraten.

Wahlleistungen nach § 17 KHEntgG

Einen weiteren Schwerpunkt bildete die Beratung im Wahlleistungsbereich, wie zum Beispiel bei Fragen zur rechtssicheren Gestaltung von Wahlleistungsvereinbarungen,

Stellvertreterregelungen sowie Informationen zur persönlichen Leistungserbringung und zur Liquidation wahlärztlicher Leistungen.

Umsatzsteuer bei der Abgabe von Zytostatika (EuGH)

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) ist mit seinem Urteil vom 13.03.2014 (Aktenzeichen: C-366/12) zu dem Ergebnis gekommen, dass die Abgabe von in der Krankenhausapotheke auf ärztliche Verordnung patientenindividuell hergestellten Zytostatika durch angestellte Ärzte eines Krankenhauses, die innerhalb des Krankenhauses selbstständig tätig werden, im Rahmen einer ambulanten Krebsbehandlung nicht gemäß Artikel 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe c der 6. EG-Richtlinie von der Umsatzsteuer befreit werden kann, es sei denn, dass die Abgabe von Zytostatika in tatsäch-

licher und wirtschaftlicher Hinsicht von der ärztlichen Heilbehandlung nicht getrennt werden kann. Die Prüfung einer solchen Untrennbarkeit der Leistungen obliegt nunmehr wieder dem Bundesfinanzhof.

Referat IV hat die Mitglieder über diese Entwicklung informiert und insbesondere im Hinblick auf die Vereinbarung von Verjährungsverzichtserklärungen mit entsprechenden Informationen und Mustern unterstützt (zuletzt mit KGNW-Rundschreiben Nummer 342/2014 vom 14.08.2014).

Mitversicherung angestellter Klinikärzte in der Betriebshaftpflichtversicherung

Die Finanzverwaltung in NRW hat im Rahmen von Betriebsprüfungen die Ansicht vertreten, dass die Mitversicherung der angestellten Klinikärzte in der Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers einen geldwerten Vorteil für die angestellten Klinikärzte darstelle und somit zu versteuern sei. Die Finanzverwaltung bezieht sich dabei auf die Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs zu Beiträgen für die Berufshaftpflichtversicherung angestellter Rechtsanwälte.

KG NW und DKG haben die Auffassung vertreten, dass die Einbeziehung angestellter Krankenhausärzte in die Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers nicht als geldwerter Vorteil angesehen werden könne, da das Krankenhaus dadurch überwiegend eigenbetriebliche Interessen fördere. Anders als die Bundesrechtsanwaltsordnung bei Rechtsanwälten kenne das Heilberufsgesetz NRW und die Berufsordnungen der Ärzte keine (vergleichbare) Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung als Zulassungsvoraussetzung.

Diese Auffassung wurde vom Finanzgericht Schleswig-Holstein gestärkt. Das Finanzgericht Schleswig-Holstein hat mit Urteil vom 25.06.2014 (Aktenzeichen: 2 K 78/13) entschieden, dass die Mitversicherung angestellter Klinikärzte in der Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhausträgers keinen geldwerten Vorteil darstelle, da sie bei der nicht selbstständigen Tätigkeit für das Krankenhaus keine eigene gesetzliche Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung hätten. Die Einbeziehung in die Betriebshaftpflichtversicherung erfolge aus einem überwiegenden eigenbetrieblichen Interesse des Krankenhauses.

Die KG NW hat die Mitglieder mit KG NW-Rundschreiben Nummer 445/2014 vom 21.10.2014 informiert und empfohlen, die Argumente aus den Entscheidungsgründen des Finanzgerichts in der Diskussion mit der Finanzverwaltung gegebenenfalls zu nutzen.

KGNW-Musterverfahren (Prozesskostenfonds)

Übersicht

- Abgeschlossene „Musterverfahren“
- Investitionsprogramm 2006 (Bevolligungsstopp)
- Sanierungsbeitrag (pauschale Rechnerkürzung)
- Integrierte Versorgung
- Ambulante Notfallbehandlung – EBM 2000plus (Punktzahl)
- Ambulante Notfallbehandlung – EBM 2008 (Bereitschaftspauschale)
- AOK-Krankenhausnavigator (einstweiliger Rechtsschutz)
- Laufende „Musterverfahren“
- AOK-Krankenhausnavigator (Hauptsacheverfahren)
- Neue „Musterverfahren“
- Hilfsmittelregress Barmer GEK

Ambulante Notfallbehandlung

EBM 2000plus

Krankenhäuser im Landesteil Nordrhein – die den KGNW-Empfehlungen folgend quartalsweise Widersprüche gegen die korrigierten Honorarbescheide eingelegt haben – erhielten auf Grundlage der von der KV Nordrhein übersandten Abrechnungsergänzungsbescheide (AEB) annähernd sechs Jahre nach den einschlägigen Entscheidungen des BSG vom 17.09.2008 (Aktenzeichen: B 6 KA 46/07 R und B 6 KA 47/07 R) eine Nachvergütung für die fehlerhafte Ungleichbehandlung bei der Punktzahlbewertung für ambulante Notfallbehandlungen im EBM 2000plus.

Vor dem Hintergrund der intransparenten Gestaltung der vorgenannten AEB und einer fehlenden Vorabinformation der KGNW

prüfte Referat IV einen AEB exemplarisch und informierte die Mitglieder mittels Rundschreiben und in zahlreichen Beratungsgesprächen darüber, dass die AEB nach Einschätzung der KGNW den Beschluss des Bewertungsausschusses korrekt umsetzen und die sich aus dem EBM 2000plus ergebende Ungleichbehandlung bei der Vergütung zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern beseitigen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nummer 277/2014 vom 09.07.2014).

Im Anschluss forderte die KV Nordrhein Krankenhäuser im Landesteil Nordrhein flächendeckend auf, infolge der zwischenzeitlich bestandskräftigen AEB die Erledigung der Widersprüche zu bestätigen. Aufgrund zahlreicher Rückfragen hat Referat IV den Mitgliedern eine entsprechende Empfeh-

lung unter Darstellung der verwaltungsrechtlichen Aspekte mittels Rundschreiben gegeben (vgl. KGNW-Rundschreiben Nummer 457/2014 vom 28.10.2014).

EBM 2008

Das Bundessozialgericht hat bereits in seinen Urteilen vom 12.12.2012 (Aktenzeichen: B 6 KA 3/12 R und B 6 KA 4/12 R) zugunsten der Krankenhäuser entschieden, dass die sich explizit aus dem EBM 2008 ergebende Ungleichbehandlung, der zufolge Krankenhäuser mangels Vorhaltens einer Besuchsbereitschaft von der Geltendmachung der entsprechenden Zusatzpauschalen ausgeschlossen sind, rechtswidrig ist. Laut BSG führt der Ausschluss zu einer mittelbaren Benachteiligung der Krankenhausambulanzen, für die eine sachliche Rechtfertigung fehlt.

Das BSG hat den Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM ausdrücklich zu einer gesetzeskonformen Neuregelung aufgefordert. Dieser hat nunmehr in Aussicht gestellt, einen Beschluss mit Wirkung zum 01.01.2015 zu fassen, der die seit dem 01.01.2008 bestehende Ungleichbehandlung rückwirkend beseitigen soll. Auf Grundlage der alsbald ge-

änderten EBM-Bestimmungen müssten die Kassenärztlichen Vereinigungen in beiden Landesteilen Anfang 2015 neu bescheiden. Solange der Beschluss des Bewertungsausschusses allerdings aussteht, empfiehlt die KGNW ihren Krankenhäusern, die Besuchsbereitschaftspauschale weiterhin abzurechnen und gegen den anschließend reduzierten Abrechnungsbescheid beziehungsweise die sachlich-rechnerische Richtigstellung der KV quartalsweise Widerspruch einzulegen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nummer 411/2014 vom 29.09.2014 und Nummer 457/2014 vom 28.10.2014).

Vor diesem Hintergrund hat die KGNW zwei Mitgliedskrankenhäuser im Rahmen des Prozesskostenfonds bei einer Klage zwecks Klärung dieser Grundsatzfrage unterstützt. Angesichts der vorgenannten höchstrichterlichen Rechtsprechung hat die Beklagte (KV Nordrhein) nunmehr in der mündlichen Verhandlung vor dem LSG NRW am 12.11.2014 verpflichtend anerkannt, die vom klagenden Krankenhaus geforderte Neubescheidung vorzunehmen, sobald der Bewertungsausschuss einen Beschluss gefasst hat. Das klagende Krankenhaus hat das Anerkenntnis der KV angenommen.

AOK-Krankenhausnavigator

Die KGNW begleitet zwei Musterverfahren von Mitgliedskrankenhäusern im Rahmen des Prozesskostenfonds zur Überprüfung des Vergleichsportals der AOK („AOK-Krankenhausnavigator“), die zunächst im einstweiligen Rechtsschutz betrieben wurden (vgl. KGNW-Rundschreiben Nummer 370/2013 vom 07.10.2013).

Der „Krankenhausnavigator“ ist eine (gebrandete) Fassung der „Weißen Liste“, eines gemeinsamen Projekts der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände einiger Patienten- und Verbraucherorganisationen.

Die Musterverfahrenskrankenhäuser wehren sich dabei nicht gegen Transparenz in der Qualität, sondern gegen einen intransparenten und in der Selbstverwaltung unabhingestimmten Alleingang der AOK. Die Krankenhäuser verfolgen das Ziel, eine im G-BA gemeinsam abgestimmte, auf breiter und solider Datenbasis stehende Qualitätstransparenz zu erzielen, die vor allem auch einen strukturierten Dialog zulässt.

Die KGNW hat – neben den zwei Musterverfahren – ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben und dieses den Mitgliedskrankenhäu-

sern mittels KGNW-Rundschreiben (Nummer 107/2014 vom 13.03.2014) zur Unterstützung in etwaigen eigenen Prozessen bereit gestellt.

Die von der KGNW begleiteten zwei Musterverfahren im Rahmen des Prozesskostenfonds zur Überprüfung des Vergleichsportals der AOK werden seit November 2014 im Hauptsacheverfahren weiterbetrieben.

Die im Rahmen der einstweiligen Rechtsschutzverfahren erlangten Erkenntnisse sowie die zunehmende Kritik der Mitgliedskrankenhäuser in NRW (aber auch bundesweit) bestärkten die KGNW, eine „endgültige“ Rechtsklarheit in dieser Thematik herbeizuführen. Eine vorläufige Entscheidung war aus Sicht der KGNW nicht mehr ausreichend.

In den Hauptsacheverfahren wird nun die Klärung im Rahmen einer fundierten fachlichen Überprüfung herbeigeführt, in der insbesondere über die Sachverständigengutachten die gravierenden Mängel des Vergleichsportals offen gelegt werden sollen.

Hilfsmittelregress Barmer GEK

Zwischen der Barmer GEK und der KGNW besteht Uneinigkeit über die Verordnungsmöglichkeit von Hilfsmitteln durch Krankenhäuser im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung.

Vor diesem Hintergrund forderte die Barmer GEK Ende 2013 bundesweit die Krankenhäuser auf, die Kosten für die Hilfsmittel, die ab 2009 während eines stationären Krankenhausaufenthaltes verordnet wurden, zurückzuzahlen, da sie nach Auffassung der Barmer GEK bereits mit den Behandlungskosten für den stationären Aufenthalt im Krankenhaus abgegolten seien.

Die KGNW vertritt hingegen die Auffassung, dass die Spezialregelung des § 17 Absatz 2 und 3 des nordrhein-westfälischen Landesvertrages nach § 112 Absatz 2 Nummer 1 SGB V vorrangig ist. Nach Auffassung der KGNW führt die Verordnung von Hilfsmitteln während des Krankenhausaufenthaltes nicht zwangsläufig zu der Einschätzung, dass es sich um einen zwingenden Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistung handelt.

Da eine außergerichtliche Einigung trotz mehrerer Erörterungsgespräche nicht herbeigeführt werden konnte, haben die Parteien sich darauf verständigt, zur Geringhaltung des finanziellen und administrativen Aufwands die vorgenannte Grundsatzfrage durch das Führen von bis zu vier Klageverfahren im Sinne von Musterprozessen zu klären. Zu diesem Zweck haben die Barmer GEK und die KGNW eine Rahmenvereinbarung mit Beitrittserklärung für interessierte Mitgliedskrankenhäuser geschlossen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nummer 288/2014 vom 17.07.2014).

Dieser Rahmenvereinbarung sind mit wenigen Ausnahmen alle Mitgliedskrankenhäuser fristgerecht beigetreten. Die Barmer GEK hat die Klagen gegen die beiden Musterverfahrenshäuser, die mit der KGNW abgestimmt wurden, Ende September 2014 eingereicht.

Politik, PR und Presse

Die zentralen Themen im Berichtszeitraum waren die Umsetzung des Koalitionsvertrages der Regierungskoalition sowie die Forderungen der Krankenhäuser nach einer fairen und nachhaltigen Finanzierung. Die KGNW hat einen eigenen Vorschlag zur zukünftigen Investitionsfinanzierung durch Bund und Länder entwickelt und das Thema im politischen Raum auf Bundes- und Landesebene platziert. Die KGNW unterstützte die Kampagne der DKG und ihrer Mitgliedsverbände „Wir alle sind das Krankenhaus“.

Weitere Themen waren die Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015, vermeintliche Überkapazitäten in NRW sowie Gespräche der KGNW-Spitze mit politischen Vertretern und Vertreterinnen auf Bundes- und Landesebene. Als Ansprechpartner für Medien und Öffentlichkeit informierte das Re-

ferat über die Positionen und Forderungen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und formulierte die Erwartungen und Handlungsempfehlungen, unter anderem auch zu den Themenfeldern Mehrleistungen, AOK-Navigator, Arzneimitteltherapiesicherheit, Hubschrauberlandeplätze, Stellung der Patientenfürsprecher/-innen und die Versorgung demenzkranker Patienten. Weitere Aufgaben waren die Organisation von KGNW-Veranstaltungen in Kooperation mit anderen Referaten sowie im Bereich „Internationales“ die Weiterentwicklung von Sprachkursen für ausländische Ärztinnen und Ärzte, Aktivitäten als Vertreter der KGNW in der Kommission „Europa und Internationales“ der DKG.

KG NW-Forum 2014



Auf dem KGNW-Forum 2014 diskutierten Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates, Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg e. V., Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Jens Spahn, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Zentrale Frage auf dem diesjährigen KGNW-Forum 2014 war: „Welche Ressourcen braucht gute Qualität?“ Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, ging in seiner Rede auf die Krankenhausreform ein, die Licht- und Schattenseiten habe. Das Pflegeförderprogramm, der Strukturfonds und die Angleichung der Landesbasisfallwerte seien grundsätzlich zu begrüßen, aber „die allgemeine Misstrauenskultur, Qualitätsabschläge, versteckte Rationierung und die weiterhin ungelöste Frage der notwendigen Investitionsfinanzierung lassen unsere Sorgen nicht wirklich kleiner werden“, betonte der KGNW-Präsident. Grundsätzlich zu begrüßen sei der von der Bund-Länder-AG beschlossene Strukturfonds, mit dessen begrenzten Mitteln Schließungen und Umwidmungen

von Kliniken sowie Strukturweiterentwicklungen gefördert werden sollen. Die notwendige hälftige Beteiligung durch das Land NRW, damit die Bundesmittel fließen, sei trotz der angespannten Haushaltssituation unbedingt zu gewährleisten. Dem grundsätzlichen Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung und dem herrschenden Investitionsstau werde der Fonds allein aber nicht gerecht.

Beim Thema Investitionsfinanzierung gibt es unter den Mitgliedern der Bund-Länder-AG kein Erkenntnisdefizit mehr. Dass den Krankenhäusern in NRW jährlich rund 700 Millionen Euro an Investitionsmitteln fehlen, sei ebenfalls unstrittig. „Es sollte nicht nur in Brücken, Straßen und Breitbandausbau investiert werden, sondern auch in die

Infrastruktur unseres Gesundheitswesens, um uns fit für die Herausforderungen des demografischen Wandels zu machen. Neben modernen Gebäuden und Geräten brauchen die Krankenhäuser Finanzmittel für eine bessere IT-Ausstattung und Infektionsprophylaxe“, appellierte der KGNW-Präsident eindringlich an die versammelten Entscheidungsträger von Bund und Land. Die weitere Angleichung der Landesbasisfallwerte auf ein bundeseinheitliches Niveau sei positiv zu bewerten. Laut der KGNW bleiben gleiche Preise für gleiche Leistungen das Ziel. Dabei dürfe es keine Rolle spielen, ob das Krankenhaus in Köln oder Koblenz, Kiel oder München stehe.

In seiner Begrüßungsrede zum KGNW-Forum kündigte KGNW-Präsident Brink zudem an, dass der Vorstand für das kommende Jahr eine landesweite Hygieneinitiative beschlossen habe. „Wir wollen die Öffentlichkeit verstärkt über Hygienemaßnahmen der Krankenhäuser aufklären und Mitarbeiter, Patienten und Angehörige für den eigenen Beitrag zur Hygiene sensibilisieren. Der unsichtbare Feind multiresistente Erreger kann nur gemeinsam als gesellschaftliche Aufgabe besiegt werden. Vor allem die Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen muss gestoppt werden. Hier sind auch die Landwirtschaft und die niedergelassenen Ärzte gefordert“, sagte Brink. Die Entlastung des Personals sei entscheidend, wenn qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung gefordert werde. Deshalb begrüße die KGNW das im Eckpunktepapier vorgesehene Pflegestellenförderprogramm von bundesweit 660 Millionen Euro für die nächsten drei Jahre als einen Schritt in die richtige Richtung. „Wir brauchen hier eine nachhaltige Lösung für

eine humane Patientenversorgung, damit wir das neu gewonnene Pflegepersonal auch über das Jahr 2017 hinaus weiter finanzieren können“, so Brink. Nicht zur Qualitätsverbesserung würden allerdings die im Eckpunktepapier vorgesehenen Qualitätsabschläge beitragen. Aus Sicht der KGNW würden erfolgsabhängige Elemente in die medizinische Leistungsvergütung eingeführt, die die Patientenselektion fördern und mit Abteilungs- und Krankenhausschließungen verbunden sein würden. „Wir brauchen mehr Qualität der Qualitätskriterien. Vereinfachung darf nicht auf Kosten der Aussagekraft, Richtigkeit oder Fairness gehen. Krankenkassen wollten Qualität als Regulator der Quantität. Wir setzen darauf, dass es dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem neuen Qualitätsinstitut um die Interessen der Patienten und die gute, flächendeckende Versorgung geht“, erklärte der KGNW-Präsident. Anscheinend glaube die Politik, den Zuwachs der stationären Leistungen dämpfen zu müssen. Negativkampagnen der Krankenkassen hätten dazu geführt, dass man die Kliniken im Verdacht habe, unnötige Operationen durchzuführen. Diese Misstrauenskultur sei durch keine zweifelsfreie Studie gerechtfertigt, bekräftigte Brink. Aus den amtlichen Statistiken sei zum Beispiel bei den Hüft-Erstimplantaten in den letzten drei Jahren kein Zuwachs festzustellen.

Im Hinblick auf die weiteren Entwicklungen und den anstehenden Gesetzgebungsprozess werde die KGNW im konstruktiv-kritischen Dialog mit den Mitgliedern der Bund-Länder-AG bleiben und die sich aus ihrer Sicht abzeichnende unkontrollierte Übersteuerung des Vergütungssystems im Auge behalten. „Schon

jetzt ist es nicht hinnehmbar, dass – wie in den Eckpunkten zur Krankenhausreform dokumentiert – ab dem Jahr 2017 bis auf einige Ausnahmen wie zum Beispiel Transplantationen jede Leistung, die von den Krankenhäusern für zusätzliche Patienten im Vergleich zum Jahr 2016 erbracht wird, mit einem dauerhaften Abschlag versehen werden soll. Demografie und medizinisch-technischer Fortschritt werden dabei nicht berücksichtigt. Plant die Bund-Länder-AG und damit die Bundesregie-

rung aus fiskalischen Gründen im Ergebnis eine Rationierung der Gesundheitsversorgung der Bürger?“, fragte Brink das Plenum. Für die KGNW sollten die Krankenhäuser mit der nun eingeleiteten Krankenhausreform aufgrund des steigenden Versorgungsbedarfs der Bevölkerung konsequent und nachhaltig gestärkt werden. Wer aus fiskalischen Gründen eine Rationierung der Gesundheitsversorgung wolle, müsse dies den Bürgern offen und ehrlich sagen, so Brink.



„Welche Ressourcen braucht gute Qualität?“ lautete das zentrale Thema auf dem KGNW-Forum 2014. Jens Spahn, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, im Gespräch mit Moderator Jürgen Zurheide.

KG NW-Frühjahrsempfang 2014



KG NW-Frühjahrsempfang 2014: Jochen Brink, Präsident der KGNW, Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Ingrid Fischbach, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW, Ingo Morell, Vizepräsident der KGNW (v. l. n. r.)

Am 06.03.2014 fand der diesjährige KGNW-Frühjahrsempfang statt. Bevor Ingrid Fischbach, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, und NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens ihre Grußworte an das Publikum richteten, beschäftigte sich KGNW-Präsident Jochen Brink in seiner Ansprache ausführlich mit allen Themen rund um die hohe Qualität nordrhein-westfälischer Krankenhäuser. Bezug nehmend auf den kurz zuvor veröffentlichten AOK-Krankenhausreport, beton-

te Jochen Brink die Transparenz und offene Fehlerkultur in den Kliniken und sprach vor allem das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an. Scharf kritisierte er die mediale Negativberichterstattung, die teilweise fehlerhaft und unrichtig über die Zustände in den Krankenhäusern berichtete. Auf die chronische Unterfinanzierung deutscher Kliniken und die damit einhergehende Forderung nach einer Erhöhung der Investitionsfinanzierung ging der KGNW-Präsident abschließend ein.

Kampagne „Wann immer das Leben uns braucht“

„Unsere Mitarbeiter leisten rund um die Uhr Außergewöhnliches für ihre Patienten und dies verdient Anerkennung und Wertschätzung“, erklärte der Vizepräsident der KGNW Joachim Finklenburg bei der zentra-

len Auftaktveranstaltung der NRW-Kliniken am 11.03.2014 im Marien Hospital in Düsseldorf. Die bundesweite Kampagne der Krankenhäuser steht unter dem Leitsatz „Wann immer das Leben uns braucht“. Bei der

Pressekonferenz wurden die Plakatsmotive vorgestellt und der Hintergrund der Kampagne erläutert. Als besonderes Instrument dient das „grüne Band“, das die unterschiedlichen Mitarbeitergruppen im Krankenhaus verbindet.

Die Kampagne der Krankenhäuser hat zum Ziel, die Bedeutung und die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu würdigen und stärker ins Bewusstsein zu rufen. Zugleich soll mit der Kampagne die Politik auf die Notwendigkeit der Bereitstellung fairer Rahmenbedingungen aufmerksam gemacht werden. „Wir fordern von Krankenkassen und Politik eine redliche Diskussion über die Versorgungsrealitäten in den Krankenhäusern“, appellierte Finklenburg.

Der KGNW-Vizepräsident wies darauf hin, dass die NRW-Krankenhäuser mit rund 4,4 Millionen stationären Behandlungsfällen im Jahr 2012 eine neue Höchstinanspruchnahme zu verzeichnen hatten. Dies ist ein gro-

ßer Vertrauensbeweis der Bevölkerung in die Qualität und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Umso unverständlicher sind bloße Behauptungen der Krankenkassen über eine hohe Zahl von Behandlungsfehlern in Kliniken, die zum Ziele hätten, die 370 Kliniken und ihre rund 250.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schlechtzureden.

Die zentrale Zukunftsaufgabe für die Krankenhäuser ist laut Finklenburg die Personalsicherung. Die Teilhabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der wirtschaftlichen Entwicklung sei eine maßgebliche Voraussetzung für die Sicherung der Attraktivität der Beschäftigung in den Berufen des Gesundheitswesens. Allerdings müssten Tarifsteigerungen über die Vergütungssysteme auch eins zu eins refinanzierbar sein. Noch mehr Rationalisierungsdruck ginge zulasten von Qualität und Sicherheit. Die aktuelle Arbeitsbelastung der deutschen Ärzte und Pflegenden habe im internationalen Vergleich schon einen fragwürdigen Spitzenplatz und eine ungesunde Effizienz.

Zusammenarbeit mit Agentur für Strategieberatung ELEPHANTLOGIC

Neben der Durchführung der Kampagne wurde als weiterer Schritt im Hinblick auf die zielorientierte Umsetzung von Maßnahmen und Aktivitäten zur Beseitigung der strukturellen Investitionsunterfinanzierung von der Geschäftsstelle auf der Grundlage des Beschlusses des Präsidiums vom 27.11.2013 mit der Agentur für Strategieberatung ELEPHANTLOGIC in Berlin ein Kooperations- und

Unterstützungsvertrag geschlossen, um das zentrale Thema der gravierenden Unterfinanzierung bei den Investitionen durch die Länder auf Bundes- und Landesebene zu thematisieren und die Politik für dieses Thema weiter zu sensibilisieren. Zielsetzung ist, die Politik auf der Grundlage eines möglichen strategischen, konzeptionellen und kreativen Gesamtkonzepts zu bewegen, nachhaltige

Finanzierungslösungen in diesem Bereich auch im Hinblick auf die anstehende Schuldenbremse zu schaffen.

In der Sitzung des Vorstands der KGNW am 06.03.2014 wurde das weitere Vorgehen im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung der Kampagne sowie die Umsetzung von Maßnahmen zur Positionierung des Themas „Investitionsfinanzierung“ diskutiert und die Geschäftsstelle beauftragt, für die nächste Sitzung des Vorstands am 01.07.2014 ein ausgearbeitetes Konzept zur Beschlussfassung vorzulegen. Das Präsidium wurde zudem ermächtigt, gegebenenfalls Entscheidungen zu kurzfristigen Koordinierungs- und Reaktionsnotwendigkeiten im Hinblick auf Maßnahmen und Aktivitäten zur Beseitigung der strukturellen Investitionsunterfinanzierung zu treffen.

Ergebnis der Meinungsforschungsstudie

Im Kontext der Erarbeitung des Konzepts und der hiermit verbundenen Konkretisierung der KGNW-Initiativen war es aus Sicht der Geschäftsstelle – auch nach Beratungen mit der Agentur ELEPHANTLOGIC – geboten, ein Meinungsforschungsinstitut zur Umsetzung einer Studie als Grundlage zur Positionierung der Krankenhäuser und zur Erarbeitung eines Maßnahmenkonzepts in den Handlungsfeldern „Investitionsfinanzierung“ und „Image/ öffentliche Wahrnehmung“ einzubeziehen.

So wurde in Abstimmung mit KGNW-Präsident Jochen Brink im Vorgriff auf die Sitzung des Präsidiums der KGNW am 01.07.2014 und

entsprechend dem Votum des Vorstands vom 06.03.2014 – wegen besonderer Eilbedürftigkeit – im schriftlichen Verfahren der Beschluss zur Beauftragung des Meinungsforschungsinstituts gefasst, um im Hinblick auf die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Ergebnisse der Umfrage bei der Planung und Umsetzung zukünftiger Maßnahmen und Aktivitäten zu berücksichtigen.

Der Hintergrund ist, dass Krankenkassen eine klar erkennbare Kampagne gegen die Krankenhäuser führen und diese Kampagne über den Begriff der Qualität ausgetragen wird. Die Krankenhäuser befinden sich derzeit in einer Defensivhaltung und es besteht die Gefahr, dass aufgrund der fortwährenden negativen Darstellungen das zentrale Thema „Investitionsfinanzierung“ im politischen und öffentlichen Raum kein Gehör findet und die Forderungen der Krankenhäuser nicht umzusetzen sind.

Zielrichtung und Fragen

Durch die Beteiligung eines Meinungsforschungsinstituts sollte in der aktuellen Situation ein klares, demoskopisch gemessenes Bild herausgearbeitet werden,

- welche Absenderkompetenz die Krankenhäuser und die Krankenhausgesellschaft besitzen,
- mit welchem kommunikativen „Härtegrad“ agiert werden kann,

- welche Antworten von den politischen Entscheidern und der Öffentlichkeit für plausibel und vermittelbar gehalten werden und
- welche Formulierungen und welche Argumente auf die richtige Art und Weise eingesetzt werden müssen, um Wirkung zu erzielen.

Weiterhin sollten durch eine aktuelle Umfrage zum Beispiel die Fragen geklärt werden,

- wie hoch das Vertrauen der Bevölkerung in Krankenhäuser, Krankenkassen und die Gesundheitspolitik der Bundesregierung ist,
- wie die Bevölkerung die Qualität der Gesundheitsversorgung, insbesondere in Krankenhäusern, einschätzt,
- welche Erwartungen in Bezug auf die Gesundheitsvorsorge an die Krankenhäuser, Krankenkassen und die Politik gestellt werden,
- welche Argumente der KGNW in der Diskussion glaubwürdig und überzeugend sind und
- wie stark die Argumente der Kassen und der Politik überzeugen.

In der Diskussion über die Einbeziehung eines Meinungsforschungsinstituts wurde zudem deutlich, dass in den bisherigen Umfragen der Krankenhausesseite zum Beispiel in der von der DKG beauftragt forsa-Umfrage (forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analyse mbH) aus dem Jahr 2011, die Wirkung der aktuellen Negativkampagne der Krankenkassen noch nicht abgebildet ist.

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen:

- Die Sorge vor einem strukturellen Wandel in NRW ist allgegenwärtig. Als Symptome werden
- die marode öffentliche Infrastruktur,
- die Abwanderung von Gewerbe und Menschen und
- die Verschuldung des Landeshaushaltes genannt.

Krankenhäuser werden nicht als Teil der öffentlichen Infrastruktur wahrgenommen, sondern als profitorientierte Unternehmen. Es gibt dort keinen Investitionsbedarf. Investitionen in andere Bereiche (Bildung, Verkehr, Sport) haben Vorrang. Insgesamt gibt es wenig Kenntnis davon, dass Krankenhäuser überhaupt Zuwendungen aus Steuern bekommen.

In den Augen der Fokusgruppen werden Krankenhäuser aus den Leistungen der Krankenkassen finanziert.

Der Mangel an Pflegepersonal und Ärzten und deren Überlastung wird als größtes Problem in Krankenhäusern gesehen, und das wichtigste Angstthema, Hygiene und Keime, ist damit eng verknüpft. Gleichzeitig genießen Pflegepersonal und Ärzte hohes Ansehen und Vertrauen. Die Themen Bettenabbau und Überkapazitäten spielten in den Fokusgruppen nur eine untergeordnete Rolle. Hier ist die Haltung eher heterogen und sehr stark von den regionalen Verhältnissen abhängig.

Zur erfolgreichen Kommunikation ist eine Emotionalisierung des Themas notwendig, die nur über drei Argumentationslinien funktionieren kann:

- Das Krankenhauspersonal muss vor weiterem Abbau geschützt werden.

Investitionskosten

Die Krankenseite beim Thema „Investitionsfinanzierung“ kann nur erfolgreich sein, wenn eine weitestgehend einheitliche Sprachfähigkeit gegenüber der Bundes- und Landespolitik besteht und die unterschiedlichen Auffassungen der Bundesländer zusammengeführt werden, hat die KGNW einen Vorschlag zur künftigen Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung erarbeitet.

Der KGNW-Hauptausschuss und der Fachausschuss für Planung und Förderung haben den Vorschlag zur künftigen Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung in ihren Sitzungen am 18.02.2014 beraten und befürwortet. In seiner Sitzung am 06.03.2014 wurde vom Vorstand der KGNW auch beschlossen, den KGNW-Vorschlag zur Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung in die DKG-Gremien einzubringen und im gesundheitspolitischen Raum – insbesondere mit Blick auf die Bund-Länder-Arbeitsgruppe – zu bewerben.

Der Beschlussfassung des Präsidiums und des Vorstands, das Thema Investitionsfinanzierung auf der Tagesordnung zu platzieren, lag

auch zugrunde, dass im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD in der 18. Legislatur-

- Die Wahlfreiheit muss erhalten bleiben (Fokusgruppe Düsseldorf).
- Die Qualität der Versorgung und Hygiene muss gewährleistet bleiben und verbessert werden.

periode mit dem Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ eine Krankenhausreform angekündigt wird, deren Eckpunkte bis Ende 2014 von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet werden sollen – aber der Koalitionsvertrag die Problematik der unzureichenden Investitionsfinanzierung noch nicht aufgreift.

Darüber hinaus wurde auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe bis zu diesem Zeitpunkt nicht mit der Lösung dieser Problematik beauftragt.

Unter Einbeziehung der aktuellen Entwicklungen und der Stellungnahmen von Politik, von Verbänden und Institutionen wurden in Bezug auf Lösungsvorschläge zur Beseitigung der strukturellen Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser von der KGNW folgende Maßnahmen zur Positionierung der Krankenhäuser in der breiten Öffentlichkeit, in den Medien und im politischen Raum auf Bundes- und Landesebene geplant und umgesetzt:

Beschlüsse in den Entscheidungsgremien der DKG

Auf Grundlage der Beschlüsse des Vorstands und des Präsidiums der KGNW wurde der Vor-

schlag der KGNW zur Beseitigung der strukturellen Investitionsunterfinanzierung in die Beratungen des Finanzierungsausschusses, des Präsidiums und des Vorstands der DKG eingebracht und dort als zentrales Thema platziert. Als Ergebnis intensiver Debatten wurde Konsens erzielt, die drängende Thematik der unzureichenden Investitionsfinanzierung als eine vordringliche Aufgabe in der politischen Agenda, insbesondere bei der sich konstituierenden Bund-Länder-Arbeitsgruppe, zu platzieren und die Finanzierungsproblematik als zentrales Thema auf die landes- und bundespolitische Ebene zu transportieren. Auf der Grundlage folgender Positionen soll dieses Themaabhängig von der weiteren politischen Entwicklung weiter ausgestaltet werden:

- Grundvoraussetzung bleibt die Letztverantwortung der Länder in der Krankenhausplanung.
- Bund und Länder übernehmen gemeinsam die Verantwortung für die Investitionsförderung der Krankenhäuser im Rahmen einer Quotierung.
- Die Kalkulation des InEK zu den Investitionspauschalen bestätigt den erforderlichen jährlichen Investitionsförderbedarf in einer Höhe von 6 Milliarden. Euro.
- Die Investitionsförderung erfolgt dabei wie bisher getrennt von der Finanzierung des Betriebskostenbereiches. Keine Monistik.

In einem ersten Schritt wurden die DKG-Vorschläge zur Beseitigung der Unterfinanzierung im Investitionsbereich im Rahmen des Frühlingsempfangs der DKG am 09.04.2014 von DKG-Präsident Alfred Dänzer und DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum als Schwerpunktthema gegenüber Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und den gesundheitspolitischen Sprechern der Bundestagsparteien in die politische Diskussion eingebracht und auf die politische Agenda gehoben.

Aktivitäten und Maßnahmen der KGNW im Rahmen der Kampagne

Darstellung der Positionen im politischen Raum auf Bundes- und Landesebene

Mit Schreiben, auf Kongressen und Veranstaltungen sowie in persönlichen Gesprächen im politischen Raum unter entsprechender Beteiligung des Präsidenten, der Vizepräsidenten und einzelner Mitglieder des Präsidiums wurde das Thema „Investitionsfinanzierung“ kontinuierlich thematisiert und mit den Forderungen nach einer nachhaltigen Lösung unter Bezug auf die vorliegenden Konzepte von DKG und KGNW verbunden. Vorgestellt und diskutiert wurden die Positionen unter anderem mit

- der nordrhein-westfälischen Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Barbara Steffens,
- dem Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe,
- dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU-Bundestagsfraktion Jens Spahn,
- dem Staatssekretär im Ministerium für Wirtschaft, Energie, Industrie, Mittelstand und Handwerk von NRW Dr. Günther Horzetzky,
- dem Leiter der Staatskanzlei des Landes NRW Franz-Josef Lersch-Mense und
- dem Vorsitzenden des Landtagsausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales Günter Garbrecht.

Allianzen mit anderen Verbänden auf Bundes- und Landesebene

Auf der Grundlage gemeinsamer Positionen wurden seitens der KGNW Gespräche mit Verbänden und Institutionen auf Bundes- und Landesebene geführt, um gemeinsame Interessen im Hinblick auf die Beseitigung der Investitionsunterfinanzierung auszuloten und gemeinsame Initiativen abzusprechen. So wurden insbesondere Gespräche mit den Ärztekammern und dem Verband der Universitätsklinika geführt.

Darüber hinaus wurden im Rahmen einer Veranstaltung mit anschließender Podiumsdiskussion, zu der ver.di die KGNW eingeladen hatte, die ver.di-Vertreterinnen und -Vertreter in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern über die aktuelle Lage der Kliniken informiert und für das Thema Investitionsfinanzierung sensibilisiert. Grundsätzliche Zustimmung fand die Krankenhausposition bezüglich der Notwendigkeit von Investitionen für die Krankenhäuser zudem bei Herrn Dr. Augurzky (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung).

Im Zuge eines Gespräches mit Herrn Henke als Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und stellvertretenden Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages wurde noch einmal explizit auf das KGNW-Konzept hingewiesen. Dies konnte mit dazu beitragen, dass dieses Thema in

der Eröffnungsrede des Deutschen Ärztetags vom Präsidenten der Bundesärztekammer Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery breiten Raum eingenommen hat.

Darüber hinaus wurde die Staatskanzlei NRW mit einem Schreiben und der Anfrage nach einem Gesprächstermin mit dem Staatssekretär und Chef der Staatskanzlei Franz-Josef Lersch-Mense über das Thema der Unterfinanzierung im Investitionsbereich und der damit verbundenen Probleme für die Kliniken im Vorfeld der Konferenz der Ministerpräsidenten am 12.06.2014 sensibilisiert. Bei dieser Ministerpräsidentenkonferenz wurde mit der Finanzierung der Hochschulmedizin und der Finanzsituation der Universitätskliniken auch die Investitionsfinanzierung der Universitätskliniken angesprochen. Im Vorfeld hatte es Gespräche der KGNW mit dem Generalsekretär des Verbandes der Universitätskliniken Ralf Heyder gegeben, in denen Konsens erzielt wurde, gemeinsam weiterhin dieses Thema im politischen Raum auf Bundes- und Landesebene zu positionieren.

Aktuelle Situation und Perspektiven

Aufgrund der großen Bedeutung für die Kliniken hatte es für die KGNW höchste Priorität, das Thema „Investitionsfinanzierung“ breit auf der Tagesordnung in der internen sowie externen Diskussion auf Bundes- und Landesebene zu platzieren. So gilt es auch weiterhin, die Politik auf Bundesebene in ihrer Willensbildung davon zu überzeugen, die Zuwendungen für Kliniken – insbesondere im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung – global zu erhöhen.

Mit den bisherigen Maßnahmen und Aktivitäten der KGNW konnte erreicht werden, dass das Thema „Investitionsfinanzierung“ bundes- und landesweit platziert und auf die politische Tagesordnung auf Bund- und Länderebene, aber auch verbände- und institutionenübergreifend genommen wurde.

Auch haben sich einige Vertreter von Landesministerien im Rahmen der Vorstellung der Kalkulationsergebnisse für die Investitionsbewertungsrelationen durch das InEK am 24.02.2014 in Berlin aufgrund der Finanzprobleme in ihren Ländern für eine Einbeziehung des Bundes bei der Lösung der strukturellen Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser ausgesprochen.

Über die politischen Entscheidungsträger konnten die Positionen der Krankenhäuser in die Bund-Länder-Arbeitsgruppe der Bundesregierung mit dem Vorschlag des gemeinsamen Handelns eingebracht werden. Ebenfalls wurde das Thema Investitionsfinanzierung im Kontext der im Koalitionsvertrag vorgesehenen großen Krankenhausreform mit auf die Agenda der Bund-Länder-Arbeitsgruppe genommen und auf der Novembersitzung der Arbeitsgruppe diskutiert. Da man sich noch nicht auf die Eckpunkte der Reform einigen konnte, gibt es am 05.12.2014 noch einen weiteren Sitzungstermin. Das Thema muss weiterhin im Fokus gehalten werden, um eine nachhaltige Lösung für die nicht nur finanziell schwierige Situation der Krankenhäuser zu erreichen.

Image der Krankenhäuser

Damit die Darstellung der zentralen Themen der bundesweiten Aktion der DKG, der finanziellen Probleme vieler Kliniken – insbesondere bei der Investitionsfinanzierung durch die Länder und die damit verbundenen gravierenden Folgen für die Patientenversorgung –, mit Nachdruck im politischen Raum und in der breiten Öffentlichkeit platziert werden und die erhoffte politische Signalwirkung zur Realisierung der Krankenhausforderungen erreicht werden kann, sind weiterführende Aktionen auf Landesebene notwendig.

Hinzu kommt, dass aufgrund der zunehmend negativen Darstellung der Krankenhäuser in der Öffentlichkeit durch die einseitige Berichterstattung zu Themen wie Hygiene, AOK-Krankenhausreport mit geschätzten angeblichen 19.000 Toten durch Behandlungsfehler, unnötige Operationen und Falschabrechnung und so weiter der Wunsch in den Krankenhäusern und bei den Beschäftigten nach einer Reaktion und nach Maßnahmen wächst, die diesen Darstellungen die Positionen der Krankenhäuser entgegenstellen.

In der Breite kann dies die von der Bundesebene durch die DKG initiierte Kampagne allein aufgrund des Budgets von 3 Millionen Euro für den Zeitraum von drei Jahren nicht leisten. Zudem wird erkennbar, dass diese Aktivitäten durch die Landeskrankenhausgesellschaften aufgrund der jeweiligen gesundheitspolitischen Ausgangslage nicht in allen Bundesländern einheitlich umgesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund wurde im Vorstand der KGNW in seiner Sitzung am 06.03.2014 das weitere Vorgehen im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung der Kampagne sowie der Umsetzung von Maßnahmen zur Positionierung des Themas „Investitionsfinanzierung“ diskutiert und die Geschäftsstelle beauftragt, für die nächste Sitzung des Vorstands am 01.07.2014 ein ausgearbeitetes Konzept zur Beschlussfassung vorzulegen.

Die Geschäftsstelle hat auf der Basis der Ergebnisse verschiedener gemeinsamer Workshops mit der Agentur für Strategieberatung ELEPHANTLOGIC in Berlin ein Aktions- und Strategiekonzept zu möglichen kommunikativen Aktivitäten der KGNW im Hinblick auf kommende Debatten und Entwicklungen zur Krankenhausfinanzierung erarbeitet.

Das ungelöste Problem der strukturellen Investitionsunterfinanzierung vor dem Hintergrund leerer Kassen und der drohenden Schuldenbremse wurde von der Geschäftsstelle thematisiert und als zentrales Handlungsfeld und „Megathema“ der Krankenhäuser und der KGNW hervorgehoben. Dies wurde mit der Forderung nach einer Lösung durch einen „nationalen Kraftakt“ unter Beteiligung des Bundes verbunden, um das bundesweit erforderliche Fördervolumen von rund 6 Milliarden Euro (derzeit rund 2,7 Milliarden Euro) zu bewältigen. Betont wurde zudem, dass sich die Kompetenz der Länder in der Krankenhausplanung bewährt hat und beizubehalten ist. Hier bleibt das Primärziel der KGNW im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe eine Verbesserung der finanziellen Situation von Krankenhäusern durch

die „Erhöhung der Zuwendungen durch Land und Bund auf eine bedarfsgerechte Investitionsförderung“ zu erreichen.

Das Ziel, eine Erhöhung der Investitionszuwendungen vonseiten des Bundes zu erreichen, ist derzeit aber nicht absehbar. Vielmehr fordert Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe primär einen Kapazitätsabbau durch einen Abbau von Betten und stellt dafür einen Restrukturierungsfonds („Abwrackprämie“) in Aussicht. Gleichzeitig stehen Vorwürfe wegen geringer Qualität der Betreuung, Hygienemängeln und Mengenausweitungen im Zentrum der Berichterstattung. Alle drei Themen sind inzwischen im Bewusstsein der Bevölkerung verankert.

Bisher konnte sowohl der Zugang zur Politik bereits signifikant verbessert werden (zum Beispiel durch Gespräche mit dem Staatssekretär des NRW-Wirtschaftsministeriums, Herrn Dr. Horzetzky, und dem Leiter der NRW-Staatskanzlei, Herrn Staatssekretär Lersch-Mense) als auch die Bündniskompetenz auf Bundesebene erhöht werden (zum Beispiel durch die gemeinsame Resolution

der DKG mit der BÄK, dem Deutschen Pflegerat und weiteren Institutionen).

Die mediale Berichterstattung bleibt aber auch vor dem Hintergrund der vielfältigen Aktivitäten und Veröffentlichungen der Krankenkassen und anderer Institutionen weiterhin problematisch.

Die Ergebnisse der qualitativen Meinungsforschungsstudie, die vom Meinungsforschungsinstitut polltix im Auftrag der KGNW durchgeführt wurde, haben gezeigt, dass

- die positive Wahrnehmung des Gesundheitssystems allgemein von der Wahrnehmung von Missständen in Krankenhäusern (Hygiene, Personalmangel) flankiert wird,
- die Debatte um den Pflegenotstand und Krankenhauskeime präsenter ist als die Frage der Finanzierung von Krankenhäusern und nicht damit in Verbindung gebracht wird und
- die Krankenhausleitung als profitorientierter Konzernmanager gesehen wird.

Start des internen E-Mail-Verteilers „Informationen aus Politik und Presse“ und des Newsletters

Um die interne Kommunikation zu verbessern, das Reaktionstempo bezüglich der Krankenhausreform der Großen Koalition zu erhöhen und die Kampagnenfähigkeit nordrhein-westfälischer Krankenhäuser zu verbessern, war der Ausbau der internen Kommunikation ein hochrangiges Ziel des

Referats für Politik, PR und Presse. Zu diesem Zweck können die Geschäftsführer in den Krankenhäusern, die Entscheidungsträger in den Spitzenverbänden und die Mitarbeiter für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit seit April 2014 mittels eines internen E-Mail-Verteilers und des regelmäßigen Versands eines

KGNW-Newsletters über alle aktuellen Themen informiert werden. Dies ermöglicht eine schnellere Informationsübermittlung und die breitere Streuung von zentralen Themen der KGNW. Die Angeschriebenen erhalten so Pressemitteilungen, Beispiele für Sprachregelungen und Textbausteine bei kritischen Themen, Kampagnenmaterialien wie Plakate und Broschüren, Informationen zu überregionalen allgemeinen Recherchen von Redaktionen wie Monitor oder BILD, Anfragen von Redaktionen (TV, Print, digitale Medien)

zur konkreten Vorbereitung von aktuellen Beiträgen sowie aktuelle Veröffentlichungen zu Rankings zur Qualität und Leistungsfähigkeit von Kliniken in bestimmten Bereichen wie zum Beispiel Hüft und Knie-OPs und PCI.

Als weitere positive Effekte dieser Maßnahmen sind eine stärkere Mobilisierung der Klinikmitarbeiter und eine verstärkte Wahrnehmung der KGNW als Stimme der Krankenhäuser zu nennen.

Verabschiedung der Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern

In der Vorstandssitzung der KGNW am 06.03.2014 wurde eine Handlungsempfehlung für die Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern verabschiedet. Zusammen mit dem Patientenbeauftragten der Landesregierung Nordrhein-Westfalen und dem MGEPA hat die KGNW Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern erarbeitet, um das Vertrauensverhältnis zwischen Krankenhaus, seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Patientinnen und Patienten zu fördern. Diese Orientierungs- und Umsetzungshilfe soll sowohl den Krankenhausleitungen als auch den Patientenfürsprechern dienen. Die Empfehlungen geben Auskunft

über die Aufgaben und Pflichten der Fürsprecher und informieren über alle Rahmenbedingungen wie beispielsweise die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme und die Erreichbarkeit. Außerdem enthalten sie nähere Angaben darüber, wie die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus gestaltet werden kann.

Gemeinsam mit dem Patientenbeauftragten der Landesregierung NRW, dem Gesundheitsladen Köln und der KGNW hat das Landeszentrum für Gesundheit (LZG NRW) zwei Schulungen zur Qualifizierung und Fortbildung von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern angeboten. Die Workshops fanden am 07.05.2014 in Dortmund und am 08.10.2014 in Köln statt.

Fachaufsatz „Modell Niederlande – ein Vorbild für die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen?“

Immer wieder wird das deutsche Krankenhauswesen mit dem unseres Nachbarlandes Niederlande verglichen. Dabei werden gerne die vermeintlich positiven Aspekte des niederländischen Gesundheitswesens insbesondere im Vergleich zum Krankenhausbereich in Deutschland angeführt. Oft rückt NRW in den Fokus dieser kritischen Betrachtungen und Vergleiche. In der Märzausgabe der Fachzeitschrift „Das Krankenhaus“ sind wir der Frage nachgegangen, ob die diesbezüglich im politischen und medialen Raum verbreiteten Vergleiche mit den Niederlanden zutreffend sind und welche Folgen mit dem niederländischen Modell verbunden sind. Wir kommen dabei zu folgendem Fazit:

Der zahlenmäßige Unterschied der vorgehaltenen Leistungsangebote in den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen entspricht nicht dem im politischen und medialen Raum artikulierten Umfang. In den Niederlanden müssen Betten und Versorgungsstrukturen in der Fläche aufgebaut werden, um der Nachfrage nach medizinischen Leistungen gerecht zu werden. Dagegen lassen sich die

gewachsenen Strukturen mit einer ausreichenden Zahl an Betten in NRW historisch und sozioökonomisch erklären. Der neue NRW-Krankenhausplan soll im Konsens mit der Selbstverwaltung für eine schrittweise Anpassung der Kapazitäten sorgen. Im Rahmen einer Kapazitätsreduzierung mit Augenmaß in weiten Teilen der somatischen Fachdisziplinen in NRW sollte im Sinne der Bevölkerung aber vermieden werden, heute Kapazitäten zu reduzieren, die morgen wieder benötigt werden könnten. Die stationäre Versorgung in NRW ist besser auf den demografischen Wandel vorbereitet als in den Niederlanden und garantiert eine flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau. Die niederländischen Patienten können ihren Arzt und ihr Krankenhaus nicht frei wählen. Sie müssen länger warten und weichen deshalb auch gerne auf eine Behandlung in Deutschland aus. Wer das niederländische Modell dennoch bevorzugt, muss es sich leisten können und wollen, da es den Versicherten stärker belastet und deutlich höhere Kosten in der stationären Versorgung (für NRW etwa 5,1 Milliarden Euro) mit sich bringt.

Demenz im Blick der Krankenhäuser und der nordrhein-westfälischen Ärztekammern

Die Patienten im Krankenhaus werden immer älter und immer mehr Patienten weisen neben ihrer akuten Erkrankung eine demenzielle Störung auf, die sich maßgeblich auf ihre Versorgung im Krankenhaus auswirkt. Den Herausforderungen, aktiv bei der Etablierung flächendeckender demenzsensibler Versorgungsstrukturen im Krankenhaus mitzuwirken und mit fachlicher Unterstützung die Entwicklung von Strukturen weiterzuentwickeln, die den Anforderungen demenzkranker und älterer Patienten an eine qualitativ hochwertige Behandlung gerecht werden, hat sich das Netzwerk „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ NRW zum Ziel gesetzt. In diesem landesweiten Netzwerk diskutieren regelmäßig über 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Krankenhäusern, dem MGEPA, der Ärztekammer Nordrhein und der Alzheimer Gesellschaft unter Beteiligung der KGNW über fachliche Fragen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Die Beteiligten tauschen sich mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen aus allen Bereichen, die an der Versorgung der zunehmend älteren Patientinnen und Patienten mit einer Demenz in Akutkrankenhäusern beteiligt sind, aus und nutzen das Netzwerk als aktuelle Informationsplattform. Im Hinblick auf diese Entwicklungen wurde das vom MGEPA geförderte Projekt „Förderung der Umsetzung demenzsensibler Versorgungsprojekte“ der GSP – Gesellschaft für soziale Projekte, das im Jahr 2013 gestartet wurde und auf drei Jahre angelegt ist, unter Beteiligung von über 20 Kliniken weitergeführt. Im Mittelpunkt

des Projekts steht ein Unterstützungsprogramm für Krankenhäuser in NRW zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten. Zudem war die KGNW an zwei Veranstaltungen der nordrhein-westfälischen Ärztekammern, die das Jahr 2014 unter das Motto „Demenz im Blick“ gestellt haben, beteiligt. Sowohl bei der Auftaktveranstaltung als auch bei einer Fachtagung in Münster stellte KGNW-Präsident Jochen Brink das Engagement der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser heraus und betonte den hohen Stellenwert dieses Themas für die NRW-Kliniken.

Auch auf Bundesebene spielte das Thema Demenz in diesem Jahr eine übergeordnete Rolle. Die „Allianz für Demenz“, der neben den relevanten Spitzenverbänden aus den Bereichen Pflege und Gesundheit, Wissenschaft und Zivilgesellschaft auch die Länder und die Deutsche Krankenhausgesellschaft angehören, hat nach zweijähriger Arbeitsphase konkrete Maßnahmen vereinbart, um die Situation der Erkrankten und ihrer Angehörigen zu verbessern. In verschiedenen Handlungsfeldern wie der gesellschaftlichen Teilhabe und den konkreten Versorgungsstrukturen soll die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden. Das unter dem Vorsitz des Bundesfamilien- und des Bundesgesundheitsministeriums stehende Projekt will damit das Altern in Würde und eine qualitativ hochwertige Versorgung und Pflege gewährleisten.

Referentenentwurf zum Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV

Im Oktober wurde der Referentenentwurf zum Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) veröffentlicht. Die Krankenhäuser sind von zahlreichen Regelungen betroffen, die eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung auf hohem Niveau sicherstellen sollen. Dazu zählt unter anderem das Recht der Patienten auf eine Zweitmeinung. Krankenhäuser sollen in Zukunft zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln die jeweils kleinste Packung nach der Packungsgrößenverordnung verordnen können. Außerdem sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, Terminservicestellen einzurichten. Können die Terminservicestellen bei Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin nicht innerhalb von vier Wochen bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vermitteln, sollen diese verpflichtet werden, dem Versicherten einen Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Weitere Regelungen betreffen die Ermöglichung arztgruppengleicher medizinischer Versorgungszentren (MVZ) sowie die Einrichtung eines Innovationsfonds, womit die Möglichkeit zur Refinanzierung von Folgenabschätzungen im G-BA-Prozess besteht.

Die Rahmenbedingungen der Hochschulambulanz sollen bezüglich Zulassung, Patientenspektrum und Vergütung reformiert werden. Medizinische Behandlungszentren sollen ermächtigt werden, Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung ambulant zu behandeln.

Darüber hinaus sollen die Regressansprüche von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen bei nicht grob schuldhaft verursachten Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe beschränkt werden.

Diesen grundsätzlich positiv zu bewertenden Aspekten stehen jedoch auch einige enttäuschende Regelungen gegenüber. Dies betrifft insbesondere die geplante Regelung zur ambulanten Notfallversorgung, da der Sicherstellungsauftrag weiterhin allein bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleibt. Des Weiteren wird ein erschwerender Schritt zur Zulassung von Innovationen im Medizinproduktebereich durch die geplante Einführung einer besonderen Nachweispflicht für Medizinprodukte der Risikoklassen II b und III gemacht. Auch die geplanten Änderungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sind zum Teil wenig konkret und deshalb negativ zu bewerten.

Gesundheitspreis 2014 mit dem Thema „Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen“

Der diesjährige Gesundheitspreis der von der Landesgesundheitskonferenz beschlossenen Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ stand unter dem Thema „Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen“. Anlass ist die UN-Behindertenrechtskonvention, die die Ziele der Inklusion aller Behinderten in die Gesellschaft sowie die Ermöglichung einer aktiven Lebensführung verfolgt. Diese Aspekte betreffen auch das Gesundheitswesen, denn dieses sollte auf die spezielle Versorgungssituation und den Bedarf behinderter Menschen vorbereitet sein. Engagierte Projekte aus diesem Bereich konnten sich für den Gesundheitspreis 2014 bewerben.

Den mit 5.000 Euro dotierten ersten Preis sicherte sich die Diakonische Stiftung Wittekindshof in Bad Oeynhausen für das Projekt „Adipositas bei Menschen mit Intelligenzminderung – Prävention und Intervention“. Ziel ist es, Menschen, die unter Adipositas und einer Intelligenzminderung leiden, zu unterstützen und zu mehr Eigenverantwortung zu leiten. Durch eine selbstständige Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation soll ihre Lebensqualität gesteigert werden.

Über den zweiten Preis und damit 3.000 Euro freuen kann sich das Projekt „Verbesserung

der Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus“ der St. Franziskus-Stiftung Münster im Kreis Warendorf. Neue Strukturen und Abläufe innerhalb der Krankenhäuser sollen die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung stärker berücksichtigen. Schwerpunkt ist die Kommunikation zwischen den verschiedenen Einrichtungen, sodass die Krankenhäuser und die Einrichtungen der Behindertenhilfe zusammenarbeiten können.

Den dritten Preis, dotiert mit jeweils 2.000 Euro, erhalten in diesem Jahr zwei Projekte. Die Gesellschaft für psychische Gesundheit in NRW wird für das Projekt „Netzwerk psychische Gesundheit – Integrierte Versorgung psychisch kranker Menschen“ ausgezeichnet. Patienten mit psychischen Erkrankungen werden hier im Sinne des „Home Treatment“ ambulant behandelt und betreut.

Die Mathias Hochschule Rheine bekommt ebenfalls den dritten Preis für ihr Projekt „Menschen mit Behinderung im Krankenhaus – Studierende im Studiengang Pflege als Multiplikatoren für die zukünftige Versorgung“. Das Projekt bindet die besondere Situation von Menschen mit Behinderung in die Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonal ein.

MEDICA und 37. Deutscher Krankenhaustag

Die aktuelle Diskussion um die Krankenhausversorgung zeigt, mit welchen Herausforderungen sich die Kliniken konfrontiert sehen: „Beste Qualität braucht bessere Finanzierung“ lautete daher das Generalthema des 37. Deutschen Krankenhaustages, der vom 12. bis 15.11.2014 im Rahmen der weltweit größten Medizinmesse MEDICA in Düsseldorf stattfand. Im Rahmen des „MEDICA ECON FORUM by TK“ nahmen DKG- und KGNW-Vizepräsident Ingo Morell und KGNW-Präsident Jochen Brink jeweils an einer der Diskussionsrunden teil. Ingo Morell äußerte sich dabei zum Thema „Qualitätsoffensive in der Versorgung – die Rolle des neuen Qualitätsinstituts“ und betonte die Notwendigkeit eines Qualitätswettbewerbs, der von unabhängiger Seite auf methodisch sauberer Grundlage und mit transparenten und fairen Spielregeln stattfindet. Außerdem sprach er die große Transparenz an, mit der Krankenhäuser im Qualitätswettbewerb agieren.

Die Diskussionsrunde, an der Jochen Brink teilnahm, drehte sich um das Thema „Krankenhausfinanzierung der Zukunft“. Er sprach an, dass die Krankenhäuser eine faire und nachhaltige Finanzierung als Voraussetzung für eine patientengerechte, qualitativ hochwertige, ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung brauchen. Zudem machte er darauf aufmerksam, dass ein nationaler Kraftakt von Bund und Ländern für die Investitionsfinanzierung nötig ist, da nach offiziellen Berechnungen der erforderliche jährliche Investitionsförderbedarf bei 6 Milliarden Euro liegt.

Über die Bedeutung von eindeutigen Qualitätskriterien und die Rolle des neuen Qualitätsinstituts äußerte sich Jochen Brink schließlich noch im Rahmen des Krankenhaustages bei einer Diskussionsrunde zur „Umsetzung qualitätsorientierter Krankenhausplanung“.

Ausländische Ärzte

In der Arbeitsgruppe „docjobs-nrw / Ausländische Ärztinnen und Ärzte“, an der neben dem MGEPA die beiden Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, das Landeszentrum Gesundheit NRW und die KGNW beteiligt sind, wurde verstärkt thematisiert, dass ausländische Ärztinnen und Ärzte vor Erteilung einer Approbation gemäß § 3 Absatz 1 Nr. 5 BÄO über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen müssen, aber eine Regelung fehlt, wie der Nachweis ausreichender Sprachkenntnisse erbracht werden soll.

Aufgrund dieser fehlenden Regelung unterscheiden sich die Anforderungen für die Sprachprüfungen in den einzelnen Bundesländern. Diese unterschiedlichen Anforderungen führen als Folge zu einem Nachteil einzelner Bundesländer im Hinblick auf die Standortwahl zur Facharztausbildung ausländischer Ärztinnen und Ärzte. Weiterhin wurde deutlich, dass die Fähigkeit zur medizinischen Korrespondenz (zum Beispiel zur Anfertigung eines Arztbriefs) auch in Nordrhein-Westfalen nicht überprüft wird.

Diese Thematik wurde von NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens mit dem Ziel in die Beratungen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) eingebracht, einheitliche Regelungen in den Ländern zur Überprüfung der Sprachkenntnisse von ausländischen Ärzten, Zahnärzten, Apothekern sowie Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu schaffen.

Die Überprüfung der Sprachkenntnisse liegt in der Zuständigkeit der Bundesländer und wird in der Regel von den zuständigen Approbationsbehörden vorgenommen.

In ihrer Sitzung am 26./27.06.2014 hat die GMK vor diesem Hintergrund Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen einstimmig beschlossen. Die Eckpunkte wurden im Auftrag der GMK von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) auf Initiative des MGEPA erarbeitet.

Grundsätzlich gilt zukünftig für Ausländer in den oben genannten Berufen für die Erteilung der Approbation, dass sie auf der nachgewiesenen Grundlage eines Sprachniveaus B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens (GER) zusätzlich über Fachsprachkenntnisse im berufsspezifischen Kontext, orientiert am Sprachniveau C1, verfügen müssen. Für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gilt hinsichtlich der berufsspezifischen Fachsprachkenntnisse sogar das Sprachniveau C2.

Sofern kein anderweitiger Nachweis über die Sprachkenntnisse erbracht wird (insbesondere Erwerb der Ausbildung in den betreffenden Berufen in deutscher Sprache, Schulabschluss oder Berufsausbildungsabschluss in deutscher Sprache), hat der Nachweis über den erfolgreich abgelegten

Sprachtest zu erfolgen. Dieser darf nicht länger als drei Jahre zurückliegen. Die GMK hat zudem Mindestanforderungen für den Sprachtest festgelegt:

- Simuliertes Berufsangehöriger-Patienten-Gespräch,
- Anfertigung eines in der ärztlichen, zahnärztlichen, pharmazeutischen oder psychotherapeutischen Berufsausübung üblicherweise vorkommenden Schriftstücks (zum Beispiel Kurz-Arztbrief),
- Gespräch mit einem Angehörigen derselben Berufsgruppe,
- Bewertung des Sprachtests durch mindestens zwei Prüfer, von denen mindestens die Hälfte Angehörige derselben Berufsgruppe sind, der auch der Antragstellende angehört.

Den Bundesländern obliegt es nun, ob der Sprachtest bei der zuständigen Behörde oder einer Heilberufekammer (zum Beispiel Ärztekammer) abgelegt werden muss. Die Länder streben eine bundeseinheitliche Vorgehensweise an. So soll der erfolgreiche Nachweis über die erforderlichen Sprachkenntnisse auch in anderen Bundesländern anerkannt werden.

In NRW wurde die Zuständigkeit für die Durchführung der Sprachprüfungen für ausländische Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2013 auch im Hinblick auf die Beratungen in der GMK von den Bezirksregierungen auf die nordrhein-westfälischen Ärzte- und Zahnärz-

tekammern übertragen und nach Beratungen im Parlament als allgemeine Weisung an das MGEPA im Gesetz- und Verordnungsblatt vom 20.12.2013 erlassen. In NRW sind die Schwerpunkte der Fachsprachenprüfungen bereits ein simuliertes Arzt-Patienten-Gespräch sowie die zusammenfassende schriftliche Dokumentation dieses Gesprächs in einem Arztbrief.

Die Änderungen in der ärztlichen Berufszulassung, die Änderungen in den Fachsprachen- und Kenntnisprüfungen für ausländische Ärztinnen und Ärzte sowie Initiativen und Unterstützungsangebote zur Förderung und Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte waren Schwerpunkte einer Informationsveranstaltung, die am 20.03.2014 in Herne unter Beteiligung der nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerin Barbara Steffens stattfand. Im Rahmen der Tagung, die von der landesweiten Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW / doc-jobs.nrw“ mit Vertretern des Gesundheitsministeriums, des Landesentrums Gesundheit NRW, der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern und der KGNW durchgeführt wurde, standen die Darstellung der Handlungsansätze sowie Best-Practice-Beispiele zur Förderung der Integration im Vordergrund. Weiterhin waren die Durchführung der neuen Kenntnisprüfung sowie die Durchführung von Sprachtests für ausländische Ärztinnen und Ärzte, die in Nordrhein-Westfalen in ihrem erlernten Beruf arbeiten wollen, Themen.

Treffen für griechische Ärztinnen und Ärzte am 05.09.2014 in Dortmund

Als eine Maßnahme zur Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte fand am 05.09.2014 im Klinikum Westfalen ein gemeinsames Treffen für griechische Ärztinnen und Ärzte statt, die im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen tätig sind. Mit dieser Veranstaltung wurde die im November 2012 begonnene Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen Nordgriechenland und NRW unter Beteiligung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser fortgesetzt.

Mit dieser Veranstaltung wurde den griechischen Ärztinnen und Ärzten eine Kommunikationsplattform zu einem Meinungs- und Erfahrungsaustausch geboten. Sie konnten mit Kolleginnen und Kollegen, die aus Griechenland stammen oder in Griechenland studiert haben und die den gleichen beruflichen Weg gegangen sind, ins Gespräch kommen. Gegenwärtig arbeitet mit über 1.000 Ärztinnen und Ärzten beinahe die Hälfte aller in Deutschland lebenden griechischen Ärztinnen und Ärzte in NRW.

Alle griechischen Ärztinnen und Ärzte in NRW wurden von den Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein gemeinsam mit der nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerin, Frau Barbara Steffens, den Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Herrn Rudolf Henke, und der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Herrn Dr. Theodor Windhorst, KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum sowie dem Geschäftsführer des Klinikums Westfalen Andreas Schlüter persönlich zu einer Auftakt-

veranstaltung eingeladen. Professor Dr. Georgios Godolias, Vorsitzender der Ärztlichen Direktoren der St. Elisabeth-Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr, Herne, moderierte die Veranstaltung.

Kommission „Europa/Internationales Krankenhauswesen“ auf Studienreise

Mit einer Studienreise in die Niederlande haben sich die Mitglieder der DKG-Kommission „Europa/internationales Krankenhauswesen“ unter Beteiligung der KGNW vom 19. bis 21.03.2014 zum Thema „Qualität in der niederländischen Krankenhausversorgung“ informiert. Neben Gesprächen mit Vertretern der niederländischen Krankenhausvereinigung, des dortigen Gesundheitsministeriums und der Aufsichtsbehörden sowie mit Wissenschaftlern konnten die Teilnehmer unter der Führung des DKG-Präsidenten Alfred Dänzer und des Kommissionsvorsitzenden Dr. Stephan Helm auch mit der Präsidentin des neu gegründeten Qualitätsinstituts der Niederlande diskutieren. Außerdem wurden modernste Abteilungen im Krankenhauswesen besichtigt.

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 (früher: AOK-Landesverband Westfalen-Lippe) eingerichtet.

Die zurzeit laufende 8. Amtsperiode der Mitglieder und ihrer Stellvertreter sowie auch des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter begann für beide Schiedsstellen am 01.01.2014 und endet nach der in § 3 Absatz 1 der Verordnung über die Schiedsstel-

len nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (SchV-KHG) in Verbindung mit § 6 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZVV) vorgesehenen vierjährigen Dauer am 31.12.2017.

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

Schiedsstelle KHG Rheinland

Vorsitzender

Prof. Dr. Oliver Ricken

1. Stellvertreter

Dr. Rainer Kemper

2. Stellvertreter

N. N.

Schiedsstelle KHG Westfalen-Lippe

Vorsitzender

Dr. Thomas Sommer

1. Stellvertreter

Dr. Peter Lange

2. Stellvertreter

Prof. Dr. Volker Warendorf

Vor der Schiedsstelle KHG Westfalen-Lippe waren

- 2014 insgesamt neun Verfahren aus den Jahren 2013 und 2014 anhängig,
- davon wurde ein Antrag zurückgenommen,
- zwei Verfahren durch Vergleich vor der Schiedsstelle beendet,
- vier Verfahren durch Festsetzung der Schiedsstelle abgeschlossen,
- zwei Verfahren konnten bisher nicht zum Abschluss gebracht werden.

Bei der Schiedsstelle KHG Rheinland, deren Geschäftsstelle von der KGNW getragen wird, waren

- 2014 insgesamt vierzehn Verfahren aus den Jahren 2012 bis 2014 anhängig,
- davon wurde ein Verfahren durch Rücknahme beendet,
- neun Verfahren durch Festsetzung der Schiedsstelle abgeschlossen,
- eine der neun Festsetzungen stellte eine Entscheidung der Schiedsstelle nach § 14 Absatz 3 KHEntgG dar,
- zu einer Festsetzung gab es zusätzlich eine berichtigende Beschlussfassung,
- ein Verfahren wurde durch Einigung/Vergleich der Parteien vor der Schiedsstelle beendet,
- ein Verfahren bezog sich auf die Regelung des § 17 c Absatz 4 Satz 11 KHG (neu)/ (Schlichtungsausschuss),
- ein Verfahren ruht antragsgemäß,
- ein Verfahren konnte bisher nicht abgeschlossen werden.

Bei den anhängigen Verfahren beider Schiedsstellen stellte – wie in den vorangegangenen Jahren – ein Streitpunkt der Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses dar. Dabei ging es insbesondere um den zwischen den Parteien strittigen Inhalt und Umfang des Versorgungsauftrages, der durch Auslegung des konkreten Feststellungsbescheides sowie unter Berücksichtigung des Runderlasses des damaligen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) vom 29.12.2008 sowie nunmehr des Runderlasses des derzeitigen MGEPA vom 15.11.2013 zu ermitteln war. Strittig waren unter anderem die Erbringung von Linksherzkatheterleistungen, von komplexen Eingriffen am Organsystem „Ösophagus“, von gefäßchirurgischen Leistungen, von Leistungen und im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung sowie Transkathe-

ter-Aortenklappen-Implantationen und die Vereinbarung von NUB-Entgelten.

Darüber hinaus war in mehreren Verfahren die Vereinbarung eines Zuschlages für ein kideronkologisches Zentrum strittig.

Zusätzlich hat es am 21.08.2014 eine gemein-

same Sitzung beider Schiedsstellen nach dem KHG gegeben, um die von der KGNW – in Abstimmung mit den nordrhein-westfälischen Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen – beantragte Errichtung eines vorläufigen Landesschlichtungsausschusses nach § 17 c Absatz 4 Satz 11 KHG (neu) zu beschließen.

Schlichtungsausschuss nach § 17 c Absatz 4 KHG

§ 17 c Absatz 4 KHG sieht bei Streitigkeiten der Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG über die Prüfergebnisse des MDK nach § 17 c Absatz 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 § 17 c Absatz 4 KHG für Nordrhein-Westfalen (Schlichtungsvereinbarung) ist die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses bei der KGNW eingerichtet.

Die zurzeit laufende 3. Amtsperiode der Mitglieder und ihrer Stellvertreter sowie auch des Vorsitzenden und seines Stellvertreters

begann am 01.01.2011 und endet nach der in § 5 Absatz 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 3. Amtsperiode bestellt:

Vorsitzender

Vorsitzender Richter am
Landessozialgericht Essen
Josef Brand

1. Stellvertreter

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

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Gemäß der am 09.06.1997 beschlossenen Satzung in der geänderten Fassung vom 28.12.2005 und der nachfolgend geänderten Fassung vom 08.12.2010 gehören neben den Spitzenverbänden die Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen der Krankenhausgesell-

schaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) als Mitglieder an. Derzeit sind in der Gesellschaft 285 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand: 31. Dezember 2014). Insgesamt vertritt die KGNW 350 nordrhein-westfälische Krankenhäuser.

Verbandsmitglieder gemäß Satzung

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

Diakonisches Werk der Ev. Kirche
im Rheinland
Lenaustraße 41
40470 Düsseldorf

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

Diakonisches Werk der Ev. 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

Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Straße 1
50663 Köln

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

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Straße 25–27
48133 Münster

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

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

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

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

Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Liliencronstraße 14
40472 Düsseldorf

Städtetag Nordrhein-Westfalen
Lindenallee 13–17
50968 Köln

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

Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung ist satzungsgemäß das oberste Organ der Krankenhausesellschaft 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 folgende Punkte:

- 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 gemäß § 9 Absatz 4 der Satzung
- d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gemäß § 9 Absatz 3 der Satzung
- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gemäß § 11 der Satzung

f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gemäß § 5 sowie der Beiträge gemäß § 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 an die 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:

11.12.2014 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 Mitgliedes sind sie auf der nächsten Mitgliederversammlung erneut zu behandeln. Im Berichtszeitraum gehörten dem Vorstand an:

Präsident:

Geschäftsführer Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus Lippstadt

1. Vizepräsident:

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

2. Vizepräsident:

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Von den Einzelmitgliedern gewählte Mitglieder:

Vorstand Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

Kfm. Direktor Dr. Hans-Jürgen Hackenberg
Universitätsklinikum Bonn
(bis 31.03.2014)

Vorstandsvorsitzender Dieter Kesper
Stiftung der Cellitinnen e.V., Köln

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

Geschäftsführer Ralf H. Nennhaus
Rhein-Kreis Neuss Kliniken GmbH Kreis-
krankenhaus Grevenbroich St. Elisabeth

Hauptgeschäftsführer Hermann Nientiedt
Klinikverbund Westmünsterland gGmbH,
Ahaus

Vorsitzender Geschäftsführer
Dr. Rainer Norden
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH

Geschäftsführer Rainer Rabsahl
Evangelisches Krankenhaus Wesel GmbH

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreis Krankenhaus Mechernich GmbH

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef Krankenhaus GmbH, Moers

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

Geschäftsführer Hans-Jürgen Winkelmann
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH

Geschäftsführer Thomas Wülle
Kath. Kliniken im Märkischen Kreis
gem. GmbH, Iserlohn

**Von den Verbandsmitgliedern benannte
Mitglieder:**

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

Geschäftsführer Sigurd Claus
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(bis 06.03.2014)

Vorstand Hans-Joachim Ehrhardt
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e.V.
(bis 06.03.2014)

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen, Münster

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsbereichsleiterin Elke Grothe-Kühn
Diakonisches Werk der Ev. Kirche
im Rheinland

Geschäftsführer
Thomas Hoffmann
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e.V.
(ab 06.03.2014)

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen e.V.

Beigeordneter Reiner Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Landesrat PD Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
Münster

Referatsleiter Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster e.V.

Diözesancaritasdirektor
Burkhard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.

Hauptreferentin Andrea Vontz-Liesegang
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(ab 06.03.2014)

LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

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

**Beratende Mitglieder gemäß § 13 Absatz 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

Abteilungsleiterin
Brigitte von Germeten-Ortmann
(Vorsitzende des Fachausschusses für
Personalwesen)
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e.V.

Abteilungsleiter Klaus Schoch
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Planung und Förderung)
Caritasverbund für die Diözese Münster e.V.

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Sitzungen:

06.03.2014 in Düsseldorf
01.07.2014 in Düsseldorf
25.09.2014 in Düsseldorf
27.11.2014 in Düsseldorf

Präsidium

Zu den Aufgaben des Präsidiums heißt es in der Satzung der KGNW unter § 10 Absatz 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.“

Dem Präsidium gehörten im Berichtszeitraum an:

Präsident

Geschäftsführer Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus Lippstadt

1. Vizepräsident

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

2. Vizepräsident

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Geschäftsführendes Präsidialmitglied

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Beisitzer

Vorstand Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen, Münster

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

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

Diözesancaritasdirektor Burkhard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.

Sitzungen:

06.03.2014 in Düsseldorf
01.07.2014 in Düsseldorf
25.09.2014 in Düsseldorf
27.11.2014 in Düsseldorf

Hauptausschuss

Nach § 11 Absatz 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 Absatz 2:

Vorsitzender

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

Stellvertretender Vorsitzende

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

Geschäftsführer

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

Mitglied:

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Von der Mitgliederversammlung aus dem

Kreis der Einzelmitglieder gewählte

Mitglieder:

Geschäftsführer
Michael Ackermann
Klinikum Bielefeld

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

Geschäftsführer
Peter Bohn
Arbeitsgemeinschaft kommunaler Krankenhäuser Westfalens (AKW) e.V., Dortmund

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

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

Generalbevollmächtigter
Hans-Joachim Ehrhardt
Klinikum Duisburg GmbH (bis 26.02.2014)

Geschäftsführer Dieter Erfurth
Gangelter Einrichtungen, Krankenhaus
Maria-Hilf

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

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH
Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.
Köln

Regional-Geschäftsführer

Sascha John
Helios Klinikum Wuppertal
(bis 31.01.2014)

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg
Sana Krankenhaus Hürth GmbH
(ab 11.09.2014)

Vorstandsvorsitzender

Dieter Kesper
Stiftung der Cellitinnen e.V., Köln

Geschäftsführer Bernd Koch
Caritas Trägergesellschaft West GmbH,
Düren (ab 11.09.2014)

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

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigem. Krankenhäuser
Münsterland und Ostwestfalen, Münster

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

Geschäftsführer Stephan Richter
Zweckverband der Krankenhäuser im
Regierungsbezirk Detmold

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Georg Schmidt
AGAPLESION Bethesda Krankenhaus
Wuppertal gGmbH

Vorsitzender (Vorstand)

Dr. Hans-Ulrich Sorgenfrei
Verein Evangelisches Krankenhaus Bünde
(Lukas-Krankenhaus Bünde)
(ab 11.09.2014)

Geschäftsführer
Manfred Sunderhaus
Katholisches Klinikum Essen GmbH

Jürgen Thau
St. Johannesstift, Ev. Krankenhaus
Paderborn gGmbH
(bis 30.04.2014)

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.

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

Kaufmännischer Direktor
Dr. Hans-Jürgen Hackenberg
Universitätsklinikum Bonn
(bis 31.03.2014)

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

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtische Kliniken Mönchengladbach
GmbH

Geschäftsführer Dr. Harald Januschewski
Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach

Referatsleiter Oliver Lohr
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e.V.

Kaufmännischer Direktor
Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
LWL-Psychatrieverbund

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

Kaufmännischer Direktor
Dr. Matthias Wokittel
Universitätsklinikum Düsseldorf
(ab 26.05.2014)

Sitzungen:

18.02.2014 in Düsseldorf
05.06.2014 in Düsseldorf -
11.09.2014 in Düsseldorf
11.11.2014 in Düsseldorf

Fachausschüsse und Kommissionen / Arbeitsgruppen

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

Hauptausschuss

- Arbeitsgruppe „Heilmittelvertrag“
- Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“
- Arbeitsgruppe „Verhandlung des Landesvertrages nach § 112 Absatz 2 Nummer 1 SGB“
- Arbeitsgruppe „Umsetzung des § 17 a KHG“
 - Arbeitsgruppe „Psychiatrie – Neues Entgeltsystem“
 - Arbeitsgruppe „Kennzahlen aus Routinedaten nach § 21 KHEntgG in der Psychiatrie“

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 „Informations- und Medizintechnik im Krankenhaus“
- Arbeitsgruppe „QR-Check“

Fachausschuss für Personalwesen

Auf Landesebene war die KGNW im Berichtszeitraum unter anderem 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

Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“

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

Stellv. Geschäftsführer Martin Heiser

Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.,
Köln

Geschäftsführer Thomas Köhler

Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen e.V., Iserlohn

Geschäftsführer Frank Lillteicher

Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland und
Ostwestfalen, Münster

Geschäftsführer Ingo Morell

Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Sitzungen:

16.01.2014 in Düsseldorf

06.02.2014 in Düsseldorf

25.06.2014 in Düsseldorf

04.11.2014 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „Verhandlung des Landesvertrages nach § 112 Absatz 2 Nummer 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 Ingo Morell

Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

J. Meyer zu Wendischhoff

Ev. Krankenhaus gGmbH, Bielefeld

Sitzung: keine

Arbeitsgruppe „Umsetzung des § 17 a 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 und

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

Sitzung: keine

**Arbeitsgruppe „Kennzahlen aus Routine-
daten nach § 21 KHEntgG in der Psychiatrie“**

Dipl.-Kfm. Martin Heiser

Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.,

Köln

Geschäftsführer Martin Heumann

Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.,

Köln

Geschäftsführer Thomas Köhler

Zweckverband der Krankenhäuser Südwest-
falen e.V., Iserlohn

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer

LWL-Klinik Herten

Dr. med. Philipp Massing

LVR-Zentralverwaltung Köln

Ärztlicher Leiter Dr. Kai Schmidt

St.-Vinzenz-Hospital Rhede

Regina Waldeyer

Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.,

Köln

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. Klaus Windgassen
Evangelische Stiftung Tannenhof Remscheid

Geschäftsführer Thomas Wülle
Kath. Kliniken im Märkischen Kreis gGmbH

Priv.-Doz. Dr. med. Zielasek
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

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

Sitzungen: keine

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

Fachausschuss für Planung und Förderung

Geschäftsführer Ralf H. Nennhaus
Kreis Krankenhaus Grevenbroich,
St. Elisabeth, Grevenbroich

Vorsitzender:

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

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef-Krankenhaus GmbH, Moers

**a) Mitglieder aus dem Kreis der
Einzelmitglieder:**

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

Geschäftsführer Michael Wermker
Ev. Krankenhaus Hamm GmbH

Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford

Geschäftsführer Thomas Wülle
Kath. Kliniken im Märkischen Kreis
gem. GmbH

Vorstandsvorsitzender Dieter Kesper
Stiftung der Cellitinnen, Köln

**b) Mitglieder aus dem Kreis der
Verbände:**

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus GmbH,
Bergisch-Gladbach

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

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

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

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritaskliniken GmbH, Datteln

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Alexander Spernau
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen
(ab 06.03.2014)

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

Rechtsanwalt Oliver Lohr
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

Vorsitzender der Geschäftsführung
Rudolf Mintrop
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Thomas Profazi
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

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

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Norbert Vongehr
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Harald Wohlfarth
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsbereichsleiterin Katharina Benner
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Axel Bremecke
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen

Dr. rer. medic. Gaby Bruchmann
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Dipl.-Volksw. Rainer Dräger
Diakonisches Werk der Ev. Kirche im
Rheinland

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Kfm. Direktor Dr. Hans-Jürgen Hackenberg
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen
(bis 01.04.2014)

Dipl.-Kfm. Karsten Honsel
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen
(ab 01.07.2014)

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen

Tim Reuter
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn
(ab 06.03.2014)

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Beigeordneter Rainer Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Susanne Stephan-Gellrich
Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus
Caritasverband für das Bistum Essen

Andrea Vontz-Liesegang
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Dr. Andreas Wittrahm
Caritasverband für das Bistum Aachen

**c) Sonstige Mitglieder als krankenhaus-
seitige Mitglieder des Landesausschusses
für Krankenhausplanung**

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Dr. Hans Rossels
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Diözesan-Caritasdirektor
Burkhard Schröders
für die katholische Kirche in
Nordrhein-Westfalen

Landesrätin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Sonstige Mitglieder als Stellvertreter der Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung:

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

Dr. Hans Rossels
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Gäste:

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.,
Köln

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland und
Ostwestfalen, Münster

Sitzungen:

18.02.2014 in Düsseldorf
03.06.2014 in Düsseldorf
09.09.2014 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“ der KGNW

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

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

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

Rechtsanwalt Oliver Lohr
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

Dr. Helmut Middeke
Klinikum Lippe-Lemgo

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

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

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

Annette Uentrup
Caritasverband für die Diözese Münster e.V.

Landesrätin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland
(ab 25.03.2014)

Sitzung:

25.03.2014 in Düsseldorf

Fachausschuss für Krankenhaus- organisation

Vorsitzender:

Geschäftsführer
Dipl.-Kfm. Clemens Breulmann
Caritasverband für die Diözese Münster

Stellvertretender Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:

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

Kaufm. Direktor Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

Tim Bacher
Evangelisches und Johanniter Klinikum
Niederrhein gGmbH, Duisburg

Axel Bremecke
Verband Evangelische Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e.V., Düsseldorf

Peter Goerdeler
Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe e.V.,
Düsseldorf
(vom 01.07. bis 25.09.2014)

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.
(bis 30.06.2014)

Geschäftsführer Thomas Hoffmann
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf
(ab 06.03.2014 bis 31.10.2014)

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e.V.

Verena Ising-Volmer
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e.V.

Geschäftsführer Günther Knauer
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf
(bis 05.03.2014)

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Geschäftsführer Marcus Polle
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e.V., Düsseldorf

Geschäftsführer Andreas Schlüter
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Klaus Stahl
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Andreas Tyzak
Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe e.V.,
Düsseldorf
(ab 25.09.2014)

Annette Uentrup
Caritasverband für das Bistum Münster e.V.

Assessorin Marion van der Boeken
Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.
(ab 01.07.2014)

Geschäftsführender Vorstand
Elmar Wagenbach
Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.

Geschäftsführer Michael Wermker
Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe e.V.,
Düsseldorf
(bis 30.06.2014)

Sitzungen:

12.02.2014 in Düsseldorf
04.09.2014 in Düsseldorf

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

Vorsitzender:
Geschäftsführer
Dipl.-Kfm. Clemens Breulmann
Christophorus-Kliniken GmbH, Coesfeld

Mitglieder:

Helmut Ahrweiler
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Silvia Hermes
Universitätsklinikum Münster

Ute Küppers
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH

Prof. Dr. Sebastian W. Lemmen
Universitätsklinikum Aachen

Marion Matthies
St.-Johannes-Hospital, Dortmund

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

Stv. Geschäftsführer Günter Wyppler
Herz- und Diabeteszentrum
Nordrhein-Westfalen, Bad Oeynhausen
(bis 26.05.2014)

Gerd Schäfer
Berufsgenossenschaftliches
Universitätsklinikum „Bergmannsheil“,
Bochum

Cordula Schütze
Kath. Kliniken Essen-Nord-West gGmbH

Sitzungen:

21.01.2014 in Düsseldorf
26.05.2014 in Düsseldorf
24.11.2014 in Düsseldorf

Kommission „Qualitätsmanagement“

Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städt. Kliniken Mönchengladbach GmbH

Mitglieder:

Prof. Dr. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker
(ab 12.02.2014)

Med. Geschäftsführer Frank Bessler
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH

Dr. med. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

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

Yvonne Henn
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH

Geschäftsführer Thomas Hoffmann
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf
(bis 31.10.2014)

Dr. med. Dirk Kaczmarek
Medizinmanagement, Dorsten

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

Sandra Kleingrothe
Kliniken Maria Hilf GmbH,
Mönchengladbach
(bis 12.07.2014)

Fabian Mundt
Klinikum Dortmund gGmbH

Geschäftsführer Dr. med. Stefan Palm
Westdeutsches Tumorzentrum im
Universitätsklinikum Essen

Monika Rimbach-Schurig
Universitätsklinikum Köln

Dr. med. Ulrich Sorgenfrei
Verband Ev. Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e.V.

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth
Universitätsklinikum Düsseldorf

Dr. med. Christa Welling
St. Agnes-Hospital Bocholt gGmbH

Sitzungen:

15.01.2014 in Düsseldorf

13.05.2014 in Düsseldorf

27.10.2014 in Düsseldorf

**Kommission „Informations- und
Medizintechnik im Krankenhaus“**

Vorsitzender:

Tim Bacher
Evangelisches und Johanniter Klinikum
Niederrhein gGmbH, Duisburg

Mitglieder:

Dietmar Dorroch
Märkische Kliniken GmbH, Lüdenscheid

Dirk Jahn
Sana-Medizintechnisches Servicezentrum
GmbH, Remscheid

Michael Kempchen
Ev. Krankenhaus Bethesda
Mönchengladbach 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

Georg Richartz
St. Barbara-Klinik Hamm GmbH

Kay Siercks
HELIOS Klinikum Krefeld

Andreas Tholen
Katholische Kliniken Emscher-Lippe GmbH,
Gladbeck

Andreas Weitzel
Kliniken Essen-Mitte

Sitzungen:

19.02.2014 in Düsseldorf

20.10.2014 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „QR-Check“

Med. Geschäftsführer Frank Bessler
Evang. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH

Dr. Miriam Böttge-Joest
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e.V.

Holger Bunzemeier
Universitätsklinikum Münster

Dr. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Carsten Claus
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Matthias Dittes
Elisabeth Krankenhaus Essen GmbH

Ursula Fabry
Universitätsklinikum Aachen

Robert Färber
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e.V.

Burkhard Fischer
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e.V.

Dr. Bettina Hofmann
GFO Medical-Center

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.,
Köln

Dr. Christian Karl
Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH

Ärztlicher Direktor
Dr. Hans-Peter Kemmer
Lungenklinik Hemer

Andreas Klaaßen
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen e.V., Iserlohn

Sandra Kleingrothe
Kliniken Maria Hilf GmbH,
Mönchengladbach
(bis 12.07.2014)

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

Dr. Eva Kösters
Klinikum Bielefeld

Jörg Kühn
Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.,
Köln

Stefan Leiendecker
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH

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

Dr. Peter-Johann May
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e.V.

Dr. Peter Merguet
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Thomas Rademacher
GFO Medical-Center

Med. Geschäftsführer Dr. Andreas Sander
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Dr. Arno Schäfer
Klinikum Herford

Gabriele Scharpff
Barmherzige Brüder Trier e.V.

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Regina Waldeyer
Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.,
Köln

Sitzung: keine

Fachausschuss für Personalwesen

Vorsitzende:

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

Mitglieder:

Christian Book
Caritasverband für die Diözese Münster e.V.
(bis 30.04.2014)

Rainer Dräger
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e.V.
(ab 27.11.2014)

Volker Gläser
Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.

Jan Großkopf
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(ab 01.07.2014)

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

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e.V.

Personalleiter Stefan Jungheim
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

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

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen e.V.

Geschäftsführer Kim-Holger Kreft
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

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

Bernhold Möllenhoff
Caritasverband für die Diözese Münster e.V.

Heidemarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe
(bis 27.11.2014)

Geschäftsführerin
Dipl.-Kauffrau Brunhild Schmalz
Ev. Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Landesverw.-Direktor Martin Skorzak
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Noemi Wulff
Landschaftsverband Rheinland
(ab 15.10.2014)

Justiziarin Sonja Zimmermann
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(bis 31.03.2014)

Sitzungen:

11.02.2014 in Düsseldorf

13.06.2014 in Düsseldorf

05.09.2014 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der
Pflegerberufe“**

Mitglieder:

Christian Book

Caritasverband für die Diözese Münster e.V.

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

C. Bruns

Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Geschäftsführer Gerold Eckardt
Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

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

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

Pflegedirektorin Elke Harms
Allgemeines Krankenhaus Viersen

Cornelia Josten

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e.V.

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

Pflegedirektor Heinz Lepper
LVR-Klinik Bonn

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

Pflegedirektorin Elke Schmidt
Klinikum Herford

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

Annette Uentrup
Caritasverband für die Diözese Münster e.V.

Pflegedirektor Thomas Weyers
Kreis Krankenhaus Grevenbroich

Sitzung:

keine

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

Mitglieder:

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

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

Pflegedirektor Thomas Kissinger
Knappschafts-Krankenhaus Bochum

Pflegedirektorin Barbara Köster
St. Barbara-Klinik Hamm-Heesen 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

Sitzung:

keine

Landesausschuss für Krankenhausplanung

Zur Erarbeitung insbesondere von Empfeh-
lungen, die zur Neuaufstellung, Fortschrei-
bung und Umsetzung der Rahmenvorgaben
und zu Schwerpunktfestlegungen des Lan-
deskrankenhausplans notwendig sind, hat
das MFJFG (jetzt MGEPA) den Landesaus-
schuss für Krankenhausplanung nach § 17
KHG NRW gebildet. Den Vorsitz im Landes-
ausschuss und die Geschäfte des Landesaus-
schusses führt das zuständige Ministerium.

Mitglieder für die KGNW:

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer
Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus Lippstadt
gGmbH

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Geschäftsführer
Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

Stellvertretende Mitglieder für die KGNW:

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

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Krankenhausgesellschaft
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

Mitglieder für die katholische Kirche und die evangelischen Landeskirchen:

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
für die evangelischen Landeskirchen
Diözesan-Caritasdirektor

Burkhard Schröders
für die katholische Kirche in
Nordrhein-Westfalen

Mitglieder für die Landschaftsverbände:

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Landesrätin
Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Sitzung:

keine

Landespflegesatzausschuss

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

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

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

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland und
Ostwestfalen

Sitzung:

keine

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

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 Auftrags Erfüllung auf Landesebene zu bilden.

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

Stellvertreter der krankenhauseitigen

Mitglieder:

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von Westfalen

KGNW-seitige Mitglieder:

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

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

Rechtsanwältin Esther van Bebbler
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

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

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Gast:

Geschäftsführer Gerd F. Wengeler
(vormals: Ev. Krankenhaus Bethesda zu
Duisburg gGmbH)

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

Sitzung:

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Kliniken im Märkischen Kreis
gGmbH, Iserlohn

keine

Satzung der KGNW

beschlossen am 09.06.1997, in der geänderten Fassung vom 08.12.2010

§ 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 angeschlossenen

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 satzungsgemäßen 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 gemäß § 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 satzungsgemäßen 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 Zusage 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 sinngemäß Anwendung.

§ 7 Organe

Organe der Gesellschaft sind:

- a) Mitgliederversammlung
- b) Vorstand
- c) Präsidium
- d) Hauptausschuss
- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gemäß § 11 der Satzung
- f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gemäß § 5 sowie der Beiträge gemäß § 6 der Satzung
- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans

§ 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 gemäß § 9 Abs. 4 der Satzung
 - d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung einschließlich der Ergänzungswahl im Fall des vorzeitigen Ausscheidens eines gewählten Vorstandsvertreters für die Dauer der restlichen Wahlperiode
 - e) Entgegennahme des Geschäftsberichtes
 - f) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers
 - g) Bestellung der Rechnungsprüfer
 - h) Wahrnehmung von der Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben
 - i) 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 gemäß § 3 Abs. 11. Halbsatz entfällt für jedes Krankenhaus mit eigenem Feststellungsbescheid gemäß § 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 gemäß § 3 Abs. 12. 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 gemäß 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.
- (5a) Die Einladung zu einer zweiten Versammlung am selben Tag zu einer späteren Stunde kann mit der Einladung zur ersten Versammlung für den Fall, dass sich die erste Versammlung als nicht beschlussfähig erweist, verbunden werden.
- (6) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Präsident.
- (7) Beschlüsse der Mitgliederversammlung nach § 8 Abs. 1 Buchstabe a bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der

Stimmen der Mitglieder der Gesellschaft. In diesem Fall ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn mindestens 75 v. H. der Stimmen vertreten sind. In einer ordnungsgemäß einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln 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 ordnungsgemäß 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 ordnungsgemäß 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.

(7a) Entgegen den Regelungen des Absatzes 7 kann eine zweite Mitgliederversammlung am selben Tag zu späterer Stunde einberufen werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: Beschließt der Vorstand, die zu fassenden Beschlüsse der Mitgliederversammlung lassen es von der Bedeutung der Sache zu, am selben Tag zu späterer Stunde eine zweite Mitgliederversammlung durchzuführen, so ist bereits in der Einladung zur (ersten) Mitgliederversammlung darauf hinzuweisen, dass für den Fall, dass in dieser Versammlung die Beschlussfähigkeit festgestellt werden wird, eine zweite Mitgliederversammlung am selben Tag zu späterer Stunde stattfinden wird und in dieser Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen Beschlüsse gefasst werden können. Stellt ein Mitglied in der (ersten) Mitgliederversammlung den Antrag, die zweite Mitgliederversammlung an einem anderen Tag durchzuführen, so ist dem Antrag zu entsprechen.

(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 gemäß § 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 abgeleitete 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 Dritteln 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.

- (9) Auch ohne Sitzung der Mitglieder des Vorstands ist ein Beschluss gültig, wenn die nach der Satzung erforderliche Mehrheit der Mitglieder ihm innerhalb der ihnen vom Präsidenten oder in dessen Vertretung von einem Vizepräsidenten mitgeteilten Frist schriftlich zustimmt und nicht innerhalb dieser Frist von mindestens einem Vorstandsmitglied eine Sitzung beantragt wird.

§ 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 zeichnen 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 gemäß § 9 Abs. 3 ein Benennungsrecht für den Vorstand haben, benannt werden und 10 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 außerordentlichen Mitglieder nach Maßgabe des § 6 Abs. 4 der Satzung gewählt werden. Die Anzahl der Mitglieder des Hauptausschusses gemäß Satz 1 bleibt hiervon unberührt. Weitere Vertreter der Geschäftsstelle der Gesellschaft nehmen an den Sitzungen des Hauptausschusses mit beratender Stimme teil.
- (3a) Im Falle des vorzeitigen Ausscheidens eines gewählten Mitglieds oder eines gewählten stellvertretenden Mitglieds des Hauptausschusses wählen die übrigen Mitglieder ein Ersatzmitglied oder einen Ersatzvertreter für die restliche Dauer der Wahlperiode.

- (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 Dritteln 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-, Kas- sen- 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 gemäß § 5 Abs. 2 durch die nach Inkrafttreten 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 gemäß § 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 Inkrafttreten

Die Satzungsänderungen werden zum 26.10.2011 wirksam und lösen die Regelungen der Satzung in der Fassung vom 28.12.2005 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 gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin
AltPflG	Altenpflegegesetz	BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
AMG	Arzneimittelgesetz	BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ApoG	Apothekengesetz	BMV-Ä	Bundesmantelvertragärzte
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen	BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
ArbZG	Arbeitszeitgesetz	BQS	Institut für Qualität und Patientensicherheit
Art.	Artikel	BSG	Bundessozialgericht
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	BetrSichV	Betriebssicherheitsverordnung
AVB	allgemeine Vertragsbedingungen	BVerfG	Bundesverfassungsgericht
Az.	Aktenzeichen	BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BAG	Bundesarbeitsgericht	BZU	Bezugsgröße „Unterkunft“
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	bzw.	beziehungsweise

d. h.	das heißt	EKV	Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen
DIMDI	Deutsches Institut für me- dizinische Dokumentation und Information	EPA	elektronische Patientenakte
DKG	Deutsche Krankenhausge- sellschaft	EPRD	Endoprothesenregister Deutschland
DKTIG	Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informa- tionsverarbeitung GmbH	etc.	et cetera
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	EU	Europäische Union
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psycho- somatik	EuGH	Europäischer Gerichtshof
DKV	Deutsches Krankenhausver- zeichnis	e. V.	eingetragener Verein
DMP	Disease Management Pro- gramm	evtl.	eventuell
DRG	Diagnosis Related Groups	EWG	Europäische Wirtschaftsge- meinschaft
DSO	Deutsche Stiftung Organ- spende	FAQ	frequently asked questions
eFA	elektronische Fallakte	FPG	Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpau- schalengesetz)
EG	Europäische Gemeinschaft	FPV	Fallpauschalenver- einbarung
eGK	elektronische Gesundheits- karte	G-BA	Gemeinsamer Bundesaus- schuss
EKR-NRW	Epidemiologisches Krebs- register NRW	G-DRG	German Diagnosis Related Groups
		gem.	gemäß

gematik	Gesellschaft für Telematik- anwendungen der Gesund- heitskarte mbH	InEK	Institut für das Entgelt- system im Krankenhaus gGmbH
ggf.	gegebenenfalls	Invfög	Investitionsförderungsge- setz NRW
GKV	gesetzliche Krankenver- sicherung	IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein- Westfalen
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Kranken- versicherung	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ge- sundheitswesen
GKV-WSG	Gesetz zur Weiterentwick- lung der Strukturreform in der gesetzlichen Kranken- versicherung	IPQ	Internet Portal Qualitätsbe- richt
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung	i. S.	im Sinne
GmbH	Gesellschaft mit beschränk- ter Haftung	i. V. m.	in Verbindung mit
GmbH	Gesellschaft mit beschränk- ter Haftung	KBV	Kassenärztliche Bundesver- einigung
HBA	Heilberufausweis	KFPV	Krankenhausfallpauscha- lenverordnung
HPC	Health Professional Card	KGNW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
HWG	Heilmittelwerbegesetz	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
ICD	Internationale Klassifika- tion der Krankheiten, Verletzungen und Todesur- sachen	KHStatV	Krankenhausstatistikver- ordnung
i. d. F.	in der Fassung	KHG	Krankenhausfinanzierungs- gesetz

KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen	LSG NW	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz	mbH	mit beschränkter Haftung
KHHygVO	Krankenhaushygieneverordnung	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
KIS	Krankenhausinformationssysteme	MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention	Mio.	Million
KrPflG	Krankenpflegegesetz	MPG	Medizinproduktegesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus	MPV	Verordnung über Medizinprodukte (Medizinprodukte-Verordnung)
KV	Kassenärztliche Vereinigung	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	Nr.	Nummer
LAGA	Landesarbeitsgemeinschaft Abfall	NRW	Nordrhein-Westfalen
LAG	Landesarbeitsgericht	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
LBFW	Landesbasisfallwert	o. g.	oben genannte
LG	Landgericht	OLG	Oberlandesgericht
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
		OSP	Onkologische Schwerpunkte

OVG	Oberverwaltungsgericht	sog.	sogenannte
PauschKHFVO	Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung	TEP	Totale-Endoprothese
		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
		VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
PTCA	perkutane transluminale koronare Angioplastie	VBE	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen
QR	Quick Response = schnelle Reaktion auf Änderungen	VG	Verwaltungsgericht
QR-Check	Qualitätssicherung aus Routinedaten (Projekt)	vgl.	vergleiche
RSA-ÄndV	Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	v. H.	vom Hundert
		WHO	Weltgesundheitsorganisation / World Health Organisation
RKI	Robert Koch-Institut		
SchV-KHG	Schiedsstellenverordnung Krankenhausfinanzierungsgesetz	Ziff.	Ziffer
		ZTG	Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH
SG	Sozialgericht		
SGB	Sozialgesetzbuch		
SGG	Sozialgerichtsgesetz		

Geschäftsführer der KGNW
 – Geschäftsführendes Präsidiummitglied –
Rechtsanwalt Matthias Blum

Geschäftsbereich I

Sekretariat/Mitgliederverwaltung
 Dorothea Grabhorn

Tel.-Durchw.
 -50/51

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

Sachbearbeitung/Mitgliederverwaltung
 Dorthea Grabhorn

- DKG-Haushaltsausschuss
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Bundesgeschäftsstelle
- Landesgeschäftsleitertagung
- Landesausschuss für Krankenhausplanung
- Landesgesundheitskonferenz
- Landespflegesausschuss

Geschäftsbereich II

Sekretariat
 N. N.

Tel.-Durchw.

- Hauptausschuss der KGNW
- Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV
- DKG-Fachausschuss Recht und Verträge

Referenten
 Dr. med. Peter-Johann May

Referenzen
 Dr. med. Miriam Böttge-Joest
 Dipl. Pflegewirt (FH) Christian Book

Sekretariat
 Beate Luter mann
 Natalie Findler

Themen
 - Verbandsspezifische medizinische Fragestellungen zu:
 - Krankenhausfinanzierung/Planung
 - Qualitätssicherung
 - Pflege
 - Disease-Management-Programmen
 - Dokumentationsmethoden
 - Versorgungsstrukturen und -prozessen im Gesundheitswesen
 - Sonderaufgaben
 - Gremienbetreuung:
 - Medizinischer Beirat der KGNW
 - DKG:
 - Kommission Medizin
 - Kommission Hygiene
 - Kommission Organspende
 - Kommission Psychiatrie
 - Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
 - Gemeinsamer Bundesausschuss:
 - Unterausschuss Ambulante, spezialärztliche Versorgung

Politik, PR und Presse

Referatsleiter
 Lothar Kratz

Referentinnen
 Dipl.-Ges. Ök. Astrid Rose / Sandra Wolter B. A.
 Dipl.-Pol. Mirko Millmewitsch

Sekretariat
 Sabrina Clemens

Themen
 - Gesundheitspolitik
 - Landesgesundheitskonferenz
 - Grundsatfragen des Krankenhauswesens
 - Europäisches Krankenhauswesen
 - Medienkontakte/Pressemeldungen
 - Veröffentlichungen/Internet
 - KGNW kompakt
 - Geschäftsbericht

Tel.-Durchwahl
 -70

Tel.-Durchwahl
 -73

Tel.-Durchwahl
 -72

Tel.-Durchwahl
 -71

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

Referatsleiter
 Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer

Referenzen
 Dipl.-Wirtschaftsmath. Robert Faiber
 N. N.
 Dipl.-Geograf Nico Reinke
 M.Sc. Medizinische Informatik Jakob Scholz

Sachbearbeitung/Datenverarbeitung
 Betriebswirtin (VWA) Astrid Stiller

Sekretariat
 Beate Luter mann
 Natalie Findler

Themen
 - Qualitätssicherung, Zertifizierung
 - Arzneimittelwesen, Blutversorgung, -produkte, Gefäßstoffe, Gefäßgüter
 - Rettungsdienst
 - Krankentechnik, Medizinprodukte, Arbeitssicherheit
 - Umweltschutz, Abfallwirtschaft, Krankenhaushygiene
 - IT im Krankenhaus: Internet, Multimedia, Telemedizin, Datensicherheit, -sicherheit, Datenermittlung, Krankenhausvergleiche, Statistik
 - Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte
 - Interne IT-Betreuung
 - Gremienbetreuung:
 - Fachausschuss für Krankenhausorganisation der KGNW
 - Kommission Umweltschutz im Krankenhaus der KGNW
 - Kommission Qualitätsmanagement der KGNW
 - Kommission IT im Krankenhaus der KGNW
 - DKG:
 - Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
 - Fachausschuss für Dateninformation und -kommunikation
 - Kommission Qualitätssicherung
 - AGO Organspende

Tel.-Durchwahl
 -20

Tel.-Durchwahl
 -22

Tel.-Durchwahl
 -23

Tel.-Durchwahl
 -26

Tel.-Durchwahl
 -25

Tel.-Durchwahl
 -24

Tel.-Durchwahl
 -21

Tel.-Durchwahl
 -28

Medizin

Referatsleiter
 Dr. med. Peter-Johann May

Referenzen
 Dr. med. Miriam Böttge-Joest
 Dipl. Pflegewirt (FH) Christian Book

Sekretariat
 Beate Luter mann
 Natalie Findler

Themen
 - Verbandsspezifische medizinische Fragestellungen zu:
 - Krankenhausfinanzierung/Planung
 - Qualitätssicherung
 - Pflege
 - Disease-Management-Programmen
 - Dokumentationsmethoden
 - Versorgungsstrukturen und -prozessen im Gesundheitswesen
 - Sonderaufgaben
 - Gremienbetreuung:
 - Medizinischer Beirat der KGNW
 - DKG:
 - Kommission Medizin
 - Kommission Hygiene
 - Kommission Organspende
 - Kommission Psychiatrie
 - Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
 - Gemeinsamer Bundesausschuss:
 - Unterausschuss Ambulante, spezialärztliche Versorgung

Tel.-Durchwahl
 -30

Tel.-Durchwahl
 -32

Tel.-Durchwahl
 -33

Tel.-Durchwahl
 -21

Tel.-Durchwahl
 -28

Finanzierung/Planung

Referatsleiter
 Rechtsanwalt Richard Kösters

Referenzen
 Dipl.-Kaufrau Ursula Fernholz-Gräfe
 Dipl.-Ges.-Öec. Thomas Specker
 Isabelle Lukers B. A. (BG)
 Dipl.-Ges.Öec. Annette Achenbach

Sekretariat
 Henriette Nickel / Yvonne Bargmann

Themen
 - Krankenhausfinanzierung:
 - Pflegesatzfragen
 - Bundespflegesatzverordnung
 - Krankenhausentgeltgesetz
 - Abrechnungsfragen
 - Neue Leistungs- und Entgeltformen
 - Integrierte Versorgung
 - Wirtschaftlichkeitsfragen im Krankenhaus
 - Landesbasisfallwert
 - Vereinbarung landesweiter Entgelte
 - Leistungs- und Kostenaufstellung
 - Krankenhausaufbau und -Förderung:
 - Landeskranhausplanung
 - Pauschalförderung
 - Einzelförderung
 - Disease-Management-Programme
 - Finanzierung spezieller Leistungen:
 - Sozialpädiatrische Zentren
 - Pathologie
 - Helmi Tel
 - Gebührenordnungen
 - Gremienbetreuung:
 - Fachausschuss für Planung und Förderung der KGNW
 - Arbeitsgruppe HelmiTelvertrag
 - DKG

Tel.-Durchwahl
 -10

Tel.-Durchwahl
 -14

Tel.-Durchwahl
 -13

Tel.-Durchwahl
 -12

Tel.-Durchwahl
 -47

Tel.-Durchwahl
 -11

Recht und Personal

Referatsleiter
 Rechtsanwält. Thorsten Ganse

Referenzen
 Rechtsanwält. Joachim Klähn
 Assessorin Karin Rogosch
 Assessorin Agnes Christofel

Sekretariat
 Anna Korth

Themen
 - Rechts- und Vertragswesen:
 - Rechtsberatung der Mitgliederände/Krankenhäuser
 - Rechtsfragen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, KH-EntgG, BPFV, FPV) und Sozialrecht (SGB, RVO etc.)
 - Beilegung und Konsiliararzt
 - Kooperationsverträge
 - Allgemeines Wirtschaftsrecht
 - Steuerrecht
 - Allgemeine Vertragsbedingungen und Haftungsrecht
 - Auswertung Rechtsprechung
 - Personalwesen im Krankenhaus:
 - Grundsatfragen zum Arbeitsrecht
 - Aus-, Weiter- und Fortbildung
 - Ausbildungsstätten
 - Ärztliches Berufsrecht
 - Artztliche Schweigepflicht und Datenschutz
 - Ausgleichsfonds gem. § 77a KHG
 - Bundes- und Landesverträge sowie Rahmenempfehlungen
 - Gremienbetreuung:
 - Fachausschuss für Personalwesen der KGNW
 - DKG:
 - Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation

Tel.-Durchwahl
 -40

Tel.-Durchwahl
 -42

Tel.-Durchwahl
 -43

Tel.-Durchwahl
 -44

Tel.-Durchwahl
 -41

Finanzen, Personal und Organisation intern

Innere Dienst/Buchhaltung
 Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/Sekretariat
 Stefanie Vallone
 Sandra Brelmann
 Melanie Berns

Themen
 - Personalwesen
 - Beschäftigungs-/Rechnungswesen
 - Beträgsangelegenheiten
 - Vorbereitung Buchhaltung
 - Budgetkontrolle/Wirtschaftsplan
 - Vorbereitung Jahresabschluss

Tel.-Durchwahl
 -60

Tel.-Durchwahl
 -61

Tel.-Durchwahl
 -62

Tel.-Durchwahl
 -63

Allgemeiner Dienst
 Corinna Schweizer
 Bernhard Felske
 Dieter Kakeroth

Themen
 - Empfang, Telefonzentrale
 - Poststelle, Kopierzentrale
 - Hausverwaltung

Tel.-Durchwahl
 -68

Tel.-Durchwahl
 -65

Tel.-Durchwahl
 -65

Humboldtstraße 31
 40237 Düsseldorf
 Telefon: +49 211 47819-0
 Telefax: +49 211 47819-99
 E-Mail: post@kgnw.de
 Internet: www.kgnw.de



Vorstandsbüro

Sachgebietsleitung
 Katharina Fuchs

Sachbearbeitung/Sekretariat
 Heike Wachuga

Tel.-Durchwahl
 -80

Tel.-Durchwahl
 -81

Geschäftsstelle der Schiedsstelle KHG-Rheinland

Sachgebietsleitung
 Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/Sekretariat
 Stefanie Vallone

Tel.-Durchwahl
 -60

Tel.-Durchwahl
 -61

Geschäftsstelle des vorläufigen Landesausschusses NRW

Sachgebietsleitung
 Katharina Fuchs

Sachbearbeitung/Sekretariat
 Heike Wachuga

Tel.-Durchwahl
 -80

Tel.-Durchwahl
 -81

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: post@kgnw.de
Internet: www.kgnw.de

Gestaltung: Die FISCHER
Werbeagentur GmbH
Felix-Wankel-Straße 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: +49 211 47819-52

Telefax: +49 211 47819-99

E-Mail: post@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de