

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Geschäftsbericht 2015





KG NW

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
Finanzierung und Planung	11
Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse	40
Medizin	75
Recht und Personal/Vorstand	90
Politik, PR und Presse	118
Schiedsstellen nach §§ 18, 18a KHG.....	140
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW	143
Satzung der KGNW	165
Abkürzungsverzeichnis	177
Impressum	183



Vorbemerkung



KGW-Geschäftsführer Matthias Blum

Bevor ich auf die gesundheitspolitischen Schwerpunkte im Berichtszeitraum 11.12.2014 bis 10.12.2015 eingehe, möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf den Präsidenten der Krankenhausgesellschaft NRW, Dr. Hans Rossels, lenken, der am 23.09.2015 im Alter von 60 Jahren nach schwerer Krankheit verstarb. Kaum einer kannte die Situation in der nordrhein-westfälischen Gesundheitspolitik so genau wie er. Er vertrat die Interessen der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit großer Kompetenz und unglaublichem Engagement. Sein Detailwissen bei der großen Vielzahl seiner Projekte war beeindruckend. Dr. Hans Rossels trat am 01.01.2010 seine dreijährige Amtszeit als gewählter KGNW-Präsident an. Er gehörte seit 1998 als Vorsitzender des Hauptausschusses der KGNW dem Vorstand an. Er war seit 1991 Geschäftsführer des Kreiskrankenhauses Mechernich und im Rahmen der Erweiterung des

Leistungsangebotes auch Geschäftsführer der neu auf den Weg gebrachten Tochtergesellschaften. Rossels promovierte nach seinem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität zu Köln bei Prof. Dr. Sieben über die Thematik der „Planung in Universitätskliniken“. Während dieser Zeit betreute er den Bereich der Krankenhausökonomie am Seminar. Im Anschluss an seine Promotion sammelte er erste praktische Erfahrungen im Gesundheitswesen als Geschäftsführer der GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH und als Geschäftsführer der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH. Vielfältige Verbandserfahrungen brachte Rossels bereits aus seiner Tätigkeit als Vorsitzender des Zweckverbands der Krankenhäuser im ehemaligen Regierungsbezirk Aachen e. V. und Mitglied des dreiköpfigen Vorstandes des Krankenhauszweckverbandes Köln, Bonn und Region – Berufsverband – e. V. mit. In zahlreichen weiteren Gremien und Verbänden war Dr. Hans Rossels in seiner Funktion als KGNW-Präsident ehrenamtlich engagiert. So war er als Aufsichtsratsvorsitzender der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH, einem Träger von mehr als 30 Einrichtungen, darunter zehn Krankenhäuser, tätig. Im Rahmen seines Engagements bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen war er bereits Mitglied in zahlreichen Gremien, u. a. dem Landespflegesatzausschuss und der Schiedsstelle. Mit seinem Tod fehlt der KGNW ein von der Gesundheitspolitik über die Landesgrenzen hinaus anerkannter und geschätzter Repräsentant der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und uns ein

Ratgeber sowie inspirierender Gesprächspartner. Die KGNW bleibt in großer Dankbarkeit mit Dr. Hans Rossels verbunden. Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Familie.



Die Krankenhausgesellschaft NRW trauert um ihren früheren Präsidenten und langjährigen Wegbegleiter Dr. Hans Rossels.

Die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur geplanten Krankenhausreform (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) waren Mittelpunkt der Diskussionen im Berichtszeitraum 11.12.2014 bis 10.12.2015. Im Wesentlichen ging es um die Positionierung der DKG und der Landeskrankengesellschaften zu den Themen „Krankenhausfinanzierung“, „Versorgungszuschlag“, der in einen Pflegezuschlag umgewandelt wurde, „Investitionsfinanzierung“ und um die Personalsituation in den Kliniken. Weitere Diskussionsschwerpunkte im Gesetzgebungsverfahren waren insbesondere der Strukturfonds sowie neue Qualitätsanforderungen einschließlich Sanktionsmechanismen, die ambulante Notfallversorgung in Verbindung mit dem von der DKG in Auftrag gegebenen „Gutachten zur ambulanten Not-

fallversorgung im Krankenhaus“ sowie die vorgesehene Ausweitung der MDK-Prüfungen.

Weitere zentrale Themen in Diskussionen auf Bundesebene, in deren Verlauf sich die KGNW eingebracht hat, waren Qualität und Transparenz in der Krankenhausversorgung, Patientensicherheit sowie das E-Health-Gesetz. Durch die Veröffentlichung eines Zehn-Punkte-Plans zur Bekämpfung von Infektionen und des Beschlusses einer neuen „Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie – DART 2020“ wurden wichtige Impulse im Kampf gegen Infektionen und Keime auf Bundesebene gesetzt, die in NRW von der landesweiten Hygiene-Initiative der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und der KGNW maßgeblich voran- und mitgetragen wurden.

Nachdem im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) trotz starken Protesten auf der Krankenseite der Referentenentwurf im Bundeskabinett am 10.06.2015 beschlossen wurde, kritisierte die KGNW diesen Schritt massiv. Die KGNW hob in ihrer Kritik besonders hervor, dass der Investitionsbedarf der Krankenhäuser zwar anerkannt wurde, aber dennoch Streichungen in Milliardenhöhe beschlossen wurden. Die Kernprobleme „Investitionsstau“, „steigende Personalkosten“, „Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung“ wurden mit diesem Gesetzentwurf nicht gelöst. Mit zahlreichen Initiativen und Maßnahmen unter Einbeziehung der örtlichen politischen Entscheidungsträger, der Landtags- und Bundestagsabgeordneten durch die Krankenhäuser vor Ort sowie der Einflussnahme der KGNW auf Landes- und Bundesebene

konnten im Schulterschluss grundsätzliche Änderungen im Gesetzesvorhaben der Bundesregierung erreicht werden. Diese gemeinsamen Maßnahmen im Rahmen der DKG-Kampagne „Krankenhaus-Reform – so nicht!“ mündeten in einer zentralen Protestveranstaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegen die Krankenhausreform am 23.09.2015 vor dem Brandenburger Tor in Berlin mit ca. 10.000 Teilnehmern. Allein aus NRW kamen etwa 2.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an diesem Tag nach Berlin. Gleichzeitig fanden in über 100 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen Protestveranstaltungen statt. Bilder von diesen Veranstaltungen wurden auf einer Leinwand neben der Bühne vor dem Brandenburger Tor eingeblendet. Die Krankenhausgemeinschaft demonstrierte Geschlossenheit und zeigte eindrucksvoll Flagge.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat schließlich das Kürzungsprogramm, das die Koalition mit der Krankenhausreform für die Krankenhäuser ab 2016 vorsah, aus dem Reformentwurf gestrichen. Das am 05.11.2015 vom Bundestag verabschiedete Gesetz, das zum 01.01.2016 in Kraft tritt, nimmt sich drängender Probleme des stationären Sektors an. Als Kritikpunkte verbleiben jedoch die unzureichende Investitionsfinanzierung, die Regelung der ambulanten Notfallversorgung und die Kontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Neben diesen gemeinsamen Aktivitäten der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und der KGNW sind auf Landesebene zahlreiche weitere Maßnahmen initiiert und umgesetzt worden.

So erreicht die von der KGNW initiierte Hygiene-Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“ unter der Schirmherrschaft von NRW-Ministerpräsidentin Hannelore Kraft bei Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürgern sowie Krankenhaus-Mitarbeitern, insbesondere auch in der Landespolitik, eine sehr positive Resonanz. Mit der landesweiten Initiative informieren und klären die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und die KGNW die Bevölkerung proaktiv über Hygiene im Krankenhaus auf. Die Initiative richtet sich an alle, die mit dem Thema Krankenhaushygiene in Berührung kommen. So wird die Bevölkerung darüber informiert, was die Kliniken für die Hygiene leisten und wie die Patienten und Besucher mit einfachen Maßnahmen und Einhaltung aller Hygiene-Regeln dazu beitragen können, die Risiken einer Ansteckung mit multiresistenten Erregern zu minimieren.

Zentrales Medium dieser landesweiten Initiative ist eine Wanderausstellung, die von Krankenhaus zu Krankenhaus zieht und die Besucher über Bakterien, Keime und Hygiene im historischen Kontext informiert. Zusätzlich haben die Krankenhäuser Broschüren mit wissenschaftlichen Informationen rund um das Thema Hygiene erhalten. Diese Broschüren haben die Krankenhäuser für ihre Patienten, Besucher sowie für ihre Mitarbeiter ausgelegt. Ferner haben die Krankenhäuser den Weg zu ihren Desinfektionsmittelspendern markiert. Weitere Informationen zum Thema Hygiene sind auf der eigens für die Initiative eingerichteten Website eingestellt, Online-Chats mit Experten runden das Angebot ab. Die Krankenhäuser in NRW gelten mit der Initiative als Vorbild beim offenen

Umgang mit dem Thema Krankenhaushygiene und mit den Risiken durch multiresistente Erreger, an dem sich andere Einrichtungen im Gesundheitswesen orientieren, wie zahlreiche Anfragen, die bei der KGNW eingingen, bestätigen. Auch in den anderen Bundesländern und auf Bundesebene hat die Hygiene-Initiative eine große Beachtung erzielt.

Deutlich in den Fokus der Öffentlichkeit rückt die KGNW die Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser. Der Vorstand hat in seiner 230. Sitzung am 24.09.2015 die Kampagne „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ für den Zeitraum 2015 bis 2017 beschlossen. Die KGNW hat das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) mit einer flächendeckenden Studie in NRW beauftragt, die den Bedarf an Klinikinvestitionen und ihre Bedeutung anhand konkreter Zahlen ermittelt („Investitionsbarometer NRW“). Neben der deutlichen Adressierung der strukturellen Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser und deren Folgen sieht das Kampagnenkonzept insoweit auch eine deutliche Adressierung der Chancen, die mit Investitionen in die Krankenhäuser verbunden sind, vor. Das Konzept beinhaltet zielgruppenspezifisch jeweils unterschiedliche Phasen und Formen des politischen und öffentlichkeitswirksamen Handelns. Im Unterschied zu den aktuell bereits verfügbaren Informationen zum Thema „Investitionsfinanzierung“ wird das „Investitionsbarometer NRW“ einen klaren NRW-Bezug aufweisen und konkret auf die maßgeblichen Zielgruppen zugeschnitten werden.

Weiterhin wird die KGNW zur Annahme von Daten im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsrichtlinie (Qesü-RL) eine neue Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS KH) betreiben. Die Krankenhäuser können ab 01.01.2016 die PCI-Fälle dokumentieren. Erste Datenlieferungen über die Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle IQTiG werden nach Klärung der Finanzierungsfrage erfolgen.

Vorangetrieben wurde das Projekt „QR-Check“ in Zusammenarbeit mit den Zweckverbänden. Das QR-Check-Indikatorenset besteht aus ausgewählten Indikatoren auf Basis der § 21-Daten, die nach § 21 KHEntG 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, welche die Krankenhäuser für das interne Qualitätsmanagement und die Qualitätsdiskussionen mit den Krankenkassen, insbesondere im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen, nutzen können.

Auf dem Weg ist das Landesgesetz Klinisches Krebsregister. Wesentliche Forderungen der KGNW an ein Klinisches Krebsregister in NRW sind in dem Gesetzesentwurf berücksichtigt. Ein Vorschlag war, die erfolgreiche Zusammenarbeit in der Epidemiologischen Krebsregister NRW gemeinnützigen GmbH (EKR NRW gGmbH) fortzuführen und auf das Klinische Krebsregister NRW zu übertragen. Beide Register sollten demnach unter einem Dach geführt werden. Derzeit ist mit einem Inkrafttreten zum 01.04.2016 oder 01.07.2016 zu rech-

nen. Ab dem Inkrafttreten werden umfassende Dokumentations- und Meldepflichten auf die Krankenhäuser zukommen. Gleichzeitig werden bis Ende 2017 umfassende Strukturen zur sektoren- und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung aufgebaut, die eine regionalisierte Weiterentwicklung einer vernetzten onkologischen Versorgung ermöglichen werden.

Die Entwicklungen im Bereich nutzerorientierte Telematik-Anwendungen im Gesundheitswesen schreiten voran. Das NRW-Gesundheitsministerium hatte angekündigt, dass NRW als erstes Bundesland flächendeckend den elektronischen Arztbrief (eArztbrief) einführen will. Vor diesem Hintergrund hat 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. Im Februar 2015 wurden die Gespräche mit dem MGEPA zur Finanzierung des Stufenplans konkretisiert. Dazu wurde seitens des Ministeriums angeregt, dass die KGNW sich gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und ersten Erprobungskrankenhäusern um Fördermittel im Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW bewirbt. Die Bewerbung unter dem Projektnamen „Hand in Hand bestens versorgt – interdisziplinäre E-Health-Dienste für die Gesundheitswirtschaft in NRW“ (kurz „I/E-Health NRW“) vom 12.05.2015 wurde von der Jury für die Förderung empfohlen. Die Koordination des Projekts werden gemeinsam die KV-IT GmbH, die Healthcare IT Solutions GmbH und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. übernehmen. Strukturell

wurde hierfür der „Verein zur Förderung der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung e. V.“ gegründet. Ziel des Projektes ist die sektorenübergreifende integrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten. Um die Zusammenarbeit effizient und effektiv zu gestalten, muss die einrichtungsübergreifende Kommunikation und Dokumentation durch digitale Verfahren, z. B. mittels der elektronischen Arztbriefkommunikation und elektronischer Fall- oder Patientenakten, unterstützt werden.

Gemeinsam mit der EnergieAgentur.NRW hat die KGNW das Projekt „EN.Kompass Krankenhaus – Energie- und Umweltmanagement nachhaltig gestalten“ durchgeführt. Das Projekt begleitete elf Krankenhäuser bei der Formulierung eigener Umweltziele und förderte die nachhaltige Ausschöpfung von Effizienzpotentialen in den Bereichen Energie und Umwelt im Krankenhaus. Auf dem 11. Krankenhaus-Umwelttag NRW am 27.11.2015 in der Stadthalle Wuppertal wurden die Ergebnisse des Projektes EN.Kompass Krankenhaus vorgestellt und in einem Projektbericht zusammengefasst.

Ein Tätigkeitsschwerpunkt bildete auch in diesem Jahr die Weiterentwicklung und Umsetzung des G-DRG-Systems sowie des PEPP-Katalogs 2016. Hierzu zählte insbesondere die diesbezügliche Mitarbeit in den Gremien der DKG. Zudem beteiligte sich die KGNW wiederum aktiv an der Erarbeitung der Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich im September 2015 auf eine Verein-

barung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 (FPV 2016) verständigt. Der PEPP-Katalog 2016 wurde von den Vertragspartnern ebenfalls im September 2015 auf Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart.

Als begleitende Unterstützung zur Bekanntmachung des Kommunalinvestitionsförderungsfonds, der Bundesmittel in Höhe von 3,5 Mrd. € im Rahmen des „Gesetzes zur Förderung von Investitionen finanzschwacher Kommunen und zur Entlastung von Ländern und Kommunen bei der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern“ vorsieht, hat die KGNW den Krankenhäusern in finanzschwachen Kommunen empfohlen, sich mit konkreten Investitionsprojekten direkt an die kommunalpolitischen Entscheidungsträger vor Ort zu wenden, da dies der einzig mögliche Weg ist, an Mittel aus dem Kommunalinvestitionsförderungsfonds zu gelangen. Rund 1,126 Mrd. € entfallen dabei auf Nordrhein-Westfalen.

Die KGNW hat sich an die Bürgermeister, Oberbürgermeister und Landräte mit Zuständigkeitsbereich für Krankenhäuser vor Ort entsprechend der als finanzschwach gelisteten Gebietskörperschaften gewandt. Die Adressaten sollten damit über den Kommunalinvestitionsförderungsfonds sowie die trägerübergreifende Teilhabemöglichkeit der Krankenhäuser informiert werden. Außerdem wurde die Bedeutung der Krankenhäuser vor Ort anhand einiger Eckdaten aufgezeigt. Mit dem Gesetz werden die für NRW zur Verfügung stehenden rund 1,126 Mrd. € auf finanzschwache Kommunen verteilt. Rück-

meldungen aus dem Mitgliedsbereich zeigen aber, dass die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bei diesem Programm so gut wie nicht berücksichtigt wurden. Im Rahmen der Aktivitäten im kommenden Jahr soll diese Vorgehensweise entsprechend den aktuellen krankenhaupolitischen Entwicklungen erneut thematisiert werden.

Weitere bestimmende landesweite Themen waren die Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes 2015, das Aufnahme und Entlassmanagement als Schwerpunkte des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V sowie die Weiterentwicklung des Konzepts der KGNW zur Stärkung der Rolle der Krankenhäuser in der Versorgungsforschung.

In den Fokus rückten zudem – neben Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit und zur Umsetzung des Schlichtungsausschusses auf Landesebene nach § 17c KHG – zentrale Themen wie die Versorgung demenzkranker Patienten, das Internetportal für Pflegeberufe, der Vorstandsbeschluss zu einer Umfrage zu der Handlungsempfehlung für die Patientenfürsprecher in NRW sowie die Weiterentwicklung von CIRS-NRW.



Matthias Blum

Finanzierung und Planung

Aktuelle Gesetzgebung

Ein Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I bildete auch in diesem Jahr zum einen die Beschäftigung mit laufenden Gesetzgebungsverfahren sowie zum anderen die Erarbeitung und Aufbereitung diesbezüglicher Informationen und Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser.

Ein besonderer Fokus lag auf dem „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)“.

Nachdem die Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 05.12.2014 nach über sechsmonatiger Beratung Eckpunkte einer Krankenhausreform beschlossen hatte, hat die Bundesregierung im Juni 2015 einen Gesetzentwurf vorgelegt, mit dem die Beschlüsse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe umgesetzt werden sollten.

Wesentliche Inhalte des Gesetzentwurfes:

- Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Das Zielkriterium einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen wird um das Ziel der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gesetzlich beauftragt, Qualitätsindi-

katoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (planungsrelevante Indikatoren), die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Die Qualitätsindikatoren bilden eine zusätzliche Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder.

- Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet.
- Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden.
- Durch den Abschluss von Qualitätsverträgen soll erprobt werden, inwieweit sich weitere Verbesserungen der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsstandards und darauf abstellende zusätzliche Anreize erreichen lassen.
- Es wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet. Das Programm wird für die Jahre 2016 bis 2018 stufenweise aufgebaut. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf bis zu 660 Mio. €. Nach dem Ende des Förderprogramms verbleiben zusätzliche Mittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Mio. € im Krankenhausbereich.

- Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren und die noch nicht bei der Kalkulation der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) und bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden konnten, wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von befristeten krankenhausesindividuellen Zuschlägen geschaffen.
- Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, werden präzisiert.
- Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben, die nicht bereits mit den Entgelten für die stationäre Versorgung finanziert werden, werden durch gesetzliche Vorgaben und durch Regelungen präzisiert.
- Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung an den einheitlichen Basisfallwertkorridor vermindert. Hierfür werden die Korridor Grenzen auf $-1,02$ Prozent und $+2,5$ Prozent unter- bzw. oberhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwerts festgelegt.
- Zur Neuausrichtung der Mengensteuerung werden in einer ersten Stufe zunächst flankierende Maßnahmen zur Verbesse-

rung der Mengensteuerung vorgenommen. Dazu gehören insbesondere die Regelungen des G-BA zur Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen, die auf der Grundlage des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ab dem Jahr 2016 anzuwenden sind. Zudem haben die Vertragsparteien auf Bundesebene im Jahr 2016 mit Wirkung für das DRG-System 2017 die Bewertung von voll- und teilstationären Krankenhausleistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustufen.

In einer zweiten Stufe erfolgt für das Jahr 2017 die Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene. Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert wird aufgehoben. Stattdessen sollen die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt werden (Fixkostendegressionsabschlag). Für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, ist in den Budgetverhandlungen ein höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren.

- Um den Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voranzubringen, werden in einem Strukturfonds einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. € aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Die Projekte

werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag leisten. Die Länder haben sich dazu verpflichtet, diese Mittel zusätzlich bereitzustellen. So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Mrd. € für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern.

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf am 02.07.2015 in 1. Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 10.07.2015 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung Stellung genommen und zahlreiche Änderungen vorgeschlagen. Dabei hat das Land NRW eine maßgebliche Rolle im Hinblick auf Verbesserungen im Sinne der NRW-Krankenhäuser eingenommen. Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zu einer Reihe von Vorschlägen eine Prüfung zugesagt, andere Vorschläge hat sie abgelehnt.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs beschlossen.

Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:

- Der Versorgungszuschlag wird ab dem Jahr 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt. Das Mittelvolumen des Versorgungszuschlags in Höhe von 500 Mio. € wird auf die Pflegedienstpersonalkosten verteilt und den Krankenhäusern als Pflegezuschlag dauerhaft zur Verfügung gestellt.
- Steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen, die die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, werden hälftig von den Kostenträgern refinanziert.
- Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts entfällt die im ursprünglichen Gesetzentwurf vorgesehene Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung, der Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und des ambulanten Verlagerungspotentials.
- Die absenkende Berücksichtigung von Ausgabensteigerungen bei Leistungen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, entfällt ebenfalls.
- Die Dauer des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) wird von fünf auf drei Jahre verkürzt. Die unverzichtbaren Ausnahmen vom FDA werden im Gesetzestext aufgeführt. Bei nicht mengenanfälligen Leistungen, die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren sind, ist nur ein hälftiger FDA zu erheben. Bei einem Rückgang der vereinbarten Mehrleistungen ist der FDA zu reduzieren.

- Auf stationäre Krankenhausleistungen von Akutkliniken sowie psychiatrischen Häusern, soweit die Kosten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz getragen werden, finden auf Verlangen des Krankenhauses der Mehrerlösausgleich sowie der Mehrleistungsabschlag keine Anwendung.
- Als Ziel des Orientierungswerts wird präzisiert, dass er die tatsächlichen Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser wiederzugeben hat.
- Die Regelungen zur Organisation des Notdienstes werden ergänzt und weiterentwickelt. Kassenärztliche Vereinigungen sollen zukünftig entweder „Portalpraxen“ in bzw. an Krankenhäusern, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, als erste Anlaufstelle einrichten oder die Notfallambulanzen über entsprechende Vertragsvereinbarungen unmittelbar in den vertragsärztlichen Notfalldienst einbinden.
- Der ergänzte Bewertungsausschuss – in dem die DKG vertreten ist – wird beauftragt, die Vergütung im EBM nach dem Schweregrad des Notfalls bis zum 31.12.2016 zu überprüfen und entsprechend anzupassen.
- Der Investitionsabschlag bei der Vergütung ambulanter Leistungen des Krankenhauses wird ganz gestrichen.
- Um einen wirksamen Abbau von Überkapazitäten zu ermöglichen, erhalten die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, sich an den Kosten der Schließung eines Krankenhauses zu beteiligen. Zu diesem Zweck können sie eine entsprechende Vereinbarung mit dem Krankenträger schließen. Die Rückforderung bereits gewährter Landesmittel ist ausgeschlossen. Die Beteiligung kann ergänzend zur Förderung durch Mittel des Strukturfonds erfolgen.
- Das Hygiene-Förderprogramm wird (bis auf die Fördertatbestände für hygienebeauftragte Ärzte) um weitere drei Jahre (2017 bis 2019) verlängert und um den Bereich der Infektologie erweitert.
- Das Verhältnis von Qualitätsabschlägen zum Vergütungsausschluss wird klargestellt. Bei Nichteinhaltung von verbindlichen Mindestvorgaben der Qualität bleibt entsprechend der geltenden Rechtslage die Rechtsfolge des Verstoßes der Vergütungsausschluss. Außerdem wird die Anwendung der Qualitätsabschläge zeitlich auf höchstens drei Jahre befristet. Bei fortbestehenden Qualitätsmängeln erfolgt ein Vergütungsausschluss und es greifen Rechtsfolgen für den Versorgungsvertrag sowie planungsrechtliche Konsequenzen.
- Der Anwendungsbereich der Zuschlagsregelung für neue kostenaufwendige Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wird präzisiert. Danach sind nur solche Mehrkosten zuschlagsfähig, die den Krankenhäusern unmittelbar durch Qualitätsvorgaben der Struktur- und Prozessqualität entstehen, die noch nicht im DRG-System berücksichtigt sind.

Den Änderungen vorausgegangen waren zahlreiche „Sommergespräche“ der Krankenhäuser vor Ort und der KGNW mit Bundes-, Landes- und Kommunalpolitikern. Dazu hatten die DKG und die KGNW umfangreiche Informationsmaterialien zu den Auswirkungen des Gesetzentwurfs erarbeitet und zur Verfügung gestellt. So hat die KGNW den Krankenhäusern z. B. einen KHS-G-Abschlagsrechner für NRW zur Verfügung gestellt, mit dem die Krankenhäuser ihre individuelle Betroffenheit ermitteln und gegenüber der Politik kommunizieren konnten. Der gemeinsame Protest der Krankenhäuser in NRW und bundesweit gegen die geplante Krankenhausreform mündete in einer Protestveranstaltung am 23.09.2015 von rund 10.000 Klinikmitarbeitern aus ganz Deutschland in Berlin (allein 2.500 Mitarbeiter aus NRW). Parallel fanden in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern zahlreiche Protestaktionen im Rahmen einer „Aktiven Mittagspause“ statt.

Mit den Änderungen ist die Politik in den wichtigen Punkten auf die Sorgen der Menschen in den Krankenhäusern eingegangen. Insbesondere wird die geplante Streichung des sog. Versorgungszuschlags in Höhe von

500 Mio. € (NRW: 120 Mio.) nicht weiter verfolgt. Dieses Finanzhilfe-paket wird den Kliniken in Form eines Pflegezuschlags erhalten bleiben.

Ein Brennpunkt bleiben die Regelungen zur ambulanten Notfallversorgung. Die überwiegende Zahl dieser Leistungen wird in den Ambulanzen der Krankenhäuser erbracht. Wie bei anderen ambulanten Krankenhausleistungen auch, wäre hier die direkte Abrechnung mit den Krankenkassen zu sachgerechten Vergütungssätzen der richtige Weg. Keine Verbesserungen bringt das Krankenhausstrukturgesetz zudem bei der unzureichenden Investitionsfinanzierung. Der gemeinsame Protest der Krankenhäuser hat die Politik für beide Problembereiche weiter sensibilisiert. Die Lösung dieser zentralen Probleme der Krankenhäuser muss auf der politischen Tagesordnung bleiben.

Der Deutsche Bundestag hat das Krankenhausstrukturgesetz am 05.11.2015 in 3. Lesung beschlossen. Am 27.11.2015 hat sich der Bundesrat abschließend mit dem zum 01.01.2016 in Kraft tretenden Gesetzespaket befasst.

Krankenhausfinanzierung

Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes für das Land NRW

Landesbasisfallwert 2015

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 Verhandlung zum Landesbasisfallwert 2015 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW begann nach Aufforderung der KGNW am 11.11.2014. Krankenhausseitig wurden die Verhandlungen erneut von der Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ der KGNW geführt.

Die Landesverbände der Kostenträger und die KGNW haben sich im Februar 2015 auf eine „Vereinbarung über den landesweiten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG für das Jahr 2015 in Nordrhein-Westfalen“ verständigt. Die Höhe des Landesbasisfallwerts 2015 beträgt 3.190,81 €. Dieser Wert war für die Budgetverhandlungen 2015 maßgeblich und bei der Abrechnung zugrunde zu legen.

Mit der getroffenen Landesbasisfallwertvereinbarung 2015 wurden alle sich aus den Vereinbarungen der landesweit geltenden Basisfallwerte für die Vorjahre in Nordrhein-Westfalen ergebenden Berichtigungen und Ausgleichs abgegolten.

Der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwertes 2015 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 Korridorgrenze 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“.

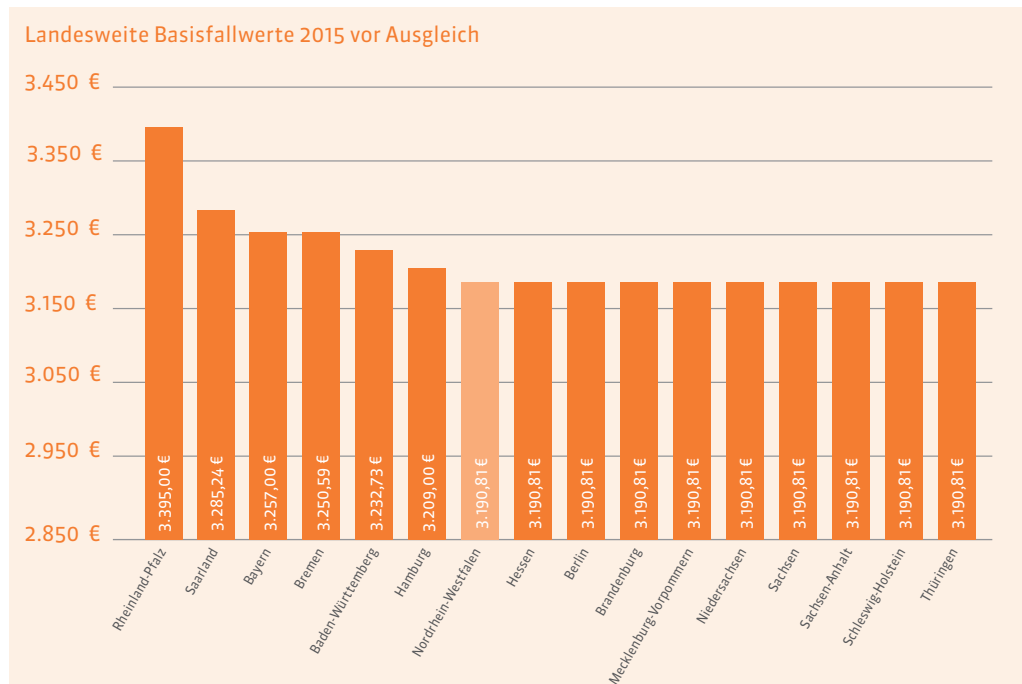
Das MGEPA hat den von den Vertragsparteien vereinbarten landesweiten Basisfallwert für das Jahr 2015 mit Wirkung zum 01.03.2015 genehmigt.

Landesbasisfallwert 2016

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2016 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin im November 2015.

G-DRG-System

Ein Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I bildete auch in diesem Jahr die Weiterentwicklung und Umsetzung des G-DRG-Systems. Hierzu zählte insbesondere die diesbezügliche Mitarbeit in den Gremien der DKG. Zudem beteiligte sich die KGNW wiederum ak-



Quelle: Eigene Abfrage, KGNW

tiv an der Erarbeitung der Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz, die den Krankenhäusern alljährlich per Rundschreiben zur Verfügung gestellt werden.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich im September 2015 auf eine Vereinbarung zum Fallpauschalen-System für Krankenhäuser für das Jahr 2016 (FPV 2016) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2016 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

Fallpauschalen-Katalog 2016

Der G-DRG-Katalog 2016 wurde von den Vertragspartnern im September 2015 auf

Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart.

In die Kalkulation des neuen G-DRG-Katalogs gingen die Falldaten aus 244 Krankenhäusern ein. Die Datenbasis der Systementwicklung verringerte sich somit gegenüber dem Vorjahr leicht um sechs Krankenhäuser, blieb aber weiterhin auf einem stabil hohen Niveau und die Datenqualität hat sich nach Aussage des InEK weiter verbessert. Die Anzahl der im Jahr 2016 für die Abrechnung verfügbaren Fallpauschalen beträgt 1.220.

Ein hoher Nutzen für die Plausibilisierung der Datengrundlage und damit für die Abbildungsgenauigkeit in einzelnen Bereichen des G-DRG-Katalogs konnte aus den Erkenntnissen des im Jahr 2015 erstmals veröffentlichten Extremkostenberichts gezogen

werden. Die Abbildung der intensivmedizinischen Behandlung war ein Schwerpunkt der diesjährigen klassifikatorischen Überarbeitung des G-DRG-Katalogs. Zwei weitere Bereiche mit erwähnenswerten Änderungen sind die Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern und die multimodale Schmerztherapie.

Bei den Zusatzentgelten gibt es einzelne Verschiebungen zwischen den bewerteten und unbewerteten Entgelten der Anlagen 2 und 4; außerdem wurden vier bisherige NUB-Entgelte mit Status 1 zu unbewerteten Zusatzentgelten. Für das intrabudgetär abrechenbare Zusatzentgelt für Gerinnungsfaktoren ZE20xx-98 liegt der bisher geltende Schwellenwert für seine vollständige Abrechenbarkeit weiterhin bei 9.500 €, da für 2016 die Datenlage eine eigenständige Kalkulation nicht zuließ, die nun für 2017 anvisiert wird.

Abrechnungsbestimmungen 2016 (FPV 2016)

Die Abrechnungsbestimmungen und die Klarstellungen zur FPV 2016 weisen im Vergleich zum Vorjahr nur wenige Änderungen auf:

- In den Abrechnungsbestimmungen wurden klarstellende Anpassungen zur Anwendung des Verlegungsabschlags bei einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus mit Fallzusammenfassung vorgenommen.
- Parallel zu den Abrechnungsbestimmungen wurden die Klarstellungen zur FPV

2016 wie im Vorjahr vereinbart. Dabei konnten zu bestehenden Konfliktfeldern bundeseinheitliche Klarstellungen erreicht werden. Diese betreffen die Behandlung in einer Haupt- und Belegabteilung an einem Tag und die Kosten der stationären Voruntersuchung bei Lebendspendern.

Ein zentraler Konfliktpunkt bei der Verhandlung der Abrechnungsbestimmungen war die Vergütung eines gesunden Neugeborenen bei behandlungsbedürftiger Mutter und Entbindung außerhalb des abrechnenden Krankenhauses. Eine abschließende Klärung zur Abrechnung einer DRG-Fallpauschale konnte erreicht werden. Als Übergangslösung wurde vereinbart, für diese Fälle den Begleitpersonenzuschlag in doppelter Höhe abzurechnen. Dies soll über eine Ergänzungsvereinbarung zum Begleitpersonenzuschlag geregelt werden und nicht über die FPV.

Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Auch in diesem Jahr bildete ein Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I die Weiterentwicklung und Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Hierzu zählt insbesondere die diesbezügliche Mitarbeit in den Gremien der DKG. Zudem beteiligte sich die KGNW wieder aktiv an der Erarbeitung der Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach der Bundespflegesatzverordnung, die den Krankenhäusern alljährlich per Rund-

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2014

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 100.000 Einw.	KH	Betten	Betten je 100.000 Einw.
Bundesland												
Deutschland	1.980	500.680	618,3	589	240.195	296,6	696	169.477	209,3	695	91.008	112,4
Baden-Württemberg	270	56.572	530	97	37.726	353,4	61	12.001	112,4	112	6.845	64,1
Bayern	364	75.907	600,2	163	54.177	428,3	50	8.800	69,6	151	12.930	102,2
Berlin	80	20.021	581	3	7.816	226,8	33	8.365	242,8	44	3.840	111,4
Brandenburg	56	15.290	623,2	22	8.281	337,5	15	2.725	111,1	19	4.284	174,6
Bremen	14	5.137	778,8	5	3.107	471	5	1.299	196,9	4	731	110,8
Hamburg	51	12.175	693,9	4	1.683	95,9	12	3.732	212,7	35	6.760	385,3
Hessen	167	36.129	595,2	55	18.611	306,6	42	9.357	154,2	70	8.161	134,5
Mecklenburg-Vorpommern	39	10.435	653,1	7	3.280	205,3	12	1.766	110,5	20	5.389	337,3
Niedersachsen	196	42.236	540,9	51	17.146	219,6	74	15.854	203	71	9.236	118,3
Nordrhein-Westfalen	364	120.268	683,1	80	38.052	216,1	244	74.082	420,8	40	8.134	46,2
Rheinland-Pfalz	91	25.431	635,3	17	8.483	211,9	56	15.237	380,6	18	1.711	42,7
Saarland	22	6.458	652,4	9	3.961	400,2	12	2.467	249,2	1	30	3
Sachsen	79	26.053	643,2	34	16.357	403,8	18	3.065	75,7	27	6.631	163,7
Sachsen-Anhalt	48	16.236	724,8	12	7.815	348,9	18	3.901	174,1	18	4.520	201,8
Schleswig-Holstein	95	16.155	572,2	15	6.809	241,2	33	3.489	123,6	47	5.857	207,4
Thüringen	44	16.177	749,4	15	6.891	319,2	11	3.337	154,6	18	5.949	275,6

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jahr 2014

schreiben 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 2015 auf eine Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2016 (PEPPV 2016) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2016 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

PEPP-Katalog 2016

Der PEPP-Katalog 2016 wurde von den Vertragspartnern im September 2015 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 muss die Abrechnungspraxis und das Prüfverhalten der Krankenkassen

kritisch begleitet und der PEPP-Katalog bei Fehlentwicklungen in der praktischen Anwendung neu bewertet werden.

Die erstmals für das Jahr 2015 umfassende Überarbeitung des PEPP-Katalogs – mit dem Verlassen der quantilsbezogenen Herleitung von Verweildauerklassen mit den daraus resultierenden Vergütungsstufen, der Berücksichtigung bei der Berechnung der Bewertungsrelation des Entlassungstags als Abrechnungstag und der Einführung von ergänzenden Tagesentgelten (ET) – wurde auch für den PEPP-Katalog 2016 fortgesetzt. Nach dem tiefgreifenden Umbau im vergangenen Jahr stand bei der diesjährigen Systementwicklung die Überprüfung aller im Datenjahr 2014 zur Verfügung stehenden Merkmale nach der neuen Systematik im Mittelpunkt.

Im Einzelnen weist der PEPP-Katalog 2016 folgende Veränderungen auf:

- Die Anzahl der vollstationären PEPP in allen Strukturkategorien ist unverändert bei 34 (ohne Fehler und sonstige PEPP).
- Die Vergütungsklassen (VK) sind im Jahr 2016 über alle PEPP um 32 angestiegen. In der Psychiatrie sind sie um insgesamt drei VK gesunken. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sind vier VK hinzugekommen. Den deutlichsten Anstieg hat es in der Psychosomatik gegeben. Dort sind die VK von 21 auf 52, also um 31 gestiegen.
- Die Anzahl der bewerteten, teilstationären PEPP ist im Vergleich zum Vorjahr in den

Strukturkategorien Psychiatrie (4) und KJP (2) unverändert. In der Strukturkategorie Psychosomatik ist die in 2015 unbewertete PEPP „Psychosomatische oder psychiatrische Störungen“ in ein bewertetes Entgelt TP20Z (rück-)überführt worden.

- Die unbewerteten PEPP bei vollstationärer Versorgung sind gegenüber dem Katalog 2015 unverändert. Die Anzahl der unbewerteten PEPP für teilstationäre Versorgung hat sich um das Entgelt verringert, das als bewertete PEPP in die Anlage 2a überführt worden ist.
- Im Bereich der bewerteten Zusatzentgelte (ZE) der Anlage 3 zum PEPP-Katalog hat sich die Anzahl in Folge der Übernahme aus dem DRG-Katalog um drei ZE auf insgesamt 60 erhöht. Vier Zusatzentgelte für neue Medikamente wurden aus dem DRG-Katalog übernommen, wovon drei bisher unbewertet waren. Ein bewertetes Zusatzentgelt wurde gestrichen.
- Die unbewerteten Zusatzentgelte der Anlage 4 haben sich von 30 auf 32 erhöht. Insgesamt wurden fünf neue Zusatzentgelte aufgenommen, drei wurden in die Anlage 3 verschoben. Auch hier sind die Veränderungen durch die aus dem DRG-Katalog übernommenen ZE bedingt.
- Die drei originär psychiatrisch/psychosomatischen Zusatzentgelte für Elektrokrampftherapie (EKT), die Gabe von Paliperidon und die Strahlentherapie werden im neuen Katalog weiterhin als unbewertete Zusatzentgelte ausgewiesen.

Abrechnungsbestimmungen 2016 (PEPPV 2016)

Die Abrechnungsbestimmungen weisen im Vergleich zur PEPPV 2015 einige Änderungen auf:

- Es wurde eine Klarstellung aufgenommen, wonach auch bei mehrfacher Aufnahme am gleichen Tag lediglich ein Berechnungstag zu zählen ist. Der Berechnungstag ist dann zugleich der Aufnahmetag und mit der PEPP der letzten Aufnahme des Tages abzurechnen.
- In Bezug auf den streitbefangenen Umstieg auf das neue Entgeltsystem wurde als Kompromisslösung eine Regelung konsentiert, wonach alle vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommenen Patienten administrativ zum Zwecke der Abrechnung am 31.12.2016 zu entlassen sind, wenn der Umstieg auf das PEPP-System bis einschließlich zum 01.10.2016 erfolgt. Ab dem 01.01.2017 ist dann eine Abrechnung nach den gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen durchzuführen. Die Zählung der Berechnungstage beginnt ab dem 01.01.2017. Sofern der Umstieg nach dem 1.10.2016 erfolgt, sind alle im Jahr 2016 vor dem Umstieg aufgenommenen Patienten mit tagesgleichen Pflegesätzen bis zum Zeitpunkt der Entlassung, längstens jedoch bis zum 31.12.2017, weiter zu erheben.
- Es erfolgten Anpassungen im Hinblick auf den Jahreswechsel bei Extremlangliegern. Damit wird klargestellt, dass es sich bei

Extremlangliegern nicht nur um Patienten aus dem Jahr 2015, sondern auch aus den Vorjahren handeln kann.

- Anpassungen erfolgten auch in Bezug auf die Abrechnung ergänzender Tagesentgelte im Kontext des nicht abrechnungsfähigen Verlegungstags.

Ambulantes Operieren und stationer-setzende Eingriffe nach § 115b SGB V

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24.09.2014 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungspunktwertes für das Jahr 2015 wurde der Orientierungspunkt zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für das Jahr 2015 auf 10,2718 Cent festgelegt.

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbarten gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage des Orientierungswertes jeweils bis zum 31.10. eines jeden Jahres einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist. Die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe hatte bereits mit Schreiben vom 09.12.2014 den „Punktwert §§ 115b und 116b SGB V für das Jahr 2015“ in Höhe von 10,2718 Cent mitgeteilt.

Im Landesteil Nordrhein konnte eine Vereinbarung nach mehreren Verhandlungen nicht zeitgerecht erreicht werden, obwohl die Vereinbarung eines Punktwertes, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im

Folgejahr anzuwenden ist, auf der Grundlage des o. g. Orientierungspunktwertes jeweils bis zum 31.10. eines jeden Jahres zu erfolgen hat. Für die Krankenhäuser, die die Fälle der ambulanten Operationen nach vollständigem Abschluss derselben mit der zuständigen Krankenkasse abrechnen, ergab sich damit die unklare Situation, wie und wann die jeweiligen Fälle abzurechnen waren. Die KGNW hat diese Situation mehrfach gegenüber den Krankenkassenverbänden moniert, die Mitgliedskrankenhäuser informiert und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Erst am 29.05.2015 wurde durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Landesteil Nordrhein mitgeteilt, dass der Punktwert rückwirkend zum 01.01.2015 mit der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wurde.

Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 44. Sitzung am 22.09.2015 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 wurde der Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen mit Wirkung zum 01.01.2016 auf 10,4361 Cent festgelegt. Dieser Orientierungswert dient als Grundlage der regionalen Gebührenordnungen.

Die KGNW hat diesen Beschluss zum Anlass genommen, die Krankenkassenverbände um zeitnahe Mitteilung eines Abrechnungspunktwertes zu bitten, damit die Krankenhäuser eine klare und einheitliche Abrechnungsgrundlage für das Jahr 2016 haben.

Ambulante spezialfachärztliche Behandlung nach § 116b 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 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 bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung.

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 § 116b SGB V angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfach-

ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können.

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 § 116b SGB V leistungsberechtigten Arzt eines Behandlungsteams einschließlich der sog. 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 aufgeführt. Nur in bestimmten Ausnahmefällen ist es Krankenhäusern gestattet auch darüber hinaus Leistungen zu erbringen, wenn dem Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist.

Nach den im Jahr 2014 in Kraft getretenen Konkretisierungen „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ (TBC) sowie „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT)“ wurde durch den G-BA in seiner Sitzung am 18.06.2015 ein Beschluss zu einer Sonderregelung für Subspezialisierungen in Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren gefasst, der potentiellen Leistungserbringern, die nur in einem der Erkrankungsbereiche (Mammakarzinome

oder andere gynäkologische Tumoren) tätig werden möchten, die Teilnahme an der ASV ermöglicht. Das Inkrafttreten dieser beiden Konkretisierungen steht noch aus (Stand: 21.09.2015). Die Richtlinie „Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom“ ist am 30.06.2015 in Kraft getreten.

Im Hinblick auf das Abrechnungsgeschehen waren und sind Anpassungen des EBM notwendig. Am 22.05.2015 hat der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss Beschlüsse zur Anpassung des EBM zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V zur Aufnahme einer Präambel in Kapitel 50 sowie zur Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 50.2 getroffen, der Leistungen des Appendix (Abschnitt 2) gem. ASV-RL zur Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle enthält. Außerdem wurde eine Ziffer zur Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit bislang nicht im EBM abgebildeten Tumorkonferenzen eingeführt (GOP 50210).

Ein Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I im Hinblick auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung lag auch in diesem Jahr in der Mitarbeit in den DKG-Gremien, die die Beschlüsse zur Anpassung des EBM zur Vergütung der Leistungen nach § 116b SGB V vorbereiten.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ist u. a. bei der Eingrenzung des Leistungsbereiches der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung bei

den Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen die Beschränkung auf die schweren Verlaufsformen weggefallen. Die Fortgeltung bereits bestehender Bestimmungen nach altem Recht wurde auf längstens drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses verlängert. Eine unbefristete Weitergeltung konnte nicht erreicht werden.

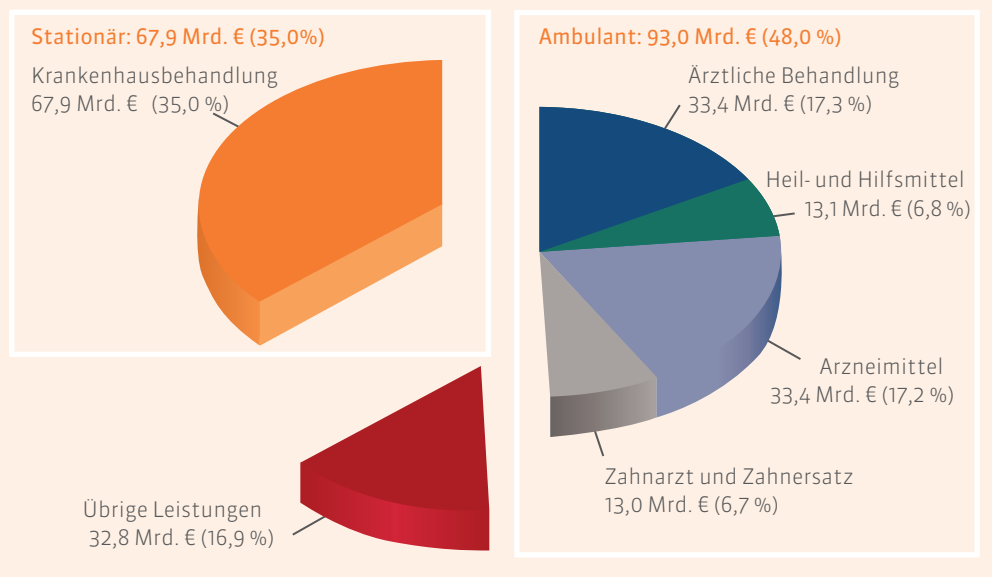
Ambulante Notfallbehandlung

Das Projekt „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) in Kooperation mit der Deutschen

Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) durchgeführt. Mit der Umsetzung der Kostenkalkulation und der Erstellung des Gutachtens wurde das Beratungsunternehmen Management Consult Kestermann GmbH (MCK) beauftragt.

Im Rahmen einer aufwendigen Kalkulation haben 55 Krankenhäuser für insgesamt 612.070 ambulante Notfälle fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten – und somit eine außergewöhnlich breite und valide Datengrundlage – bereitgestellt; darunter zahlreiche Krankenhäuser aus NRW. Durch die Verbindung der ökonomischen Aspekte mit der Versorgungsrealität bietet das Gutachten eine einzigartige, datenbasierte Diskussionsgrundlage für die dringend notwendige Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung.

Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit im Jahr 2014



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

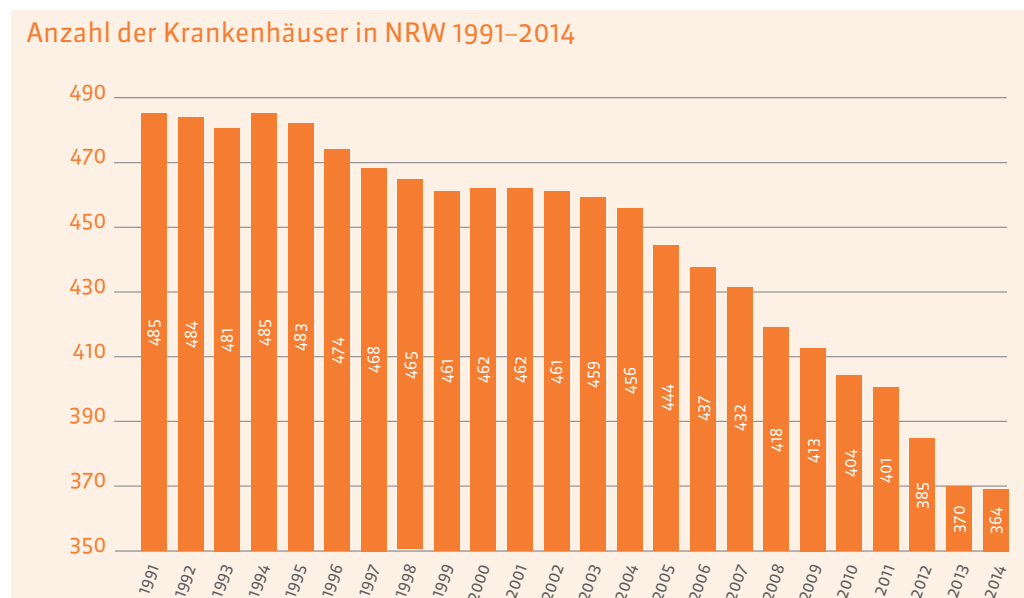
Im Ergebnis stehen einem durchschnittlichen Erlös von 32 € pro ambulantem Notfallfallkosten von mehr als 120 € gegenüber. Mehr als 10 Mio. ambulante Notfälle mit einem Fehlbetrag von 88 € pro Fall führen zu 1 Mrd. € nicht gedeckter Kosten, fasste die DKG in ihrer Pressemitteilung vom 17.02.2015 zusammen.

Heilmittelvertrag

Der Vorstand der KGNW hat in seiner 225. Sitzung am 01.07.2014 beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein (gem. § 125 Abs. 2 SGB V)“ fristgerecht zum 31.12.2014 zu kündigen, und die Geschäftsstelle beauftragt, Verhandlungen für die Preise für das Jahr 2015 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 2,53 Prozent ab dem 01.01.2015 vereinbart.

In seiner 229. Sitzung am 23.06.2015 hat der Vorstand der KGNW beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein (gem. § 125 Abs. 2 SGB V)“ fristgerecht zum 31.12.2015 zu kündigen, und die Geschäftsstelle beauftragt, Verhandlungen für die Preise für das Jahr 2016 mit den Landesverbänden der Kostenträger im Landesteil Nordrhein aufzunehmen. Die Verhandlungen werden im Dezember aufgenommen.



Quelle: Statistische Berichte, Grunddaten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) 2014, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

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.

Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015

Die Beschäftigung mit verschiedensten Fragestellungen zur Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 sowie die Erarbeitung und Aufbereitung diesbezüglicher Informationen und Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser bildeten auch in diesem Jahr einen Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I. Am 08.05.2015 fand die 48. Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung im MGEPA statt. Zudem erfolgten Beratungen zur Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 im Rahmen verschiedener Arbeitsgruppensitzungen und Gespräche im MGEPA.

Insbesondere folgende Themen standen dabei im Fokus:

- Hinweise und Empfehlungen in Bezug auf verschiedene Abfrageformulare der Landesverbände der Kostenträger im Rahmen regionaler Planungskonzepte.
- Neufassung des Musterfeststellungsbescheids, nachdem insbesondere die Verwaltungsgerichte Düsseldorf und Aachen deutlich betont hatten, dass sich

die „Qualitätsklausel“ unter der Rubrik „Hinweise“ nicht aus den gesetzlichen Vorgaben ableiten lasse und inhaltlich nicht zutreffend sei. Das MGEPA hat eine Neufassung des Musterfeststellungsbescheids erstellt, in der die sog. „Qualitätsklausel“ unter dem Punkt „Hinweise“ neu gefasst wurde. Zudem wurde der Musterfeststellungsbescheid bezüglich der Brustzentren dahingehend geändert, dass Brustzentren in Zukunft als „Besondere Leistungsangebote (ohne Bettenzuweisung)“ ausgewiesen werden.

- Zur Planung im Bereich Psychiatrie und Psychosomatische Medizin im Rahmen des integrierten Versorgungskonzepts wurde festgehalten, dass bei jedem Einzelfall unter Berücksichtigung der Gegebenheiten vor Ort eine Prüfung zu erfolgen hat, ob eine Kooperation zur Erreichung des Ziels eines integrierten Versorgungskonzepts eine sinnvolle und geeignete Lösung ist. Eine mögliche Kooperation muss dabei nicht zwingend mit einem Auslauf- bzw. Enddatum versehen werden.

Zur Unterstützung der Krankenhäuser für die regionalen Planungskonzepte zur Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 wurde das Projekt zur Bereitstellung planungsrelevanter Daten durch die KGNW weitergeführt. Es haben sich über 90 % der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zur Teilnahme an diesem Projekt der Datenbereitstellung für die Berichtsjahre 2014 und 2015 entschieden. Die Auswertung für das

Berichtsjahr 2014 wird den teilnehmenden Krankenhäusern im November 2015 zur Verfügung gestellt.

Im Fachausschuss für Planung und Förderung findet unter Beteiligung der Spitzenverbände ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zum Stand der regionalen Planungskonzepte in den Regionen statt. Insgesamt stellt sich das Planungsgeschehen nach wie vor heterogen dar. Es gibt einige Häuser mit abgeschlossenen Planungsverfahren, die teilweise seit Monaten auf ihren Feststellungsbescheid warten. In einigen Regionen haben die Krankenhäuser untereinander abgestimmte Planungsverfahren vorgelegt und warten derzeit auf die Reaktionen der Krankenkassenverbände bzw. der Bezirksregierungen. Es gibt einige Planungsverfahren, die den Bezirksregierungen als nicht geeinigte Planungskonzepte vorliegen.

Planungsgrundsatz 11 (Ausbildungsplatzkapazitäten für Gesundheitsfachberufe)

Die Umsetzung des Planungsgrundsatzes 11 wird seit 2014 in den KGNW-Gremien vor dem Hintergrund der Landesberichterstattung 2013 (LbG 2013) beraten. Bereits in der ersten Jahreshälfte des vergangenen Jahres hat das MGEPA die Erstellung eines diesbezüglichen Erlasses angekündigt.

Die KGNW hat die Frage der Ausbildung in der Vergangenheit mehrfach gegenüber dem MGEPA thematisiert und insbesondere die nachfolgenden Aspekte aufgegriffen:

- Krankenhausplanerische Vorgaben dürfen dem Berufswunsch junger Menschen nicht entgegenstehen. Die Möglichkeit, allen Interessenten für eine Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf einen Ausbildungsplatz zur Verfügung stellen zu können, sollte grundsätzlich im Vordergrund der krankenhauserplanerischen Beratungen stehen.
- Eine flexible Handhabung bei der Umsetzung der festgelegten Ausbildungskapazitäten der einzelnen Berufe ist auf der Ortsebene im Rahmen der regionalen Planungskonferenzen wesentlich.
- Ausbildungsangebote in Teilzeitform müssen gefördert werden, da die Teilzeitausbildung im Bereich der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege insbesondere unter dem Aspekt der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zunehmend an Bedeutung gewinnt.
- Ein erhöhter Bedarf an Ausbildungskapazitäten besteht auch im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz. Die Ausbildungsstätten sollten die Möglichkeit haben, die Ausbildungskapazitäten in einem gewissen Umfang zu erhöhen, um die einjährige Ausbildung im Sinne einer gestuften Ausbildungsmöglichkeit zu etablieren und damit Bewerber, die eine dreijährige Ausbildung im ersten Schritt nicht anstreben können, im Rahmen dieser Ausbildungsoption eine erste Qualifizierungsmöglichkeit anbieten zu können. Nach erfolgreich absolvierter Ausbildung und persönlicher Eignung besteht für die Absol-

ventinnen und Absolventen die Gelegenheit, eine Weiterqualifizierung zum Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger zu absolvieren. Diese (heranführende) Möglichkeit, zunächst eine einjährige Assistenz Ausbildung zu absolvieren, die im Anschluss eine Fortentwicklungs- und Weiterqualifizierungschance eröffnet, sollte durch eine zukunftsbezogene Bedarfsplanung unterstützt werden.

In der Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 08.05.2015 ist die Umsetzung des Planungsgrundsatzes 11 beraten und als weitere Vorgehensweise abgestimmt worden, eine Unterarbeitsgruppe einzuberufen, die die Thematik weiter erörtert.

Basis der Beratungen über die Festlegung der Rahmenvorgaben für den Ausbildungsstätten- und Ausbildungsplatzbedarf der Ausbildungen gem. § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz am 24.06.2015 in Ergänzung zur Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 08.05.2015 im MGEPA war der Entwurf eines Erlasses zur Umsetzung des Planungsgrundsatzes 11 und Anhang F des Krankenhausplans.

Insgesamt wird eine am Bedarf ausgerichtete flexible Handhabung von Plankapazitäten und innovativen Ausbildungsangeboten z. B. in Teilzeit als zielgerichtet angesehen, um einerseits eine höhere Ausbildungsbereitschaft der Einrichtungen zu fördern und andererseits potentiellen Bewerbern verschiedene Angebote von Ausbildungsmöglichkeiten unterbreiten zu können. Die KGNW hat im Hinblick auf Ausweitungsmöglichkeiten zusätzlich auf fehlende bzw. zu

geringe Investitionsmittel und den Mangel an Lehrpersonal für die Schulen hingewiesen.

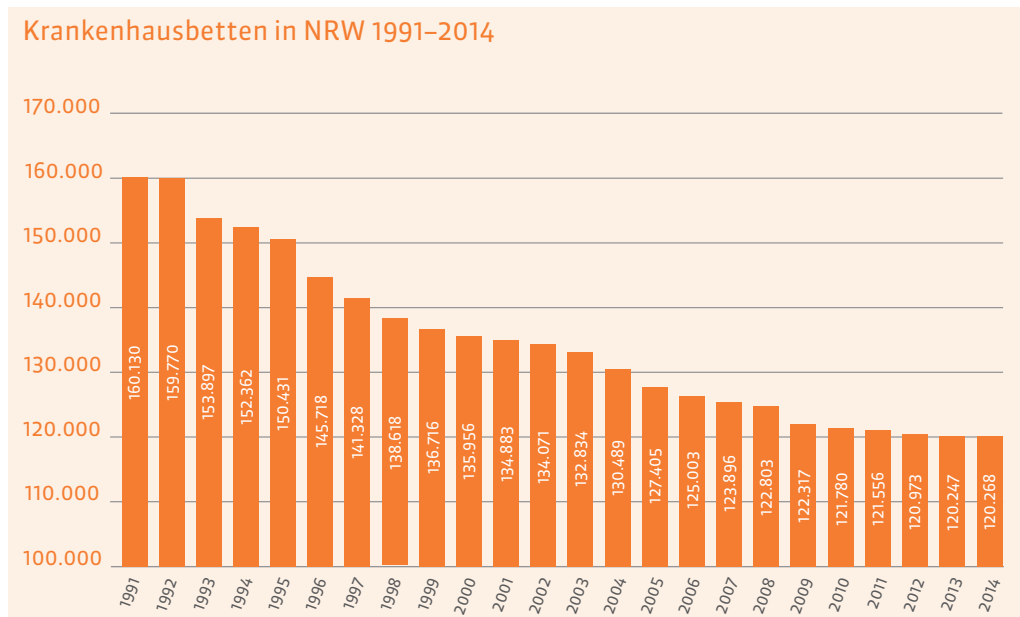
Das MGEPA überarbeitet auf Basis des Gesprächs am 24.06.2015 den Entwurf eines Erlasses zur Umsetzung des Planungsgrundsatzes 11 und des Anhangs F des Krankenhausplans. Hierbei ist ein zentraler Punkt die – von der KGNW in der Vergangenheit stets besonders betonte – Flexibilisierung der Ausbildungskapazitäten. Der Zeithorizont für eine weitere Beratung im Landesausschuss für Krankenhausplanung steht aktuell noch nicht fest.

Fortschreibungen des Krankenhausplans NRW 2015

Der Landesausschuss für Krankenhausplanung wurde vom MGEPA um Einschätzungen zu möglichen Fortschreibungen des Krankenhausplans NRW in verschiedenen Bereichen gebeten:

- S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“
- S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“
- Spezielle Behandlung von Kohlenmonoxidvergiftungen (HBO)

Die KGNW hat hierzu nach entsprechenden Gremienberatungen jeweils Stellung genommen. Abschließende Entscheidungen zu Fortschreibungen des Krankenhausplans NRW 2015 sind seitens des MGEPA bisher nicht erfolgt.



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2014

DKI-Gutachten „Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung“

Die DKG und die 16 Landeskrankengesellschaften haben gemeinsam das Projekt zum DKI-Gutachten „Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung“ in enger Abstimmung von September 2014 bis Juni 2015 umgesetzt. Das umfangreiche Gutachten basiert auf drei Modulen, der Bestandsaufnahme, der Definition von Anforderungen für Qualitätsparameter sowie auf einem Vergleich im Hinblick auf bestehende qualitative Vorgaben in den Ländern Schweiz und Österreich.

Zunächst sind die bestehenden Qualitätsvorgaben in den einzelnen Bundesländern analysiert worden. Insbesondere sind sie geprägt durch Fachplanungen, herangezo-

gene Leitlinien und Zertifikate von Fachgesellschaften sowie Vorgaben aus Richtlinien des G-BA. Des Weiteren erfolgte eine Analyse nach Fachgebieten, Krankheitsbildern sowie weiteren Qualitätsvorgaben und die Betrachtung der Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Außerdem ist der Planungsprozess in seinen Phasen Planerstellung, -entscheidung und -umsetzung betrachtet worden. Mit Blick auf den internationalen Vergleich wurde herausgearbeitet, dass die Qualitätssicherung in Deutschland rechtlich und ordnungspolitisch anders verortet ist als in den Vergleichsländern. Viele Qualitätsvorgaben und Qualitätskriterien, die in Österreich und der Schweiz im Rahmen der Krankenhausplanung festgelegt sind, werden in Deutschland anderweitig außerhalb der Krankenhausplanung geregelt. Insofern sind die betrachteten Länder mit Blick auf die Organisation von Krankenhaus-

planung und Qualitätssicherung nur bedingt vergleichbar. Auch ist auf dieser Grundlage eine Übertragung der dargestellten internationalen Ansätze auf die Krankenhausplanung in Deutschland weder sinnvoll noch erforderlich.

Im Laufe der Abstimmung zur Endfassung des in der Pressekonferenz am 04.09.2015 durch die DKG vorgestellten DKI-Gutachtens hat die KGNW insbesondere aus den Erfahrungen mit der hiesigen Krankenhausplanung wichtige Hinweise auch zu kritisch zu bewertenden Themen eingebracht. In der Pressekonferenz ist insbesondere her-

vorgehoben worden, dass die vom Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes vorgesehenen Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung evidenzbasiert, risikoadjustiert, rechtssicher und praktikabel sein müssten. Eine deutliche Überarbeitung und Systematisierung der bestehenden krankenhauserischen Qualitätsvorgaben der Bundesländer ist insofern notwendig. Die sich bietenden Chancen einer Weiterentwicklung der stationären Versorgungsqualität müssen sorgfältig gegenüber den erheblichen Risiken bei unzureichender Ausgestaltung der krankenhauserischen Vorgaben abgewogen werden.

Krankenhausförderung

Haushaltsplanentwurf 2016

Das Investitionsfördervolumen in NRW stagnierte in den vergangenen zehn Jahren auf jährlich rund 490 Mio. €, was im Ergebnis einen deutlichen Rückschritt in der Investitionskraft der NRW-Krankenhäuser bedeutet. Im Jahr 2015 beläuft sich der Haushaltsansatz zur Krankenhausförderung in NRW auf 515 Mio. €.

Für 2016 ist im Haushaltsplanentwurf der Gesamtbetrag in Höhe von 533,3 Mio. € für die Krankenhausförderung vorgesehen. Der Landesanteil für den Strukturfonds ist mit (der ersten Tranche) in Höhe von 16,6 Mio. € befüllt (TG 82). Insgesamt sollen 88,6 Mio. € Landesmittel genutzt werden. 72 Mio. € sind als Verpflichtungsermächtigungen ein-

gestellt. Der Trägeranteil der zu fördernden Einrichtungen wird mit rund 17 Mio. veranschlagt.

Die Baupauschale wird ausweislich der Erläuterungen im Haushaltsplanentwurf aufgrund der Anpassung an die Preissteigerung um 7 Mio. € aufgestockt. In den Jahren 2017 und 2018 sind jeweils weitere 10 Mio. € Steigerung vorgesehen.

Die Nachholung der über Jahre nicht berücksichtigten Preissteigerungen hatte die KGNW in den Stellungnahmen zum Haushalt gefordert. Im Ergebnis zeichnet sich dennoch in NRW aktuell keine tragfähige Lösung für das Problem der strukturellen Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser ab.

Investitionsprogramm 2015

Mit Schreiben vom 26.05.2015 hat Ministerin Steffens der Landtagspräsidentin das Investitionsprogramm 2015 mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zugesandt.

Die KGNW hatte bereits im Vorfeld zu einer entsprechenden Entwurfsfassung des Investitionsprogramms 2015 gegenüber dem MGEPA Stellung genommen.

Mit dem Entwurf des Investitionsprogramms 2015 sind Ausgabemittel in Höhe von 190 Mio. € als Baupauschale veranschlagt. Die Höhe der Ausgabemittel zur pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter beläuft sich nunmehr auf 317 Mio. €. Die damit verbundene Erhöhung dieser Fördermittel um nominell 24 Mio. € wurde in der Stellungnahme ausdrücklich begrüßt. Im Hinblick auf die mittlerweile als allgemein bekannt und anerkannt deutlich zu niedrige Investitionsförderung durch die dafür zuständigen Bundesländer kann diese Aufstockung als erster wichtiger Schritt hin zu einer sachgerechten Höhe der Fördermittel angesehen werden.

Es bleibt auch weiterhin bei einer gegenüber dem tatsächlichen Bedarf bestehenden strukturellen Investitionsunterfinanzierung durch das Land von jährlich mindestens 800 Mio. €. Darauf hatte die KGNW u. a. in der „Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) zum Gesetzentwurf über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes

Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2015“ verwiesen.

Strukturfonds (nach dem KHSG)

Obwohl das Thema „Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser“ im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD zur 18. Legislaturperiode mit dem Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ keinen Niederschlag gefunden hat, wurde das Thema dennoch in den Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe erörtert.

Die unterschiedlichen Interessenlagen von Bund und Ländern führten im Ergebnis letztlich aber nicht zu einer grundlegenden Lösung für das Problem der strukturellen Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser. Bund und Länder einigten sich stattdessen mit dem Strukturfonds auf ein Instrument, das bereits im Rahmen der Koalitionsverhandlungen von CDU, CSU und SPD erörtert worden war, das letztlich allerdings keinen Eingang in den Koalitionsvertrag gefunden hatte.

Das KHSG beinhaltet insoweit einen Strukturfonds, der den Zweck hat, den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren) zu fördern. Zudem sollen palliative Versorgungsstrukturen gefördert werden. Hierzu wird einmalig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eine

Summe von 500 Mio. € – aufgeteilt nach dem Königsteiner Schlüssel – für Maßnahmen in den Ländern zur Verfügung gestellt. Falls sich die PKV an der Förderung beteiligt, erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag.

Der Fonds beteiligt sich mit maximal 50 % an den jeweiligen förderungsfähigen Kosten. Gelder aus dem Fonds werden nur dann bereitgestellt, wenn die Länder zu den Vorhaben den in gleicher Höhe entsprechenden Förderbetrag leisten. Für NRW beläuft sich der jeweilige Anteil nach aktuell verfügbaren Berechnungsgrößen (Königsteiner-Schlüssel-Anteil in Höhe von 21,21010 % für NRW (BAnz AT 10.12.2014 B3)) unter den o. g. Voraussetzungen auf einen Betrag in Höhe von 106.050.500 €. Auch die Träger der geförderten Einrichtungen können an der Finanzierung beteiligt werden. So wird bundesweit maximal ein Volumen in Höhe von 1 Mrd. € (zzgl. der Beteiligung der PKV) zur Verfügung gestellt.

Die Länder verpflichten sich, mindestens den Durchschnitt der Höhe der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 oder den im Haushaltsplan des Jahres 2015 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung beizubehalten und um die Landesmittel für das Sonderinvestitionsprogramm zusätzlich zu erhöhen. Die Fördergelder sollen den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugutekommen.

Das BMG bestimmt das Nähere zur Durchführung des Strukturfonds durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

Das BMG hat den beteiligten Verbänden auf Bundesebene mit Datum vom 05.10.2015 einen Referentenentwurf für eine Rechtsverordnung zur Durchführung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV) zugeleitet. Dort werden die Voraussetzungen für förderungsfähige Vorhaben definiert.

Insbesondere wird konkretisiert, dass der „Abbau von Überkapazitäten“ nicht nur durch die Schließung eines Krankenhauses, sondern auch durch die Schließung einer Abteilung eines Krankenhauses erfüllt sein kann. Auch sind die standortübergreifende Konzentration akutstationärer und bedarfsnotwendiger Versorgungskapazitäten und die Umwandlung eines Krankenhauses (oder von Teilen eines Krankenhauses) in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation förderungsfähig. Dazu sind neben den Kosten für Schließungen auch die Kosten für Umbaumaßnahmen förderungsfähig.

Die Anträge der Länder an das zuständige Bundesversicherungsamt auf Auszahlung von Fördermitteln aus dem Strukturfonds sind spätestens bis zum 31.07.2017 zu stellen. Das Verfahren und die erforderlichen Unterlagen werden durch die KHSFV vorgegeben.

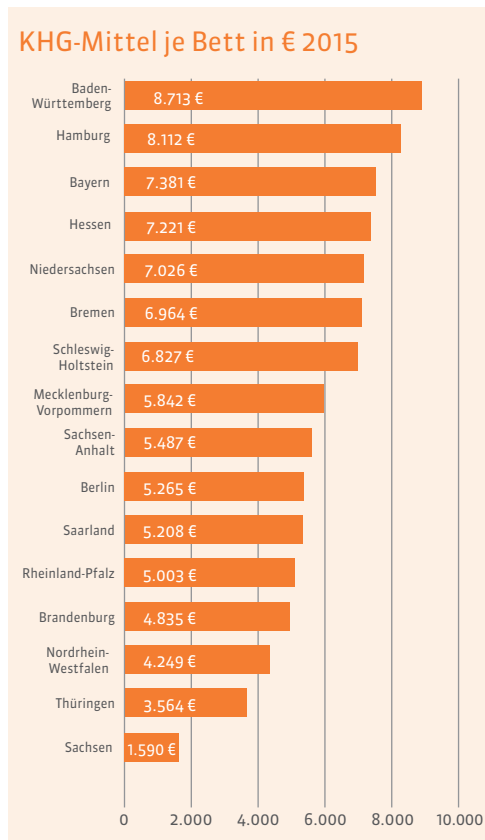
Die DKG hat nach Beteiligung der Landeskrankenhausesgesellschaften gegenüber dem

BMG am 15.10.2015 eine Stellungnahme zum Referentenentwurf abgegeben. Am 19.10.2015 fand eine Erörterung des Referentenentwurfs unter Beteiligung der DKG im BMG statt. Das Bundeskabinett hat die KHS-FV am 04.11.2015 beschlossen. Am 27.11.2015 hat sich der Bundesrat abschließend mit der KHSFV beschäftigt.

Zur weiteren Umsetzung in NRW hat die KGNW bereits Gespräche mit dem MGEPA geführt. Wie die konkreten landesspezifischen Regelungen zur Umsetzung des Strukturfonds gefasst werden (z. B. Antragsverfahren, Nachweis der Förderungsfähigkeit, Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung), steht noch nicht fest.

Im Entwurf des Haushaltsplans NRW 2016 sind bereits entsprechende Titelgruppen sowie Beträge vorgesehen. Dabei sind Kofinanzierungsmittel des Landes in Höhe von insgesamt 88,6 Mio. € vorgesehen. Die weiteren Mittel sind ausweislich des Entwurfes von den Trägern der zu fördernden Einrichtung bereitzustellen und würden sich zur Ausschöpfung des Förderbetrages für NRW auf ca. 17 Mio. € für die zu fördernden Projekte belaufen.

Im Ergebnis stellt der Strukturfonds keine Lösung für das Problem der strukturellen Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser dar. Das zentrale Problem der unzureichenden Investitionsregelfinanzierung bleibt weiter ungelöst. Bleibt es bei der dauerhaft viel zu niedrigen Investitionsförderung, geht dies in zunehmendem Maße zu Lasten der Substanz der Krankenhäuser



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

mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Arbeitsqualität der Mitarbeiter und auf die Versorgung der Patienten. Die Ausstattung des Strukturfonds besitzt angesichts jährlich fehlender, bestandserhaltender Investitionsmittel in Höhe von bundesweit mindestens 3 Mrd. € nur ergänzenden Charakter.

Kommunalinvestitionsförderungsfonds

Mit dem Kommunalinvestitionsförderungsfonds stellt der Bund Mittel in Höhe von 3,5 Mrd. € für finanzschwache Kommunen als

Sondervermögen im Rahmen des „Gesetzes zur Förderung von Investitionen finanzschwacher Kommunen und zur Entlastung von Ländern und Kommunen bei der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern“ zur Verfügung. Rund 1,126 Mrd. € entfallen auf Nordrhein-Westfalen.

Mit dem Gesetz zur Umsetzung des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen (KInvFöG NRW) werden Regelungen zur weiteren Umsetzung in NRW getroffen. Nach dem Verteilungsschlüssel entsprechend der Kriterien des Gemeindefinanzierungsgesetzes (GFG) sollen 385 von 427 Kommunen Mittel aus dem Kommunalinvestitionsförderungsfonds erhalten. Davon fließt die Hälfte des Geldes an 16 Kommunen, 75 Prozent der Mittel verteilen sich danach auf 58 Kommunen.

Das zugrunde liegende Bundesgesetz führt aus, dass die Finanzhilfen ausdrücklich auch Investitionen in Krankenhäuser umfassen. Auch werden die Mittel trägerneutral gewährt. Eine direkte Bereitstellung von Mitteln aus dem Kommunalinvestitionsförderungsfonds für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser im Sinne eines Vorwegabzugs – wie von der KGNW vorgeschlagen – erfolgt nicht.

Die KGNW hat Krankenhäusern in finanzschwachen Kommunen empfohlen, sich mit konkreten Investitionsprojekten direkt an die kommunalpolitischen Entscheidungsträger vor Ort zu wenden, da dies der einzig mögliche Weg ist, an Mittel aus dem Kommunalinvestitionsförderungsfonds zu gelangen.

Mit Schreiben vom 18.08.2015 hat sich die KGNW zudem an die Bürgermeister, Oberbürgermeister und Landräte mit Zuständigkeitsbereich für Krankenhäuser vor Ort entsprechend der als finanzschwach gelisteten Gebietskörperschaften gewandt. Die Adressaten sollten damit über den Kommunalinvestitionsförderungsfonds sowie die trägerübergreifende Teilhabemöglichkeit der Krankenhäuser informiert werden. Außerdem wurde die Bedeutung der Krankenhäuser vor Ort anhand einiger Eckdaten aufgezeigt.

Am 08.10.2015 ist das KInvFöG NRW in Kraft getreten. Mit dem Gesetz werden die für NRW zur Verfügung stehenden rund 1,126 Mrd. € auf finanzschwache Kommunen verteilt. Welche Kommunen in NRW als finanzschwach gelten und welche Finanzmittel diese aus dem „Kommunalinvestitionsförderungsfonds“ erhalten können, das ist einer Auflistung in der Anlage zum KInvFöG NRW zu entnehmen.

Investitionsbewertungsrelationen (IBR)

Nach der erstmaligen Veröffentlichung eines IBR-Kataloges im Jahre 2014 wurde am 03.02.2015 der Katalog der Investitionsbewertungsrelationen 2015 durch das InEK präsentiert. Im Vergleich zum Vorjahr blieben die Vorgehensweise bei der Datenzusammenstellung in den Krankenhäusern, die Datenprüfung und Erstellung der Kalkulationsbasis im InEK, der Berechnung der Bezugsgröße und der Bewertung der Zusatzentgelte unverändert. Insgesamt haben

44 Krankenhäuser erfolgreich an der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen teilgenommen. Bei der Erstkalkulation im Jahre 2014 waren es 39 Krankenhäuser.

Die zentrale Weiterentwicklung des Kataloges im Vergleich zum Vorjahr besteht in der Einführung einer verweildauerbezogenen Komponente. Anders als im Katalog 2014 sind im Katalog 2015 nun für alle bewerteten vollstationären Leistungen Investitionsbewertungsrelationen sowohl je Fall als auch je Berechnungstag ausgewiesen. Dies ermöglicht eine bessere differenzierte Zuordnung der Investitionsanteile zu den Krankenhausleistungen in Verbindung mit der jeweiligen Verweildauer. Die effektive Bewertungsrelation ist individuell für jeden einzelnen vollstationären Fall durch Addition der Bewertungsrelation/Fall mit der n-maligen ($n = \text{Anzahl Verweildauertage}$) Bewertungsrelation/Tag zu ermitteln. Bei unbewerteten vollstationären Leistungen der Anlage 3a des Fallpauschalenkataloges sind die Bewertungsrelationen unverändert sowohl je Fall als auch je Berechnungstag ausgewiesen. Teilstationäre Leistungen werden im Katalog der Investitionsbewertungsrelationen, unabhängig davon, ob sie bundesweit bewertet oder nicht bewertet werden konnten, mit einer Bewertungsrelation je Tag abgebildet. Sofern für die Leistungserbringung eine spezifische Anlagenausstattung notwendig ist, wurden vom InEK ebenfalls die Leistungen der Zusatzentgelte in die Kalkulation mit einbezogen. Die Vorgehensweise erfolgte dabei analog zur Berechnung der voll- bzw. teilstationären Entgelte.

Neben dem Katalog der Investitionsbewertungsrelationen hat das InEK die Bezugsgröße für das Jahr 2015 veröffentlicht. Diese spiegelt die mittleren Investitionskosten je Fall wider und gibt somit einen Anhaltspunkt der notwendigen Investitionsmittel für ein Haus, ein Bundesland oder insgesamt in Deutschland, um den jährlichen Investitionsbedarf zu decken. Die vom InEK veröffentlichte Bezugsgröße 2015 als mittlere Investitionskosten je Fall beträgt: 313,07 € (2014: 286,06 €). Damit ist die Bezugsgröße im Vergleich zum Vorjahr um 9,4 % gestiegen. Die Ursache liegt in teilweise deutlich erhöhten Kostensätzen einzelner Module mit besonders hohem Leistungsvolumen (z. B. Gebäude Normalstation). Berechnet werden diese mittleren Investitionskosten 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 DRG der Anlage 3a. Nicht enthalten sind teilstationäre Fälle, rein vorstationäre Fälle und Begleitpersonen. Legt man diese Fallmengendefinition für die § 21-Daten des Jahres 2013 zugrunde, so ergeben sich ca. 18,1 Mio. DRG-Fälle. Hierin einbezogen sind alle DRG-Fälle, auch die der Universitätskliniken.

Mit der ausgewiesenen Bezugsgröße von 313,07 € wird das Mindestfördervolumen in Höhe von bundesweit 6 Mrd. € erneut bestätigt. Nicht berücksichtigt ist hierbei der jährliche Investitionsbedarf für die Bereiche der Bundespflegesatzverordnung, Ausbildungsstätten, Forschung und Lehre.

Kampagne für mehr Investitionen

Der Vorstand hat in seiner 230. Sitzung am 24.09.2015 beschlossen, die „Kampagne für mehr Investitionen“ für den Zeitraum 2015 bis 2017 zu realisieren. Die Agentur für Strategieberatung ELEPHANT-LOGIC und die Agentur für Kommunikation KOMPAKTMEDIEN haben gemeinsam mit der Geschäftsstelle ein Kampagnenkonzept erarbeitet, um das Thema Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser vor der Schuldenbremse 2020 deutlich in den Fokus der öffentlichen Debatte in NRW zu rücken. Projektstart war der 25.09.2015.

In der Auftaktveranstaltung „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ am 23.10.2015 in Neuss, bei der zahlreiche Krankenhäuser und Krankenhausverbände vertreten waren, ist die „Kampagne für mehr Investitionen 2015 bis 2017“ vorgestellt worden.

Neben der deutlichen Adressierung der strukturellen Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser und deren Folgen sieht das Kampagnenkonzept insoweit auch eine deutliche Adressierung der Chancen, die mit Investitionen in die Krankenhäuser verbunden sind, vor.

Das Kampagnenkonzept beinhaltet zielgruppenspezifisch jeweils unterschiedliche Phasen und Formen des politischen und öffentlichkeitswirksamen Handelns.

Um den Bedarf an Klinikinvestitionen und ihre Bedeutung anhand konkreter Zahlen zu belegen, wird das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) im Auftrag der KGNW als Phase 1 der Kampagne eine flächendeckende Studie in NRW durchführen („Investitionsbarometer NRW“).

Das „Investitionsbarometer NRW“ wird fundiertes, empirisch erhobenes sowie ermittel-



In der Auftaktveranstaltung „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ am 23.10.2015 in Neuss hat die KGNW die „Kampagne für mehr Investitionen 2015 bis 2017“ vorgestellt.

tes Zahlenmaterial zum tatsächlichen Investitionsgeschehen und zum Investitionsbedarf sowie insbesondere der sich daraus ergebenden Defizite im Krankenhausbereich – aber auch Stimmungen aus den Krankenhäusern – transportieren. Weiterhin wird ein Zusammenhang zwischen der Wertschöpfung in einer Region bezogen auf Investitionen und den Krankenhausstandort untersucht werden. Damit wird auch die wirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser hervorgehoben werden.

Im Unterschied zu den aktuell bereits verfügbaren Informationen zum Thema „Investitionsfinanzierung“ wird das „Investitionsbarometer NRW“ einen klaren NRW-Bezug aufweisen und konkret auf die maßgeblichen Zielgruppen zugeschnitten werden.

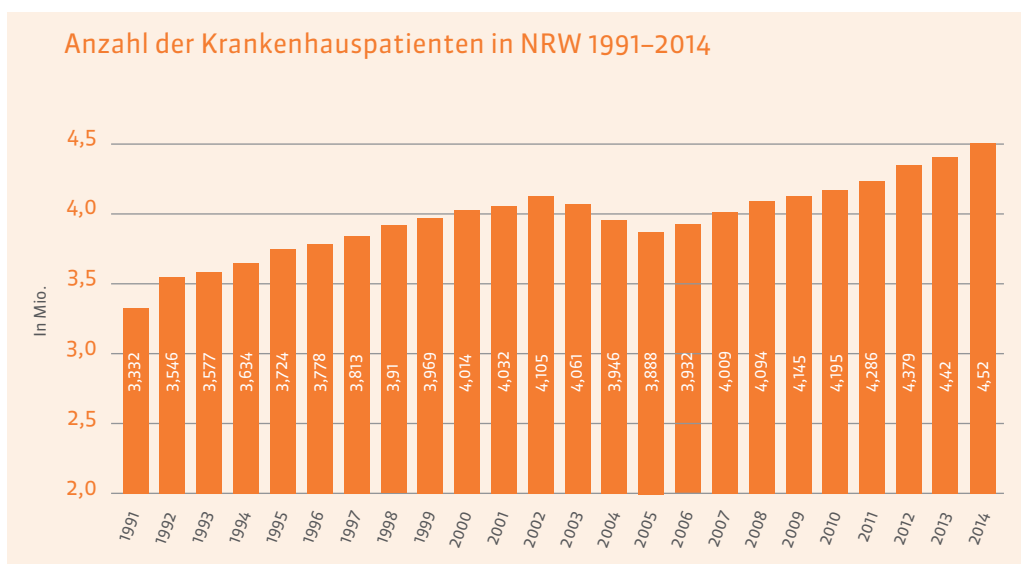
Mit Schreiben vom 26.10.2015 hat die KGNW die Geschäftsführungen der Krankenhäuser

deshalb gebeten, an einer Online-Befragung zum „Investitionsbarometer NRW“ teilzunehmen und einen Ansprechpartner zu benennen, der vom RWI individuelle Zugangsdaten für den Online-Fragebogen per E-Mail erhält.

Mittlerweile ist die Online-Befragung ange laufen und die Krankenhäuser haben bis Mitte Dezember 2015 Zeit, den Fragebogen zu beantworten. Anschließend werden die Daten vom RWI aufbereitet. Die Ergebnisse sollen im Frühjahr 2016 vorliegen.

Disease-Management-Programme (DMP)

Durch die am 19.07.2012 in Kraft getretene Richtlinie des G-BA zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL) und die am 01.07.2014 in Kraft getretene



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2014

Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2S GB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) wurden neben der Anpassung der Rahmenvereinbarungen auch Anpassungen der Gesellschaftsverträge der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung Disease-Management-Programme und der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme erforderlich. Die rein redaktionellen Änderungen wurden wie bereits 2013 in Form eines Nachtrages vorgenommen.

Die Gesellschaftsverträge wurden zum 01.07.2015 beim Bundesversicherungsamt vorgelegt.

Die Anpassungen der Rahmenvereinbarungen der DMP Koronare Herzkrankheit (DMP KHK) und Diabetes mellitus Typ 1 (DMP DM Typ 1) wurden dem Bundesversicherungsamt ebenfalls zum 01.07.2015 vorgelegt. Die fristgerechten Anpassungen der Verträge sind im September bzw. Oktober 2015 vom BVA bestätigt worden.

Ausgleichsfonds

Verhandlungen zum Ausgleichsfonds 2016

Gemäß der Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sowie die Festlegung des Ausbildungszuschlags für Ausbildungsstätten der in § 2 Nr. 1 a KHG genannten Berufe (Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 KHG) vom 20.12.2007 und den hierin zwischen den Verbänden der Kostenträger sowie der KGNW vereinbarten Verfahrensregelungen hat die KGNW die Datenerhebung zur Umsetzung des Ausgleichsfonds 2016 abgeschlossen.

Die Krankenhäuser in NRW sind mit Schreiben vom 23.06.2015 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 2016 nach § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 KHG i. V. m. der Vereinbarung vom 20.12.2007 zu § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 bis 3 KHG getroffen.

Weiterhin wird die Liste der einzubeziehenden Krankenhäuser für die Umsetzung des Ausgleichsfonds im Jahr 2016 ebenfalls wieder mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) abgestimmt.

Ausgleichsverfahren für das Wirtschaftsjahr 2014

Für das Ausgleichsjahr 2014 ist es aufgrund der sich abzeichnenden Liquiditätssituation des Fonds möglich, den Ausgleich mit den Krankenhäusern durchzuführen und zum 31.12.2015 das Jahr 2014 ausgleichstechnisch abzuwickeln.

Sobald die Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2016 geschlossen und der zuständigen Landesbehörde gem. § 17a Abs. 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 bzw. bei ausbildenden Krankenhäusern über die jeweilige Höhe der monatlichen Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds.

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

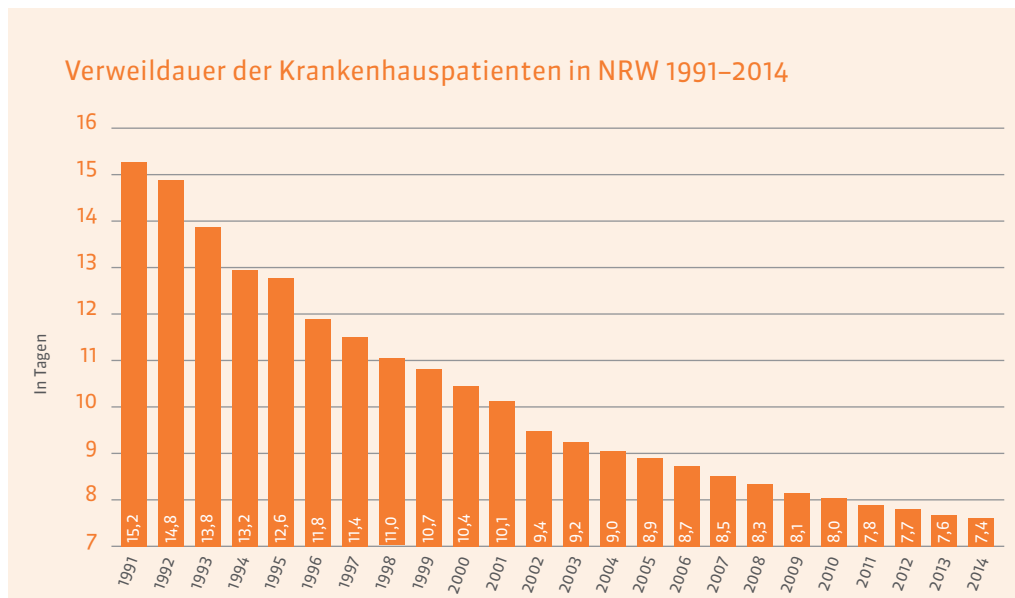
Sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die in 2014 begonnene Aufgabe weitergeführt, die drei bestehenden sektorenspezifischen Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zu harmonisieren und in einer gemeinsamen sektorenübergreifenden QM-Richtlinie zusammenzufassen.

Die KGNW hat die DKG in diesem Diskussionsprozess begleitet. Leider wird die Richtlinie, entgegen dem Bestreben der DKG und der KGNW, die sich für eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der methodischen Umsetzung der Qualitätsmanagements eingesetzt hatten, den Einsatz konkreter QM-Instrumente fordern. Insbesondere

die Anwendung von adaptierten WHO-OP-Checklisten zur Vermeidung von Patienten- und Seitenverwechslungen wurde mit großem politischen Druck vom BMG, einigen Parlamentariern und den Patientenvertretern im G-BA gefordert.

Am 09.05.2014 sind die DKG-Positionen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit im Rahmen eines Krankenhaus-Qualitätstags in Berlin vorgestellt worden. Der DKG-Vorstand hatte die Arbeitsgruppe beauftragt, die schrittweise Umsetzung dieser Positionen vorzubereiten. Hierzu gehörten die Befassung mit Hygieneberichten und Leitlinien zur rationalen Antibiotikatherapie im Krankenhaus, mit dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, der Umsetzung im GKV-Versorgungs-



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2014

stärkungsgesetz und später dann im Krankenhausstrukturgesetz sowie mit der Gründung

des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

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 3,24 Mio. Datensätze zu 416 Qualitätsindikatoren erhoben, davon über 731.562 in Nordrhein-Westfalen. Sie bilden

die Basis eines umfassenden Qualitätsvergleichs, der auch international einzigartig ist. Die QS-Arbeitsgruppen führen mit den Krankenhäusern einen intensiven Strukturierten Dialog, um aus auffälligen Ergebnissen zu lernen. Auf der 13. Ergebniskonferenz am 23.09.2015 in Münster wurden die aktuellen Ergebnisse vorgestellt und diskutiert (siehe gesonderten Abschnitt dazu).

Datenerfassung (Verfahrensjahr 2014)

An dem externen stationären Qualitätssicherungsverfahren gem. § 137 SGB V haben sich für das Verfahrensjahr 2014 insgesamt 362 Krankenhäuser mit 437 Standorten in Nordrhein-Westfalen beteiligt. Von diesen wurden in den 20 auf Landesebene betreuten indirekten Leistungsbereichen 731.562 Datensätze (2013: 706.363; + 3,6 %) für die Berechnung der Qualitätsindikatoren mit zusammen 375 Qualitätsindikatoren nach

einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert. Auf dieser Datenbasis wurden von der Geschäftsstelle QS-NRW 4.800 Klinikauswertungen (2013: 4.199) elektronisch an die Kliniken versandt. In den zehn auf Bundesebene betreuten direkten Leistungsbereichen kommt noch einmal eine größere Anzahl von Datensätzen für 150 Qualitätskennzahlen hinzu.

Datenvalidierung (Verfahrensjahr 2014)

Im Rahmen der Datenvalidierung in den Leistungsbereichen „Herzschrillmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)“, „Nierentransplantation (NTX)“ und „Leberlebendspende (LLS)“ wurden in zufällig ausgewählten Krankenhäusern Da-

tsätze aus den Patientenakten erneut erfasst und mit der ursprünglichen QS-Dokumentation verglichen. Es wurden keine systematischen Falschdokumentationen festgestellt. Bereits zum vierten Mal wurde im Rahmen des Strukturierten Dialogs auch

nach den Ursachen von „Über- und Unterdokumentation“ gefragt, d. h., welche Gründe dazu führen, dass mehr oder weniger Daten-

sätze dokumentiert wurden als in der Sollstatistik dargelegt.

Strukturierter Dialog (Verfahrensjahre 2014 und 2013)

In 4.075 Fällen (2013: 4.110) wurde in NRW aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten der Strukturierte Dialog eingeleitet. In diesem Zuge wurden 1.602 Hinweise (2013: 1.692) versandt und 2.473 Stellungnahmen (2013: 2.478) angefordert. Dabei zeigte sich erneut, dass die Kliniken die Qualität der Leistungserbringung kontinuierlich verbessert haben.

Im Rahmen des Strukturierten Dialoges werden Krankenhäuser auf Auffälligkeiten hingewiesen, zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, in 33 Fällen (Verfahrensjahr 2013) ergänzend Klinikgespräche geführt und bei Verbesserungsbedarf Zielvereinbarungen (n = 501; Verfahrensjahr 2013) geschlossen.

Abschlussbericht über den Strukturierten Dialog zum Verfahrensjahr 2013

Von der Geschäftsstelle QS-NRW wurde ein Bericht über die Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen für das Verfahrensjahr 2013 in der vorgegebenen bundeseinheitlichen Form erstellt und an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesandt. Der

Bericht enthält u. a. auch Detailanalysen zu 13 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 (QS-NRW)

Die Qualitätsinitiative NRW fokussiert den Strukturierten Dialog auf ausgewählte Qualitätsindikatoren mit Verbesserungspotenzial. Dazu werden Themenschwerpunkte gesetzt, mit konkreten Zielen verbunden und dadurch konkrete Qualitätsverbesserungsmaßnahmen initiiert. Als Erfolg konn-

ten durchweg Verbesserungen in den Ergebnissen der Qualitätssicherung erreicht werden. Der Lenkungsausschuss und die medizinischen Arbeitsgruppen haben sich für eine Fortsetzung mit einer Neuauflage ausgesprochen. Für die Verfahrensjahre 2015 und 2016 werden die Arbeitsgruppen,

die AG QS-NRW und der Lenkungsausschuss QS-NRW weitere Indikatoren für die Quali-

tätsinitiative NRW auswählen.

„Schneller besser“: 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 fle-

xibilisiert, 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. Auf der Ergebniskonferenz QS-NRW am 23.09.2015 wurden erste Ergebnisse aus der Orthopädie/Unfallchirurgie vorgestellt. Die „Feldphase“ ist zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht abgeschlossen und die Ergebnisse werden Anfang 2016 analysiert.

13. Ergebniskonferenz QS-NRW am 23.09.2015 in Münster

Die 13. Ergebniskonferenz QS-NRW am 23.09.2015 in Münster wurde von 230 Teilnehmern aus Krankenhäusern, Selbstverwaltung und Politik besucht.

Die Eröffnung am Vormittag stand im Zeichen des Konferenzmottos „IQTIG – neue Wege, neue Qualität?“, das von Herrn Dr. Windhorst (Ärztekammer Westfalen-Lippe), Herrn Süllwold (vdek-Landesvertretung NRW), Herrn Fischer (KGNW), Herrn Dr. Veit (IQTIG), Herrn Trenner (ehemaliger Koordinator Patientenvertretung im G-BA) und Herrn Prof. Schreyögg (Universität Hamburg) aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und

in einer anschließenden Podiumsdiskussion vertieft wurde.

Am Nachmittag wurden in Workshops die Ergebnisse des Verfahrensjahrs 2014 und aktuelle Entwicklungen in den vier Themenfeldern „Kardiologie“, „Ambulant erworbene Pneumonie“, „Gynäkologie, Geburtshilfe und Neonatologie“ sowie „Chirurgie und Orthopädie“ intensiv diskutiert. Zusätzlich wurde in diesem Jahr erstmals ein Workshop für QS-Einsteiger angeboten, der ausgesprochen gut angenommen wurde und eine positive Resonanz seitens der Teilnehmer ergab.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

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

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 wurden die Voraussetzungen geschaffen, sektorenübergreifend die Qualität der Leistungserbringer zu überprüfen (vgl. Begründung zum GKV-WSG). Im Jahr 2010 hatte der G-BA die Richtlinie „Richtlinie gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V“ (Qesü-RL) verabschiedet.

Der G-BA hat am 18.06.2015 die themenspezifische Bestimmung „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ im Rahmen der Qesü-RL beschlossen. Die Datenerfassung soll zum 01.01.2016 beginnen.

KG NW betreibt Datenannahmestelle Krankenhaus für sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Finanzierung noch nicht gesichert

Für die Krankenhäuser in NRW wird es zur Annahme von Daten für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung eine neue Datenannahmestelle geben. Diese Datenannahmestelle für die Krankenhäuser soll durch die KG NW betrieben werden. Dies hat der Vorstand der KG NW in seiner 230. Sitzung am 24.09.2015 noch einmal bestätigt

und die Geschäftsstelle mit der Einrichtung der Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS KH) im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsrichtlinie (Qesü-RL) beauftragt.

Es wurde ein Projektplan erstellt und ein Angebot vom BQS-Institut zur Umsetzung der Datenannahmestelle eingeholt. Aufgrund der immer noch ungelösten Finanzierungsfrage konnte aber die Beauftragung des Dienstleisters noch nicht erfolgen.

Dennoch soll durch Information der Krankenhäuser und der Softwarehersteller sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser in die Lage versetzt werden, ab dem 01.01.2016 die PCI-Fälle zu dokumentieren. Erste Datenlieferungen über die Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle IQTiG sollen aber erst nach Klärung der Finanzierungsfrage erfolgen. Die KG NW fordert gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen beider Landesteile wie alle anderen Leistungserbringer, dass die Finanzierung der Kosten für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung allein durch die Kostenträger sichergestellt wird.

QR-Check: Qualitätssicherung mit Routinedaten

Im Berichtszeitraum 2015 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, welche die Krankenhäuser für das interne Qualitätsmanagement und die Qualitätsdiskussionen mit den Krankenkassen, insbesondere im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen, nutzen können.

Im Jahr 2015 wurden zehn Patientensicherheitsindikatoren der US-amerikanischen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), die für QR-Check übersetzt und in

die deutschen Klassifikationen übertragen worden waren, in das QR-Check-Indikatorenset aufgenommen. Außerdem wurden zehn ausgewählte Indikatoren der Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK) in das QR-Check-Indikatorenset integriert.

Im Zuge der Pflege und Weiterentwicklung wurde über eine Vielzahl von Änderungswünschen der Anwender von QR-Check-Indikatoren beraten. Die beschlossenen Änderungen werden für die Ganzjahresauswertungen 2015 zur Verfügung stehen.

Seit Juli 2015 sind die G-IQI-Indikatoren in Version 4.2 veröffentlicht. Die KGNW wird in Absprache mit dem Zweckverband Rheinland die Umstellung der G-IQI-Indikatoren im QR-Check-Indikatorenset umsetzen. Ziel ist, auch diese für die Ganzjahresauswertungen 2015 zur Verfügung zu stellen.

Transplant-Check: Pflichtenheft für ein Update erarbeitet

Vor sechs Jahren hatte die KGNW gemeinsam mit der DSO auf Anregung der Krankenhauspraxis das Softwaretool „Transplant-Check“ programmieren lassen, mit dem aus den § 21-Datensätzen mittels eines ICD-Filters retrospektiv potentielle Organspender identifiziert werden können. Grundlage für die Software „Transplant-Check“ sind Filterkriterien der Bundesärztekammer, ergänzt um verschiedene Ausschlusskriterien und Kontraindikationen. Die erkannten Fälle sind einer weiteren genaueren Akten- und

Fallanalyse zu unterziehen, um die tatsächliche Eignung der aufgelisteten Fälle für eine Organentnahme festzustellen.

Die KGNW hat in Abstimmung mit der DSO zur Weiterentwicklung des Softwaretools „Transplant-Check“ ein Softwarepflichtenheft erstellt. Auf dieser Grundlage soll die in die Jahre gekommene Software so weiterentwickelt werden, dass sie auch auf den neuen Betriebssystemen funktioniert.

Strukturierter Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V

Im Jahr 2015 sind die Krankenhäuser verpflichtet, bis spätestens 15.11.2015 einen Strukturierten Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V für das Jahr 2014 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 2014 im Vergleich zum Vorjahr um Angaben zum Risiko- und Beschwerdemanagement erweitert.

Betreuung bei Fragen zur Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichtes

Die KGNW hat am 13.05.2015 in Herne auf einer Informationsveranstaltung und im Weiteren auch durch Rundschreiben über Zeitplan und Fristen sowie über die wesentlichen Änderungen bei der Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts informiert. Mehr als 100 Mitarbeiter aus NRW-Krankenhäusern nutzten dieses Angebot.

Krankenhäuser haben die Möglichkeit, den Strukturierten Qualitätsbericht mit dem Online-Erfassungstool Internet Portal Qualitätsbericht (IPQ) der Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) kostenlos zu erstellen. Die Daten können von mehreren Personen dezentral bearbeitet werden. 285 Krankenhäuser in NRW nutzen dieses Tool. Die KGNW unterstützte die Krankenhäuser in NRW bei der Erstellung der Qualitätsbe-

richte durch telefonische und elektronische Beratung bis zum letzten Abgabetermin am 15.11.2015.

Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Sanktionen nach § 8 Abs. 1 Qb-R

Nach § 8 Abs. 1 Qb-R veröffentlicht der G-BA ab dem Berichtsjahr 2013 jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nicht ordnungsgemäß geliefert haben.

In einer vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellten Auffälligkeitsliste finden sich 43 Krankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen, die nach Ansicht der Krankenkassen den Qualitätsbericht nicht ordnungsgemäß geliefert haben. Häufigster Grund ist, dass für Tageskliniken, die keine vollstationären Fälle behandeln, kein gesonderter Qualitätsbericht abgegeben wurde.

Die Krankenhäuser waren verpflichtet, bis zum 30.07.2015 eine Stellungnahme abzugeben, und sind dieser Pflicht in der Regel fristgerecht nachgekommen. Die KGNW hat alle betroffenen Krankenhäuser angeschrieben, informiert und bei Bedarf beraten.

Der G-BA hat den Begriff „Standort“ bis jetzt nicht ausreichend eindeutig definiert und bei den Mitgliedern der G-BA-Gremien bestehen hierzu unterschiedliche Auffassungen und Standpunkte. In mehreren Sitzungen hat der G-BA nun jeden einzelnen Fall dis-

kutiert. Eine endgültige Entscheidung steht noch aus.

Die KGNW hat bei der DKG die Forderung eingebracht, dass für alle Krankenhäuser, über deren Stellungnahmen zu der Sanktionsregelung in § 8 Abs. 1 Qb-R für nicht ordnungsgemäß gelieferte Qualitätsberichte 2013 und 2014 bis zum 23.08.2015 nicht abschließend vom G-BA entschieden wurde, die Sanktionsvorschriften des § 8 Abs. 1 Qb-R für die Qualitätsberichte 2014 ausgesetzt werden sollen. Die DKG wird diesen Antrag nach einer G-BA-Entscheidung anbringen.

Deutsches Krankenhausverzeichnis: Aktualisierung der Daten zu Struktur und Leistungsspektrum

Auch im Jahr 2015 hatten die Krankenhäuser die Möglichkeit, aktuelle Leistungsdaten und Änderungen in der personellen und organisatorischen Struktur ihres Hauses in das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) einzupflegen. Dabei hat die KGNW ihre Mitglieder durch telefonische und elektronische Beratung unterstützt.

Onkologische Qualitätssicherung

Direktmeldung an das Epidemiologische Krebsregister NRW (EKR)

Krankenhäuser, die bisher nicht über das indirekte ONDIS-Verfahren an das Epidemiologische Krebsregister NRW (EKR) gemeldet hatten, haben in den zurückliegenden zwei Jahren sukzessive die Voraussetzungen für Direktmeldungen geschaffen. Der Anteil der direkten Inzidenzmeldungen ist dadurch deutlich gestiegen. Zum Stichtag 21.10.2014, zu dem dieser Prozess noch nicht abgeschlossen war, waren bereits 257.308 Direktmeldungen aus Krankenhäusern beim EKR eingegangen. Insgesamt waren 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 weitreichend

vollzähligen und flächendeckenden Erfassung inzidenter Krebsneuerkrankungen in Nordrhein-Westfalen beigetragen.

Landeskrebsregister NRW: Epidemiologisches Krebsregister und Klinisches Krebsregister unter dem Dach der EKR gGmbH

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 hat an der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Krebsgesellschaft NRW mitgearbeitet und am 31.01.2014 gemeinsam mit der Krebsgesellschaft NRW, 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 Forderungen der KGNW für ein Klinisches Krebsregister in NRW.

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

Nachdem das MGEPA im Jahr 2014 in Vorbereitung der gesetzlichen Grundlage kurzfristig mit dem Anliegen an die Gesellschafter herangetreten war, ihre Gesellschaftsanteile auf das Land NRW zu übertragen, wurde diese Übertragung im 2. Quartal 2015 vollzogen. Das Land hatte hierbei die Zusage gegeben, dass die bisherigen fachlichen Einwirkungs- und Mitsteuerungsmöglichkeiten der Gesellschafter auch nach der Übertragung weitestgehend erhalten bleiben.

Im Laufe des Jahres 2015 wurden weitere Teile des Gesetzestextes fertiggestellt. Die KGNW konnte im Rahmen einer Fachanhörung durch das MGEPA am 13.05.2015 und einer Verbändeanhörung durch den Gesundheitsausschuss des NRW-Landtags am 21.10.2015 zu dem Gesetzestext Stellung nehmen. Die schriftlichen Stellungnahmen wurden dabei jeweils gemeinsam mit den Leistungserbringerorganisationen und Krankenkassen unter Federführung der Krebsgesellschaft NRW abgestimmt. Auf diese Weise konnten die zentralen Anliegen der KGNW durchdringen.

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegt der Gesetzestext für die abschließende Lesung im Landtag noch nicht vor. Derzeit ist mit einem Inkrafttreten zum 01.04.2016 oder 01.07.2016 zu rechnen. Ab dem Inkrafttreten werden umfassende Dokumentations- und Meldepflichten auf die Krankenhäuser zukommen. Gleichzeitig werden bis Ende 2017 umfassende Strukturen zur sektoren- und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung aufgebaut, die eine regionalisierte Weiterentwicklung einer vernetzten onkologischen Versorgung ermöglichen werden.

9. Krankenhaus-Qualitätstag NRW



Patientensicherheit, Risikomanagement sowie die neue Qualitätsmanagement-Richtlinie für Krankenhäuser waren die Themen des 9. Krankenhaus-Qualitätstages am 20.10.2015 im St. Anna-Hospital in Herne.

Herr Dr. Christof Veit, der Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) referierte über die Rolle, die sein Institut im zukünftigen Qualitätswettbewerb einnehmen will. Anschließend stellte Herr Prof. Eugene Nelson von der Dartmouth Medical School in New Hampshire vor, wie von Patienten berichtete Ergebnisqualitätsindikatoren zur Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt werden können.

Im Nachmittagsworkshop „Qualität – transparent nach innen und außen“ wurde neben den Qualitätsinitiativen „QR-Check“ und „Stiftung Initiative Qualitätskliniken“, die Routinedaten zur Qualitätsverbesserung einsetzen, auch das Pilotprojekt zum Strukturierten Dialog 2.0 (Unfallchirurgie/Orthopädie) der externen stationären Qualitätssicherung vorgestellt.

Unter dem Titel „Qualität – mit Methode und System“ wurden in einem weiteren Work-

shop die wesentlichen Neuerungen bei der KTQ-Zertifizierung und bei der DIN EN ISO 9001:2015 erläutert. Zudem wurde über den konsequenten Einsatz von Risikoaudits zur Verbesserung der Patientensicherheit berichtet.

Im Workshop „Qualität – einrichtungs- und sektorenübergreifend“ wurde ein sektorenübergreifend konzipierter Behandlungspfad für neurologische Erkrankungen (Schlaganfall) vorgestellt. Außerdem stellten zwei einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppen von Qualitätsmanagern ihre Aktivitäten dar.

Zum Abschluss ging Herr Prof. Dr. Ralf Waßmuth, Vorsitzender der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), der Frage nach, unter welchen Bedingungen Zertifizierungen verlässliche Aussagen zur Qualität der medizinischen Behandlung machen können.

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



Der diesjährige CIRS-Gipfel NRW fand am 30.09.2015 im Universitätsklinikum Düsseldorf statt und wurde von der KGNW organisiert.

Das in 2012 von den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und der KGNW gestartete Projekt CIRS-NRW ist das erste landesweite einrichtungs- und sektorenübergreifende internetbasierte Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Gesundheitsversorgung. Auf www.cirs-nrw.de haben alle Professionen der Gesundheitsversorgung in NRW die Möglichkeit, kritische Ereignisse bei der Behandlung von Patienten zu berichten. Inzwischen sind 515 Berichte eingestellt und bewertet. Zu Beginn dieses Jahres hat die KGNW die Koordinationsfunktion für das Projekt übernommen. Der Dienstleistungsvertrag zwischen den CIRS-NRW-Partnern und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität (ÄZQ) zur Betreuung von CIRS-NRW wurde bis zum 30.10.2018 verlängert. Die aus Vertretern der CIRS-NRW-Partner und Qualitäts- bzw. Risikomanagern aus Krankenhäusern und Praxen gebildete „CIRS-Gruppe

NRW“ wählt aus den bei CIRS-NRW eingegangenen Meldungen besonders lehrreiche Fälle aus und kommentiert diese Fälle als „Bericht des Quartals“.

CIRS-Gipfel NRW

Mehr als 200 Ärzte und Pflegekräfte sowie Angehörige weiterer Gesundheitsberufe aus Krankenhäusern und Arztpraxen diskutierten über Fehlermeldesysteme, Fehlerkultur und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung am 30.09.2015 auf dem CIRS-Gipfel NRW in Düsseldorf. Über die richtige Ausgestaltung der Prozessschritte „Melden, Analysieren, Verbessern und Kommunizieren“, die für das erfolgreiche Betreiben eines Fehlermeldesystems (CIRS) ausschlaggebend sind, wurde in den Workshops diskutiert. Die Ergebnisse wurden in kurzen „Take Home Messages“ für die Praxis zusammengefasst.

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 trug im vergangenen Jahr mit der Ausrichtung der behandelten Themen der zunehmenden Verzahnung der Themenfelder Informationstechnik und Medizintechnik Rechnung.

Fachtagung „Praxisdialog Krankenhaus-IT und -Medizintechnik 2015“

Im Januar veranstaltete die KGNW erstmalig eine Fachtagung unter dem Motto „Praxisdialog Krankenhaus-IT und -Medizintechnik“. Die erfolgreiche Veranstaltung bot rund 100 Teilnehmern, darunter IT-Leitern, Medizintechnik-Leitern, Geschäftsführern und Verbandsvertretern, praxisnahe Vorträge zu aktuellen Themen der Krankenhaus-IT und -MT. Der Schutz kritischer Infrastrukturen war ein zentrales Thema, aber auch das Thema „Datenschutz – Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme“ wurde intensiv diskutiert. Abgerundet wurde die Veranstaltung durch Eingangsvorträge zu aktuellen Entwicklungen und Zusammenschlüssen im Bereich der Krankenhaus-IT sowie durch einen Workshop zur zunehmenden Vernetzung im Krankenhaus mit den Schwerpunkten Mobile Devices, WLAN im Krankenhaus und Integration von Medizintechnik und Informationstechnik.

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

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) schreitet weiter voran. Für die Erprobung des Online-Rollout Stufe 1 (ORS1) sind in den Testregionen Nordwest und Südost insgesamt elf Krankenhäuser und ca. 1.000 Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapiepraxen vorgesehen. In der ersten Erprobungsstufe wird die Aktualisierung der Versichertenstammdaten und die Basisfunktionalität „Qualifizierte elektronische Signatur“ (QeS) getestet. Die Teilnehmergebungung in der Testregion Nordwest (Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) konnte im März 2015 erfolgreich abgeschlossen werden. Aus NRW sind die folgenden Krankenhäuser für die Erprobung in der Region Nordwest vorgesehen: Clemenshospital GmbH Münster, St. Walburga-Krankenhaus Meschede GmbH, Zahnklinik des Universitätsklinikums Münster, Raphaelsklinik Münster GmbH. Weiterer Teilnehmer aus NRW ist das Universitätsklinikum Aachen, das jedoch aufgrund des verwendeten Krankenhausinformationssystems Medico technisch der Testregion Süd-ost zugeordnet ist.

In den vergangenen Monaten konnten nach einer langen Phase des Projektstillstandes einige Projekterfolge durch die gematik gemeldet werden. Auch auf politischer Ebene dynamisiert sich der Prozess rund um die

Einführung der Telematikinfrastruktur. Am 27.05.2015 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) beschlossen, das voraussichtlich zum 01.01.2016 in Kraft treten wird. Durch das E-Health-Gesetz erhalten die Organe der Selbstverwaltung wie auch die gematik klare Vorgaben und Fristen, die bei Nichteinhaltung zu Sanktionen führen werden. Aufgrund von Lieferschwierigkeiten der beauftragten Industrieunternehmen verzögert sich der für November 2015 angekündigte Start der Erprobung des ORS1 in den Testregionen und wird auf das 1. Quartal 2016 verschoben. Die KGNW begleitet den Prozess durch Mitwirkung in regelmäßig stattfindenden Workshops für die Landeskrankenhausgesellschaften in den Testregionen bei der gematik.

Elektronisches Gesundheitsberuferegister (eGBR)

Seit dem Jahr 2010 wird vom ZTG-Zentrum für Telematik und Telemedizin im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz ein bundesweites elektronisches Gesundheitsberuferegister (eGBR) 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 Kran-

kenkassen existieren, die von verschiedenen Parallelanbietern bereitgestellt werden. Für jede dieser Netzanbindungen sind Gebühren zu entrichten. Ferner ist eine Kommunikation der Leistungsanbieter untereinander bzw. 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 gematik-Projektportfolios lassen sich keine Anwendungen erkennen, die die genannten Gesundheitsfachberufe tangieren und eine unmittelbare Einbindung erfordern. Zwar schlossen sich die Krankenhausgesellschaften 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 adressiert 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 die parallel stattfindenden Online-Rollouts der gematik zu gewährleisten, um beide Prozesse symbiotisch nebeneinander zu entwickeln und keine gegenseitigen Behinderungen zuzulassen.

Die Aufträge zu den Test- und Erprobungsverfahren werden sich ab 2016 auch direkt auf die Leistungserbringer in der Testregion Nordwest auswirken. 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 (TI) 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 u. a. nutzerorientierte Telematikanwendungen wie den elektronischen Arztbrief (eArztbrief), den elektronischen Heilberufausweis (eHBA mit QES) und insbesondere die elektronische Fallakte (EFA) zu erproben.

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 seitens des Landesbeauftragten für Datenschutz eine wichtige Voraussetzung für die Einführung elektronischer Fallakten in Krankenhäusern darstellt.

Im Februar 2015 wurden die Gespräche mit dem MGEPA zur Finanzierung des Stufen-

plans wieder aufgenommen und konkretisiert. Dazu wurde seitens des Ministeriums angeregt, dass die KGNW sich gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und ersten Erprobungskrankenhäusern um Fördermittel im Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW bewirbt. Die Bewerbung unter dem Projektnamen „Hand in Hand bestens versorgt – interdisziplinäre E-Health-Dienste für die Gesundheitswirtschaft in NRW“ (kurz I/E-Health NRW) vom 12.05.2015 wurde von der Jury für die Förderung empfohlen. Das Konsortium wurde am 15.09.2015 aufgefordert, bis zum 18.11.2015 einen Förderantrag einzureichen. Im Falle der Genehmigung kann dann im Jahr 2016, parallel zur Erprobung im ORS1, durch die Umsetzung der ersten Stufe des Stufenplans eine begleitende Einführung des eArztbriefes und der EFA erfolgen (siehe Kapitel „EFRE-Förderprojekt ‚Hand in Hand bestens versorgt – interdisziplinäre E-Health-Dienste für die Gesundheitswirtschaft in NRW‘“).

Mitarbeit in den NRW-Gremien zur Einführung der eGK und im Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur 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 der zahlreichen Gremien und Arbeitsgruppen vertreten, z. B. in der ARGE eGK/HBA-NRW und im „Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur

in Nordrhein-Westfalen“. Letzterer setzt sich aus Vertretern der Ärzteschaft des stationären und ambulanten Sektors und des MGEPA sowie aus Experten zusammen und soll u. a. den Aufbau einer Telematikinfrastruktur mit dem Ziel begleiten, die Praxistauglichkeit der Telematikanwendungen in der Testregion 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.

Mitarbeit im Verein Elektronische FallAkte e. V.

Das Projekt der elektronischen Fallakte (EFA), das ab 2006 von mehreren privaten Klinikträgern mit Unterstützung des Fraunhofer-Instituts ISST in Dortmund konzipiert wurde, ist in 2015 vom Verein Elektronische FallAkte e. V., dem neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft u. a. 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 Weiterent-

wicklung von bvitg, IHE Deutschland und dem EFA-Verein unter Beteiligung der Pilotanwender für weitere Erprobungen angepasst.

Die KGNW hat ihre unterstützende Mitarbeit auch im Jahr 2015 u. a. durch ihre Mitgliedschaft und Mitarbeit im EFA-Verein und durch die Beteiligung in verschiedenen EFA- und EPA-Arbeitsgremien auf der Landesebene fortgesetzt.

EFRE-Förderprojekt „Hand in Hand bestens versorgt – interdisziplinäre E-Health-Dienste für die Gesundheitswirtschaft in NRW“

Im aktuellen Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW, der im 1. Quartal 2015 gestartet wurde, wird nach innovativen Ideen und Lösungen gesucht, die den Weg zu einer zukunftsfähigen und sektorenübergreifenden Versorgung sowie einer leistungsstarken Gesundheitswirtschaft in NRW ebnen oder fortsetzen sollen. Für den Wettbewerb stehen bis zum Jahr 2020 ca. 40 Mio. € EU-Mittel aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) zur Verfügung.

Die KGNW hat diese Möglichkeit genutzt, eine Förderung für den seit dem Jahr 2012 geplanten „Stufenplan Telematikanwendungen in NRW-Krankenhäusern“ zu beantragen.

Dies geschieht im Rahmen eines Gemeinschaftsprojekts mit dem Titel „Hand in Hand bestens versorgt – interdisziplinäre E-Health-Dienste für die Gesundheitswirtschaft in NRW“ (kurz I/E-Health NRW). Das

Projekt wird von einem Projektkonsortium, bestehend aus der KGNW, der KV-IT GmbH (gemeinsame Tochter der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe), der Healthcare IT Solutions GmbH (Tochter der Universitätsklinikum Aachen AöR), zehn Krankenhäusern (assoziiert mit drei Arztnetzen), drei Herstellern von Praxisverwaltungssystemen sowie der Fachhochschule Dortmund, beantragt und durchgeführt. Die Koordination des Projekts werden gemeinsam die KV-IT GmbH, die Healthcare IT Solutions GmbH und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. übernehmen. Strukturell wurde hierfür der „Verein zur Förderung der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung e. V.“ gegründet.

Ziel des Projektes ist, die sektorenübergreifende integrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Beteiligung aller an der Behandlung mitwirkenden Einrichtungen und Professionen aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Um diese Zusammenarbeit effizient und effektiv zu gestalten, muss die einrichtungsübergreifende Kommunikation und Dokumentation durch digitale Verfahren, z. B. mittels der elektronischen Arztbriefkommunikation und elektronischer Fall- oder Patientenakten, unterstützt werden. Alle diese Verfahren bedürfen jedoch neben einer einheitlichen technischen Infrastruktur die für bestimmte Versorgungsszenarien verfügbaren und spezifizierten Anwendungssoftwarelösungen. Als Rahmen hierfür sind technische, semantische und prozessuale Interoperabilitätsverein-

barungen notwendig. Das Projekt setzt auf bereits existierenden Elementen auf und spezifiziert nutzer- und anwendungsorientierte Adaptionen. Schlussendlich werden die Infrastruktur und Anwendungsdienste in vier Pilotregionen in NRW umgesetzt und evaluiert. Am Ende steht eine interoperable verteilte E-Health-Infrastruktur sowie der erprobte Einsatz von für die medizinische Regelversorgung der Bevölkerung bedeutsamen Behandlungsszenarien zur Verfügung, die flächendeckend in NRW, aber auch darüber hinaus etabliert werden können. Dabei wird die Migrationsfähigkeit in die Telematikinfrastruktur berücksichtigt.

Das gesamte Projektvolumen beträgt 8,4 Mio. € mit einer beantragten Förderung durch EFRE in Höhe von 4,9 Mio. €. Im Falle einer Bewilligung würden bei einem Einsatz der KGNW von jeweils 75.000 € pro Jahr über drei Jahre eine Fördersumme von 1,9 Mio. € an den Förderverein für den Aufbau der Basisinfrastruktur und die Projektkoordination und zusätzlich von 1,3 Mio. € an die zehn Krankenhäuser fließen, die sich bereitklärt haben, die Entwicklung der Anwendungen zu begleiten und ihre Pilotierung zu übernehmen.

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.

In Kooperation mit der KVWL, dem EFA-Verein, der KV Telematik GmbH, der DKG, dem Universitätsklinikum der RWTH Aachen und der Healthcare IT Solutions wurde daher im Jahr 2015 das Projekt zur gemeinsamen Erprobung sektorenübergreifender Verzeichnisdienste als Basis für einrichtungsübergreifende Mehrwertdienste, insbesondere der elektronischen Fallakte und des eArztbriefes ins Leben gerufen. Die hier geleisteten Vorarbeiten fließen nun ab März 2016 in das EFRE-Förderprojekt (siehe oben) ein.

Datenübermittlung nach § 301 SGB V – Rahmenvereinbarung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen zur Datenübermittlung von Abrech- nungsdaten

Auch im Jahr 2015 war eine Reihe von Schlüsselfortschreibungen und Nachträgen umzusetzen. Im Regelfall beinhalten diese Ergänzungen zu Entgeltschlüsseln, Korrekturen für stationäre und ambulante Entgeltarten sowie Entgeltschlüssel für neue bzw. geänderte EBM-Ziffern.

Die im Jahr 2014 abgeschlossene Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten zwischen Krankenhäusern und den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ist zum 01.10.2015 in den Produktivbetrieb gegangen. 230 Krankenhäuser aus NRW sind der freiwilligen Rahmenvereinbarung beigetreten.

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 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG“ bis zum 31.03. jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr ihre Daten zur jährlichen Kalkulation der G-DRG-Fallpauschalen an die DRG-Datenstelle zu übersenden. Seit 2010 unterliegen auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dieser Übermittlungspflicht.

Im Rahmen eines gemeinsamen Projektes der Landeskrankenhausgesellschaften 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 in 2015 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 der Argumentation der Kostenträger im Rahmen der Verhandlungen oder auch in einem potenziellen Schiedsstellenverfahren begegnen zu können. Für das Jahr 2014 stellten mehr als 95 % der dazu aufgeforderten Häuser ihre Daten für dieses Projekt zur Verfügung. Die Daten werden im Rahmen eines gemeinsamen Projektes der Landeskrankenhausgesellschaften zentral von der dazu beauftragten Deutschen Krankenhaus Trust-Center und Informationsverarbeitung GmbH

(DKTIG) in Leipzig 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)

Im Rahmen der jährlichen Datenerhebung der KGNW bezüglich der Grunddaten zur Krankenhausstatistik gem. § 3 und § 4 KHStatV haben die Mitgliedskrankenhäuser ihre Daten bis zum Berichtsjahr 2011 direkt an die KGNW übermittelt. Mit dem Ziel, dieses jährlich wiederkehrende Verfahren der Datenübermittlung für die Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger zu vereinfachen, wurde im Jahr 2012 die Möglichkeit geschaffen, dass diese Daten der KGNW über IT.NRW zur Verfügung gestellt werden. Die Datenbereitstellung erfolgt nur mit Zustimmung des jeweiligen Krankenhausträgers. Mit der Umsetzung dieser Vereinbarung wurde das Verfahren erheblich vereinfacht und die Datenbasis von IT.NRW und KGNW vereinheitlicht.

Mitarbeit in der DKG-AG „Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung“

Die KGNW hat sich aktiv an den Beratungen der DKG-Arbeitsgruppe zur geplanten Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung beteiligt. Der Wunsch der Landesämter für Statistik nach mehr Transparenz im Bereich der ambulanten Leistungserbringung macht jedoch in erster Linie eine umfassende Transparenz im vertragsärztlichen Bereich erforderlich. Allein in der KHStatV wird man diesem Wunsch nicht umsetzen können. Hierauf haben KGNW und DKG in den Beratungen des Novellierungsverfahrens immer wieder hingewiesen. Darüber hinaus steht seitens des Statistischen Bundesamtes der Wunsch nach einer sehr weitgehenden Erweiterung im Bereich des Krankenhauspersonals. Die AG hat bei einem Treffen in Berlin zu beiden Punkten Bedenken geäußert, die über die DKG in die Diskussionen eingeflossen sind. Die Ergebnisse zu einem vermutlich erfolgten Testdurchlauf vom Statistischen Bundesamt im Freistaat Sachsen sind bisher nicht kommuniziert worden.

Datenerhebung für die Verhandlungen zum landesweiten Basisfallwert

Zur Vorbereitung der Verhandlungen zum Landesbasisfallwert erhebt die KGNW in jedem Jahr die Vereinbarungsdaten der 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 krankhausindividuellen Entgelten

Die KGNW führt seit mehreren Jahren eine Datensammlung zu den vereinbarten krankhausindividuellen Entgelten nach § 6 Abs. 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 2015 erfolgte die Bekanntgabe der Auswertungsergebnisse für das Budgetjahr 2014 im Juli.

ZTG-Kongress „eHealth.NRW“ am 16.09.2015 in Düsseldorf

In den vergangenen Jahren veranstaltete das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) zusammen mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) im September die „IT-Trends/Health

Telematics“ in Essen. Diese Veranstaltungsreihe wurde in diesem Jahr durch ein neues, kostenloses Veranstaltungsformat mit dem Namen „eHealth.NRW“ abgelöst. Der Kongress soll innovative Wege in NRW aufzeigen, um den digitalen Wandel im Gesundheitswesen zu verfolgen sowie Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen und pflegerischen Versorgung im Land zu verbessern. Neben Fachvorträgen stehen auch die praktischen Umsetzungen aktueller Lösungen aus der Informations- und Kommunikationstechnologie im Fokus. Die Veranstaltung richtet sich an alle Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitswirtschaft. Die KGNW hat die Veranstaltung als Partner aktiv begleitet, u. a. durch einen Fachvortrag zum Thema „Die elektronische Fallakte“ durch Herrn Burkhard Fischer.

IT-Sicherheitsgesetz und Schutz der Kritischen 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.

Im Juni 2015 hat der Bundestag das von der Bundesregierung vorgelegte IT-Sicherheitsgesetz beschlossen. Das Gesetz regelt, dass

Betreiber sog. Kritischer Infrastrukturen ein Mindestniveau an IT-Sicherheit einhalten und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) IT-Sicherheitsvorfälle melden müssen. Tun sie dies nicht, droht ihnen ein Bußgeld. Ebenfalls neu ergänzt wurde im Gesetz eine Evaluation nach vier Jahren. Gleichzeitig werden Hard- und Softwarehersteller zur Mitwirkung bei der Beseitigung von Sicherheitslücken verpflichtet. Außerdem wird der Aufgabenbereich des BSI nochmals erweitert.

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

Für die Krankenhäuser in Deutschland, insbesondere diejenigen, die als Kritische Infrastruktur eingestuft werden, ergeben sich einige Neuerungen, vor allem ein engeres Zusammenwirken mit dem BSI. Zwischenfälle in der IT- und MT-Infrastruktur müssen zukünftig an das BSI gemeldet werden: Dabei können leichte Zwischenfälle anonymisiert übermittelt werden Zwischenfälle werden personalisiert übermittelt, um etwaige Folgeschäden präventiv zu verhindern. Grundsätzlich haben sich die Krankenhäuser nach dem „Stand der Technik“ abzusichern. Der jeweilige Betreiber muss alle zwei Jahre via Audit nachweisen, dass der Schutz seiner IT- und MT-Infrastruktur dem definierten Stand der Technik entspricht.

Den zugrunde gelegten Standard definiert der sog. Branchenarbeitskreis Gesundheit (BAKG), der sich überwiegend aus Vertretern der Betreiber zusammensetzt und vom BSI entsprechend beauftragt ist. Der Branchenarbeitskreis für den Sektor Gesundheitsversorgung ist vom BSI in seiner Zusammensetzung bestätigt worden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist in diesem Gremium ebenso vertreten wie der Berufsverband der Krankenhaus-IT-Leiter (KH-IT), auf dessen Initiative der BAGK gegründet wurde. Vervollständigt wird die Runde durch IT-Leiter unterschiedlicher Krankenhäuser aus ganz Deutschland. Das BSI hat lediglich eine begleitende Rolle und bewertet abschließend den entwickelten Standard. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in dem Branchenarbeitskreis Gesundheitswesen die Sprecherfunktion übernommen und gestaltet aktiv den zukünftigen Standard für die KRITIS-Häuser mit.

Es ist weiterhin offen, wie die Finanzierung der umzusetzenden Maßnahmen in den Krankenhäusern sichergestellt werden soll. Auch die Kriterien anhand derer die Krankenhäuser als Betreiber „Kritischer Infrastrukturen“ eingestuft werden, werden derzeit diskutiert. Während die Krankenhauseite eine auf Ausfallszenarien basierte Risikoabschätzung zugrunde legen möchte, präferiert das BSI eine einfache, an der Bettenzahl orientierte Festlegung. Die Geschäftsstelle der KGNW wird den weiteren Prozess aktiv begleiten und die Verantwortlichen in den Krankenhäusern über die Entwicklungen informieren.

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 einheitlichen Handlungsleitlinien für die Krankenhäuser auch Informationsangebote für Häuser zur Verfügung gestellt werden, die nicht die Möglichkeit haben, jede Entwicklung zu verfolgen.

Im Rahmen der Etablierung des Branchenarbeitskreises zum Thema KRITIS beteiligte sich die KGNW an der fachlichen Bewertung des Themas durch die DKG, vor allem aber an der Definition der Kriterien, anhand derer Krankenhäuser in Deutschland zukünftig als Kritische Infrastrukturen gewertet werden sollen.

Zusätzlich wurden weitere Themen in Angriff genommen, die aus dem Fachausschuss für „Daten-Information und -Kommunikation“ zur weiteren Bearbeitung empfohlen wurden. Dazu gehören die Mitgestaltung von Normen und Vorgaben zum Risikomanagement in medizinischen IT-Netzwerken und Beratungen zum Thema Datenschutz-Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme.

Datenanalyse

Themenfeld „Regionalanalysen in der Versorgungsforschung“

Die KGNW-Geschäftsstelle informiert ihre Gremien regelmäßig über Entwicklungen in der Versorgungsforschung, welche 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 z. B. die Veröffentlichungen der Reihe „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann-Stiftung, die Ergebnisse des AOK-Gesundheitsnavigators,

verschiedene Gutachten des GKV-Spitzenverbandes und naher Institutionen zu den sog. ambulant-sensitiven Krankenhausfällen aufbereitet oder auch die Darstellungen im Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die ab 2016 voraussichtlich in Form von Sonderauswertungen über das Statistische Bundesamt zur Verfügung stehenden, kleinräumigen (Geo-)Datenanalysen. Insbesondere wegen der unterschiedlichen Herangehensweisen und Motivationen 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 soll Ende des Jahres 2015 veröffentlicht werden.

Kooperationsvereinbarung mit dem Universitätsklinikum Bonn

Das Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit des Universitätsklinikums Bonn (UK Bonn) und die KGNW haben am 21.11.2014 durch eine Kooperationsvereinbarung den Rahmen geschaffen, zukünftig wissenschaftliche Untersuchungen gemeinsam oder als Auftrag durchführen zu können. Als erstes Projekt hat der Vorstand der KGNW in seiner 228. Sitzung am 10.03.2015 anhand eines vom UK Bonn vorgelegten Projektkonzepts beschlossen, eine multiple Tabellierung von Erreichbarkeitsdaten erstellen zu lassen. Die Ergebnisse können in vielfältiger Weise bei Analysen zur flächendeckenden Versorgung und zur Erreichbarkeit der Krankenhäuser bzw. ihrer Fachabteilungen verwendet werden, um nicht nur das aktuelle Versorgungsniveau zu visualisieren, sondern auch Aussagen und konkrete Vorschläge aus der (Fach-)Öffentlichkeit und den Medien überprüfen zu können. Insbesondere im Hinblick auf die Umsetzungen des NRW-Krankenhausplans

2015 bietet sich anhand dieser tabellierten Daten die Möglichkeit, raumwirksame Auswirkungen verschiedener (Test-)Szenarien zu visualisieren.

Ausgehend von den Krankenhausbetriebsstätten wurden dafür jeweils die Fahrdistanzintervalle (10, 15, 20, 25, 30, 40, 50, 75, 100 Kilometer) geostatistisch berechnet. Sie beschreiben, welche Gebiete innerhalb Nordrhein-Westfalens, ausgehend von den einzelnen Standorten entlang des öffentlichen Wegenetzes, durch die Zurücklegung der entsprechenden Distanz erreicht werden können.

Mithilfe solcher Informationen kann ermittelt werden, für welche Gemeinden in Nordrhein-Westfalen die dort lebende Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Distanz Zugang zur stationären Versorgung hat. Damit die Daten nicht nur kartografisch verarbeitet und dargestellt werden können, wurden diese außerdem als Datenbank in einer sog. Distanzmatrix zusammengefasst, die die Entfernung jeder Betriebsstätte zu jeder Gemeinde in NRW beinhaltet.

Krankenhausstatistik: Auswertung der planungsrelevanten Daten 2014

Wie im Jahr 2012 mit IT.NRW vereinbart, wurden die Grunddaten für das Berichtsjahr 2014 gem. Krankenhausstatistikverordnung von IT.NRW zur Verfügung gestellt. Die dafür notwendigen Einverständniserklärungen der Krankenhausträger liegen vor. Die Auswertung der planungsrelevanten Daten wird voraussichtlich im Januar 2016 abge-

schlossen und anschließend im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung stehen.

Auswertung der Betten und Patientenbewegungen 2014

Im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben erhebt die KGNW jährlich die Grunddaten gem. Krankenhausstatistikverordnung von allen Mitgliedskrankenhäusern, um diese insbesondere für krankenhauplanerische Fragestellungen auszuwerten. Seit der Umstellung des Verfahrens der Datenübermittlung im Jahr 2012 werden diese Daten von IT.NRW zur Verfügung gestellt. Dazu muss das Einverständnis der Krankenhausträger zur Weitergabe der Daten gem. § 3 und § 4 KHStatV vorliegen. Dieses vereinfachte Verfahren reduziert den Verwal-

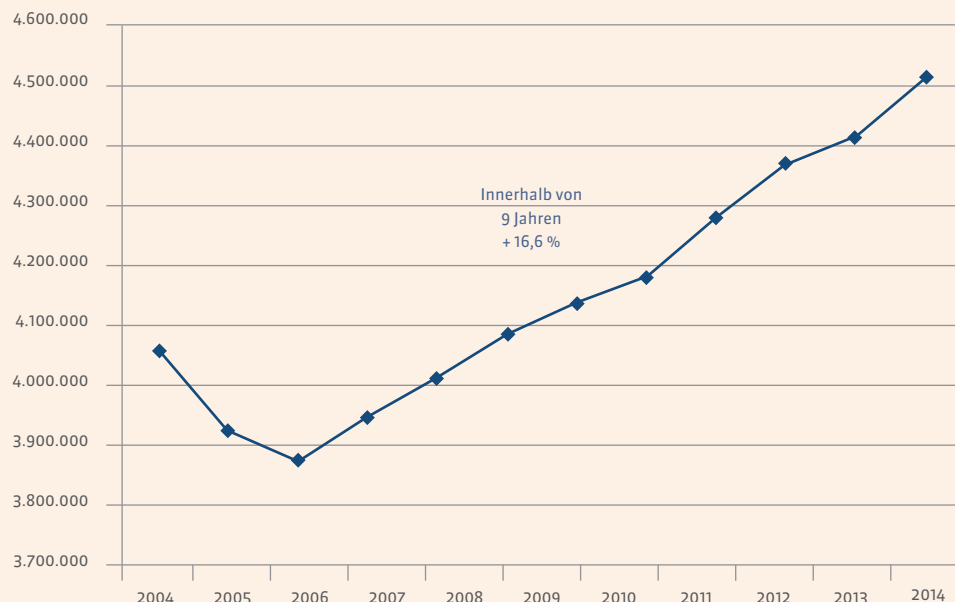
tungsaufwand im Krankenhaus und bei der KGNW, außerdem werden die KGNW-seitigen Auswertungen auf gleicher Datenbasis wie jene von IT.NRW erstellt.

Ende Februar 2016 werden die Datenauswertungen für das Berichtsjahr 2014 zu den Patientenbewegungen nach Fachgebieten (vollstationär) abgeschlossen. Die Übersichten und Berichte stehen dann im geschützten Bereich des Mitgliederservices als Download zur Verfügung.

Die wesentlichen Ergebnisse im Überblick:

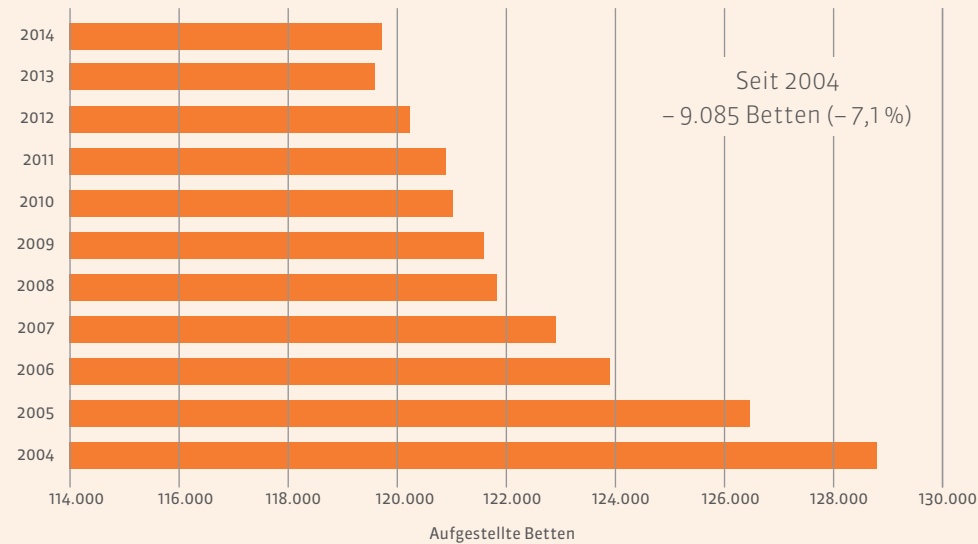
Die Fallzahlsteigerung der vergangenen Jahre setzte sich auch 2014 fort. Die Fallzahl stieg um 2,4 % auf insgesamt 4.515.261 Fälle.

Abbildung 1: Entwicklung der Fallzahlen in NRW seit 2004 (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)



Quelle: Eigene Abfrage, KGNW

Abbildung 2: Entwicklung der aufgestellten Betten in NRW seit 2004 (Mitgliedshäuser der KGNW)



Quelle: Eigene Abfragen KGNW.

Betrachtet man die vergangenen neun Jahre, so sind im Ergebnis jährlich etwa 1,9 % der Patienten mehr vollstationär behandelt worden als im Vorjahr (Abbildung 1).

Während in den Vorjahren ein stetiger Bettenabbau zu verzeichnen war, ist dieser im Berichtszeitraum 2014 gegenüber 2013 ausgeblieben (Abbildung 2).

Die Berechnungs- und Belegungstage haben sich im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr mit - 0,2 % kaum verändert.

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

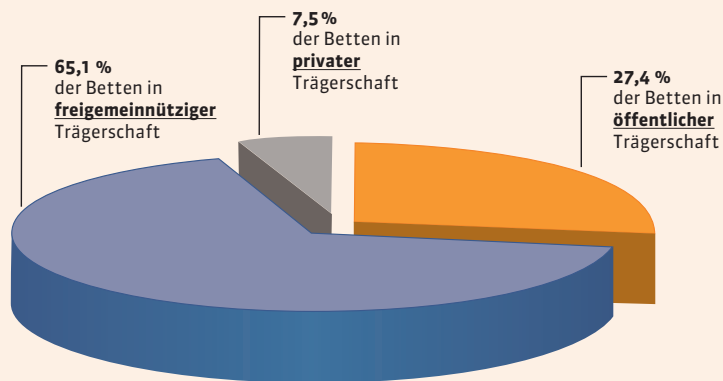
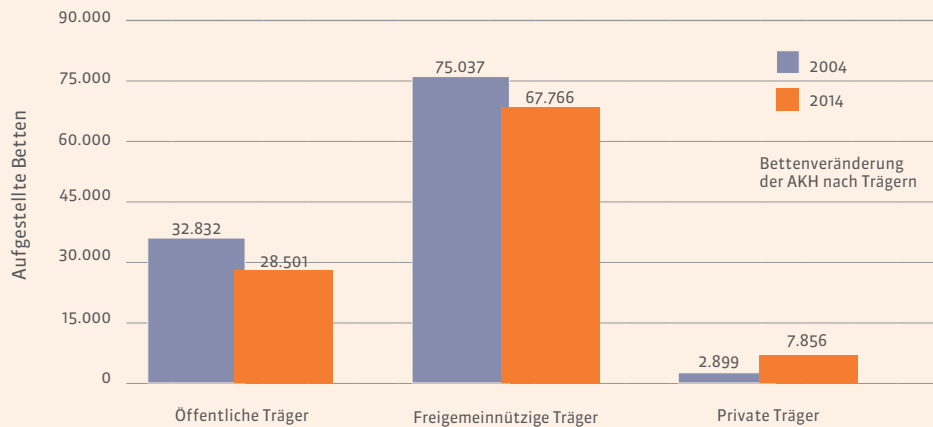


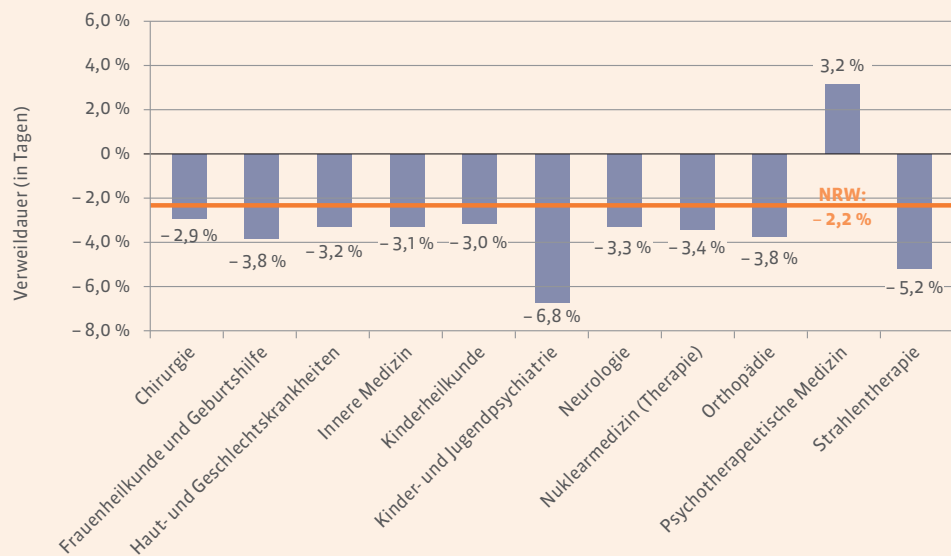
Abbildung 4: Bettenveränderung der Allgemeinkrankenhäuser
Vergleich der Jahre 2004 und 2014 nach Trägerschaft



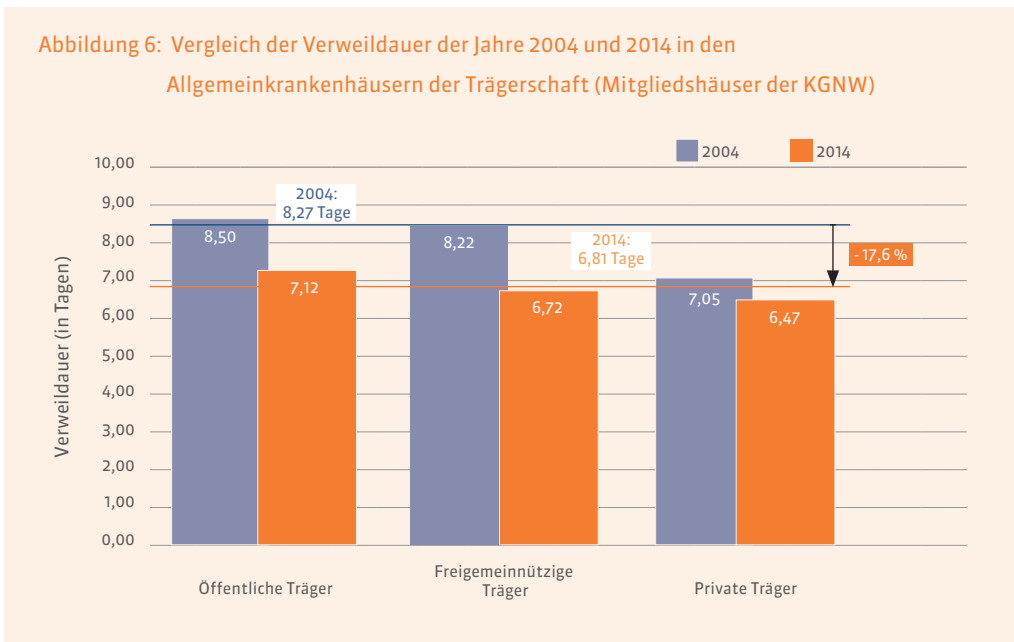
Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

Die Zahl der aufgestellten Betten liegt mit einem Zuwachs von 0,01 % nun bei insgesamt 119.746 Betten.

Abbildung 5: Veränderung der Verweildauer 2014 zum Vorjahr in ausgewählten Fachgebieten von Allgemeinkrankenhäusern (Mitgliedshäuser der KGNW)



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

Mit einem Anteil von 7,5 % aufgestellter Betten in privater Trägerschaft liegt Nordrhein-Westfalen immer noch weit unter dem Bundesdurchschnitt (17,3 %).

Die sich ständig verändernde Krankenhauslandschaft mit Blick auf die Betten in Allgemeinkrankenhäusern zeigt der Vergleich der Jahre 2004 und 2014, dargestellt nach Trägerschaft.

Die Bettenauslastung unserer Mitgliedskrankenhäuser ist im Berichtsjahr 2014 gegenüber dem Vorjahr geringfügig zurückgegangen und liegt nun bei von 76,2 %.

Der Abwärtstrend der Verweildauer setzt sich auch 2014 fort. Die Patienten in unseren Mitgliedshäusern wurden durchschnittlich 7,38 Tage im Krankenhaus behandelt, in

den Allgemeinkrankenhäusern 6,81 Tage. Im Hinblick auf einzelne Fachgebiete fällt die Veränderung der Verweildauer 2014 zum vorangegangenen Berichtszeitraum 2013 etwas deutlicher aus.

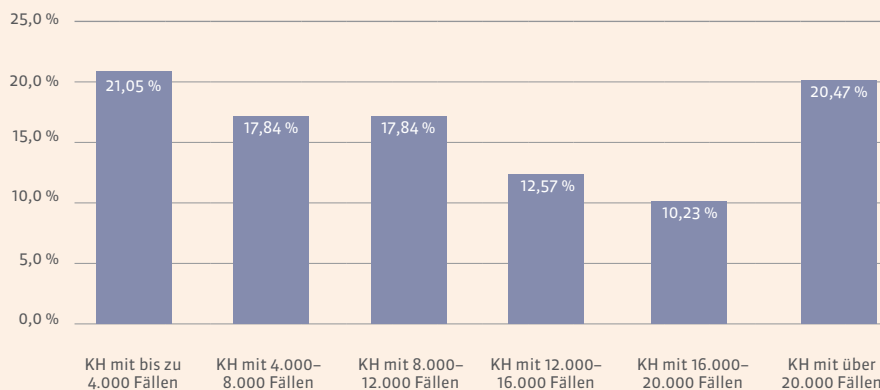
In einigen Fachgebieten ist die Kürzung der Verweildauer im Verlauf von zehn Jahren stärker ausgeprägt als in anderen. Dies wird in Tabelle 1 verdeutlicht.

Die Darstellung unserer Mitgliedskrankenhäuser in Fallzahl-Gruppen basiert auf den im Jahr 2014 behandelten vollstationären Patienten.

**Tabelle 1: Verweildauerreduzierung in den Allgemeinkrankenhäusern je Fachgebiet
Vergleich 2004 und 2014 (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)**

Gebiet	Allgemeinkrankenhäuser			
	Verweildauer 2003	Verweildauer 2013	Veränderung in Tagen	Veränderung in %
Augenheilkunde	3,67	2,74	- 0,93	- 25,3 %
Chirurgie	8,53	6,49	- 2,04	- 23,9 %
darunter: Gefäßchirurgie	10,24	8,69	- 1,55	- 15,1 %
darunter: Thoraxchirurgie	10,00	8,58	- 1,42	- 14,2 %
darunter: Unfallchirurgie	9,02	6,42	- 2,60	- 28,8 %
darunter: Viszeralchirurgie	8,13	6,73	- 1,40	- 17,2 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,63	4,11	- 1,52	- 27,0 %
darunter: Frauenheilkunde	5,88	4,23	- 1,65	- 28,1 %
darunter: Geburtshilfe	5,32	4,02	- 1,30	- 24,4 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,70	3,73	- 0,97	- 20,6 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	8,14	5,70	- 2,44	- 30,0 %
Herzchirurgie	11,26	11,06	- 0,20	- 1,8 %
Innere Medizin	8,02	6,16	- 1,86	- 23,2 %
darunter: Angiologie	7,15	6,45	- 0,70	- 9,8 %
darunter: Endokrinologie	9,54	8,26	- 1,28	- 13,4 %
darunter: Gastroenterologie	7,13	5,82	- 1,31	- 18,4 %
darunter: Hämatologie	7,78	7,22	- 0,56	- 7,2 %
darunter: Kardiologie	5,87	5,26	- 0,61	- 10,4 %
darunter: Nephrologie	7,78	5,46	- 2,32	- 29,8 %
darunter: Pneumologie	7,52	6,18	- 1,34	- 17,8 %
darunter: Rheumatologie	12,28	8,14	- 4,14	- 33,7 %
Geriatrie	14,77	14,73	- 0,04	- 0,3 %
Kinderchirurgie	4,53	3,38	- 1,15	- 25,4 %
Kinderheilkunde	5,49	4,51	- 0,98	- 17,9 %
darunter: Kinderkardiologie	6,48	5,68	- 0,80	- 12,3 %
darunter: Neonatologie	16,03	10,88	- 5,15	- 32,1 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	41,24	30,08	- 11,16	- 27,1 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	5,89	4,53	- 1,36	- 23,1 %
Neurochirurgie	9,71	8,84	- 0,87	- 9,0 %
Neurologie	8,60	6,66	- 1,94	- 22,6 %
Nuklearmedizin (Therapie)	4,29	3,12	- 1,17	- 27,3 %
Orthopädie	10,00	7,01	- 2,99	- 29,9 %
darunter: Rheumatologie	10,06	6,04	- 4,02	- 40,0 %
Plastische Chirurgie	6,61	5,66	- 0,95	- 14,4 %
Psychiatrie und Psychotherapie	24,21	22,66	- 1,55	- 6,4 %
darunter: Suchtkrankheiten	—	11,61	—	—
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	47,74	51,39	3,65	7,6 %
Strahlentherapie	8,01	7,80	- 0,21	- 2,6 %
Urologie	6,47	4,94	- 1,53	- 23,6 %
Sonstige Fachbereiche	11,10	9,20	- 1,90	- 17,1 %
Insgesamt	8,27	6,81	- 1,45	- 17,6 %

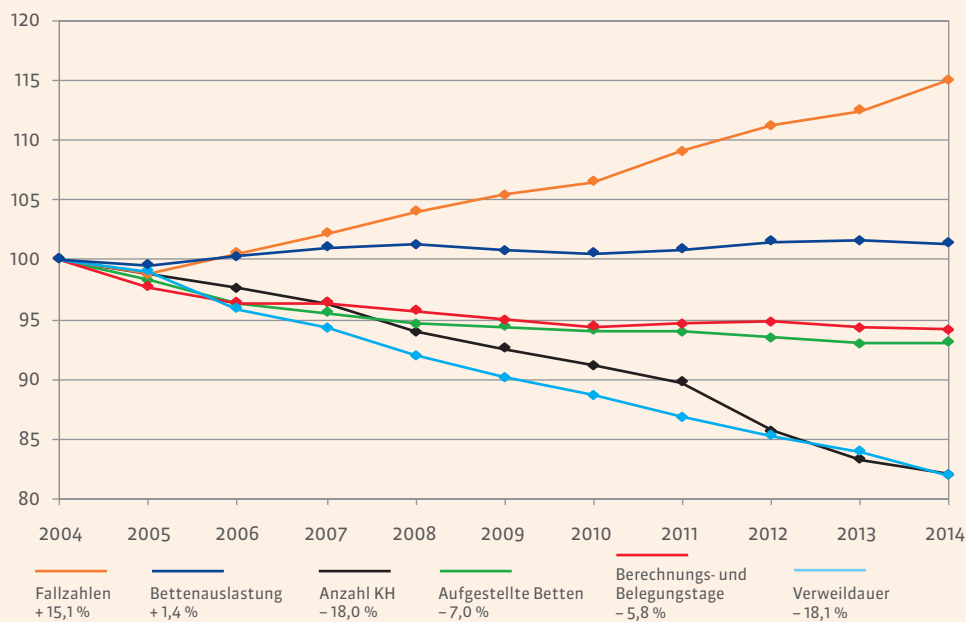
Abbildung 7: Aufteilung der Krankenhäuser 2014 in Fallzahl-Gruppen (vollstationäre Fälle) (Mitgliedshäuser der KGNW)



Die folgende Grafik vermittelt einen zusammenfassenden Überblick über die Entwicklung der statistischen Kennziffern unserer

Mitgliedskrankenhäuser in den letzten zehn Jahren.

Abbildung 8: Entwicklung der Betten- und Belegungsdaten seit 2004 (Index) (Mitgliedshäuser der KGNW)



Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit

11. Krankenhaus-Umwelttag NRW



Die KGNW, der „Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW“ und die Fachvereinigung Krankenhaustechnik e. V. (FKT) veranstalteten am 27.10.2015 den 11. Krankenhaus-Umwelttag NRW in der Historischen Stadthalle Wuppertal.

Im Beisein des Staatssekretärs im Umweltministerium Peter Knitsch stellten die Teilnehmer des Projektes EN.Kompass Krankenhaus ihre Erfahrungen und Ergebnisse vor. Das Agaplesion Bethesda Krankenhaus Wuppertal nutzte das Projekt als Vorbereitungsphase für die angestrebte Zertifizierung des Umweltmanagementsystems nach DIN EN ISO 14001. Im Klinikum Gütersloh wurde der Umweltgedanke an alle Mitarbeiter hergetragen. Auf Anregung aus dem Projekt wurde die Initiative aufgegriffen, Leasingverträge für Dienstfahrzeuge einzuführen. Im Kreis-Krankenhaus Grevenbroich führte die konsequente Umsetzung von Umweltzielen zu Energieeinsparungen. Durch die Erneuerung der vorhandenen Blockheizkraftwerkanlage

(BHKW) konnte zudem eine Effizienzsteigerung und eine höhere Eigenstromproduktion erreicht werden. Das St. Antonius-Krankenhaus Köln profitierte besonders vom Netzwerkgedanken: Der kollegiale und fachliche Austausch zwischen den Krankenhäusern, der durch den EN.Kompass Krankenhaus unterstützt wurde, führte hier zu einer besseren Auslegung der bereits geplanten Blockheizkraftwerksanlage. Im Klinikum Golzheim in Düsseldorf konnten in Folge der Teilnahme am EN.Kompass Krankenhaus der Stromverbrauch und die Wärmeerzeugungskosten gesenkt werden.

Insgesamt zeigten die Vorträge auf dem 11. Krankenhaus-Umwelttag, dass die Kranken-

häuser durch den EN.Kompass Krankenhaus erfolgreich bei der Implementierung von Umweltzielen begleitet und durch Informationen über mögliche Maßnahmen und Instrumente zur Umsetzung unterstützt wurden.

Eine intensive Podiumsdiskussion zur Novellierung der Verpackungsverordnung bil-

dete den Abschluss des Umwelttages. Durch das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz wurde im Rahmen der Diskussion klargestellt, dass Hersteller und Lieferanten verpflichtet sind, Verkaufsverpackungen durch ein Sammel- und Verwertungssystem kostenfrei und bedarfsgerecht für die Krankenhäuser zu entsorgen.

Projekt EN.Kompass Krankenhaus – Energie- und Umweltmanagement nachhaltig gestalten

Gemeinsam mit der EnergieAgentur.NRW hat die KGNW das Projekt „EN.Kompass Krankenhaus – Energie- und Umweltmanagement nachhaltig gestalten“ durchgeführt. Im Rahmen des Projektes wurden den elf teilnehmenden Krankenhäusern in zwei Basis- und acht Themenmodulen, die in der Zeit zwischen Februar und Oktober 2015 stattfanden, umfangreiche Informationen zu wichtigen Energie- und Umweltschutzthemen vermittelt. Alle Beteiligten – sowohl die teilnehmenden Krankenhäuser

als auch die EnergieAgentur.NRW und die KGNW – bewerten das Projekt EN.Kompass Krankenhaus als großen Erfolg. Das Projekt hat insbesondere vor Ort in den teilnehmenden Krankenhäusern viele Maßnahmen zur Verbesserung der Energieeffizienz und des Umweltschutzes angestoßen oder zu einer verbesserten Umsetzung bestehender Anstrengungen beigetragen. Die KGNW hat einen Projektbericht erstellt, der auf dem KGNW-Forum am 10.12.2015 veröffentlicht wird.

Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern

Im Zuge der Umsetzung einer EU-Verordnung sollte im Jahr 2014 das Luftverkehrsgesetz geändert und die darin festgelegten Anforderungen zum Betreiben von Hubschrauberlandestellen – auch an Krankenhäusern – verschärft werden. Dies hätte an vielen Krankenhäusern Investitionen in Millionenhöhe erfordert oder zur Schließung der Landestelle geführt.

Im intensiven Dialog zwischen DKG, den Hubschrauberbetreibern und dem Luftfahrtbundesamt wurde eine akzeptable Lösung des Problems gefunden. Krankenhäuser konnten für ihre Hubschrauberlandestellen eine Ausnahmeregelung der EU-Verordnung nutzen und die Landestellen als sog. „Public Interest Sites (PIS)“ anerkennen lassen. Die Anforderungen an die Ausgestaltung einer PIS-Landestelle sind deutlich ein-

facher umzusetzen. Die KGNW unterstützte die betroffenen Häuser bei der fristgerechten Anmeldung.

Im Februar 2015 wurde die Liste der anerkannten PIS-Landstellen veröffentlicht. Alle fristgerecht eingereichten Anträge wurden genehmigt, sodass auch weiterhin die Krankenhäuser in NRW von Hubschraubern angefliegen werden können.

Inzwischen befindet sich der Regierungsentwurf eines 15. Luftfahrtänderungsgesetzes in der abschließenden parlamentarischen Beratung. Er enthält insbesondere Regelungen zur Einrichtung von PIS-Hubschrauberlandstellen an Krankenhäusern, deren Umsetzung für die Krankenhäuser noch mit Kosten im fünfstelligen Bereich verbunden ist.

Mögliche Behandlung von Ebola-infizierten Patienten

Während der Ebola-Epidemie in verschiedenen Ländern Westafrikas bestand die Möglichkeit, dass infizierte Patienten in deutsche Krankenhäuser eingeliefert werden, die nicht – wie die dafür ausgestatteten Zentren – entsprechende technische und organisatorische Ausstattungen vorhalten.

Mit einiger Verzögerung wurden für diese Krankenhäuser auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts (www.rki.de) Informationsmaterial, Anleitungen und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Ebola-Patienten sowie Vorschriften zur Ent-

sorgung von infektiösen Abfällen, insbesondere die „Multilaterale Vereinbarung M281 betreffend die Beförderung von Abfall, der mit hämorrhagisches Fieber auslösenden Viren verunreinigt ist“, bereitgestellt. Die KGNW hatte über die DKG darauf aufmerksam gemacht, dass sich fast alle Betreiber von Müllverbrennungsanlagen aus arbeits-sicherheitsrechtlichen Bedenken weigern, diesen Abfall anzunehmen und zu verbrennen. Erst durch eine Informationsveranstaltung des BMG für die Betreiber von Müllverbrennungsanlagen konnten die Bedenken beseitigt werden.

Energieaudits für Krankenhäuser

Das „Gesetz zur Teilumsetzung der Energieeffizienzrichtlinie und zur Verschiebung des Außerkrafttretens des § 47g Absatz 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen“ fordert, dass alle Nicht-KMU-Betriebe – und damit auch ein großer Teil der Krankenhäuser – bis spätestens 05.12.2015 ein

Energieaudit durchgeführt haben müssen. Die Audits sollen spätestens nach vier Jahren wiederholt werden. Die Audits müssen den Anforderungen der DIN EN 16247-1 entsprechen. EMAS-zertifizierte Unternehmen sind von dieser Verpflichtung befreit. Die Umsetzung wird stichprobenartig durch das

Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) überprüft werden. Die KGNW hat in mehreren Rundschreiben darüber in-

formiert und geraten, ein solches Energieaudit zeitnah durchführen zu lassen.

Neue Informationspflichten bei implantierbaren Medizinprodukten

Zum 01.10.2015 sind durch die Neufassung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) für Krankenhäuser neue Vorgaben bei der Aufbereitung von Medizinprodukten und besondere Pflichten bei implantierbaren Medizinprodukten in Kraft getreten.

Für die Aufbereitung von Medizinprodukten mit besonders hohen Anforderungen an die Aufbereitung („Kritisch C“) ist nun die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems von der zuständigen Behörde (Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten – ZLG) erforderlich. Weiterhin müssen Kran-

kenhäuser allen Patienten, denen bestimmte Medizinprodukte implantiert wurden, Implantatpässe ausgestellt werden. Dies gilt insbesondere für Herzklappen, Hüft- und Knieprothesen sowie Brustimplantate.

Darüber hinaus müssen Krankenhäuser, in denen die genannten Medizinprodukte implantiert werden, die Dokumentation zu diesen Implantaten so aufbewahren, dass Patienten im Falle von korrektiven Maßnahmen eindeutig identifiziert und innerhalb von drei Werktagen erreicht werden können. Die KGNW hat in Rundschreiben auf das Inkrafttreten und die Konsequenzen dieser Regelungen hingewiesen.

Entsorgung von Verpackungsabfällen in Krankenhäusern

Hersteller und Vertreiber von Produkten sind nach § 6 Abs. 1 der Verpackungsverordnung verpflichtet, sich an einem System zur Sammlung und Wiederverwertung von Verkaufsverpackungen zu beteiligen und die Kosten zu tragen. Für haushaltsnahe Einrichtungen, und dazu gehören auch die Krankenhäuser, ist die Entsorgung der Verkaufsverpackungen kostenfrei. Die Krankenhäuser nutzen in der Regel das Duale System (Grüner Punkt) zur Entsorgung der

Verkaufsverpackungen. Die novellierte und zum 01.01.2015 in Kraft getretene Verpackungsverordnung (VerpackV) bietet für Hersteller und Vertreiber die Möglichkeit, die Verkaufsverpackungen alternativ über eine sog. Branchenlösung entsorgen zu lassen, soweit die betroffenen Krankenhäuser dieser Lösung zustimmen und die Branchenlösung alle in der Verpackungsverordnung gestellten Anforderungen erfüllt.

Zum Jahresbeginn versuchten einige namhafte Hersteller von pflegerischem Verbrauchsmaterial mit missverständlichen Anschreiben, die Krankenhäuser zu einer Zustimmung für die Branchenlösung zu überreden. Außerdem führte die Konkurrenzsituation des Dualen Systems versus Branchenlösung in verstärktem Maße dazu, dass Krankenhäuser für Entsorgungsleistungen (Bereitstellung von Presscontainern und häufigere Abholung der Container), die über die normalen Leistungen des Dualen Systems hinausgehen, eine zusätzliche Vergütung bezahlen müssen. Zur Durchsetzung dieser Forderung haben in einigen Fällen die Entsorger mit dem Abzug der bereitgestellten Container gedroht. Die KGNW hat diese

Problematik über die DKG an das Bundesumweltministerium herangetragen. Dieses stellte dann klar, dass Branchenlösungen nur mit Zustimmung der Krankenhäuser möglich sind. Das Bundesumweltministerium vertrat den Standpunkt, dass sowohl die Dualen Systeme als auch die Branchenlösungen verpflichtet seien, unentgeltlich die regelmäßige Abholung der gebrauchten, restentleerten Verkaufsverpackungen beim privaten Endverbraucher in ausreichender Weise zu gewährleisten. Dementsprechend müssen auch für große private Endverbraucher, wie einem Krankenhaus, ausreichende bedarfsgerechte Entsorgungskapazitäten angeboten werden.

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-Webseite 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.

Der im Jahr 2014 implementierte Verteiler für Presseverantwortliche und Geschäftsführer der Krankenhäuser wurde gut angenommen. Seither erhalten die dort registrierten Personen 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 eine erste Überarbeitung 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. Im Jahr 2015 wurden erste Vorarbeiten zu einer umfassenden Datenkonsolidierung geleistet.

IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle

Der IT-Service in der Geschäftsstelle wurde weitestgehend ausgegliedert und an einen externen Dienstleister übergeben. Die Geschäftsstelle zeichnet nun noch für die strategische IT-Planung, die Projektkoordination größerer Systemumstellungen, Beschaffungsvorhaben und Serviceleistungen verantwortlich.

Medizin

Im Rahmen der Tätigkeit des Referates „Medizin“ wurden zahlreiche Themenbearbeitet, die schwerpunktmäßig in anderen Referaten der KGNW angesiedelt sind. Dabei handelt es sich z. B. um die fachliche Begleitung der externen vergleichenden Qualitätssicherung, der vorbereitenden Maßnahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, des Epidemiologischen Krebsregisters, der Landesgesundheitskonferenz, der Versorgungs- und Krankenhausplanung und des MDK-Prüfverfahrens nach § 275 SGB V, inklusive dem diesbezüglichen Schlichtungsausschuss. Das Referat Medizin ist im Fachausschuss für Krankenhaus-

organisation und Personalwesen, im Fachausschuss „Medizin“, in der Kommission „Hygiene“, in der Kommission „Psychiatrie“ und der Arbeitsgruppe „Organspende“ der DKG vertreten. Auf der Landesebene ergibt sich eine aktive Mitarbeit im Fachbeirat der Deutschen Stiftung Organtransplantation, der Fachbeiräte zur Förderung der Organspende sowie zum Rettungswesen und den Modellstudiengängen des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), dem Fachbeirat des Epidemiologischen Krebsregisters, dem Landesausschuss für Alter und Pflege sowie dem Fachbeirat der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

QR-Check und Qualitätssicherung mit Routinedaten

In Zusammenarbeit mit dem Referat II der KGNW – Krankenhausorganisation, EDV und Statistik – beschäftigt 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 sog. „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.

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“ und für „Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie“. Aus diesem Grund wurde

von den Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin) gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) gem. 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 curriculären 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 u. a. Facharztanerkennung für das Gebiet Hygiene und Umweltmedizin oder für das Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie). Nicht zuletzt durch die finanzielle Unterstützung des nachfolgend beschriebenen Hygiene-Förderprogramms kann aktuell eine zahlenmäßig noch ausbaubare aber, dennoch flächendeckende Nutzung dieses Weiterbildungsangebotes festgestellt werden.

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

Durch das Hygiene-Förderprogramm soll 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 2020 gefördert. Das Referat III berät gemeinsam mit dem Referat I Krankenhäuser über das Hygiene-Förderprogramm und stellt für das Jahr 2015, trotz einer zunehmend restriktiven Einschätzung seitens der Krankenkassen, eine rege Nutzung dieser Förderungsmöglichkeit in NRW fest.

Diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse einer gemeinsamen Umfrage des MGEPA und der KGNW im Jahr 2015 zum Umsetzungsgrad der „Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)“ und der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (2009)“ bestätigt. Aus den Antworten der sich an der Umfrage beteiligenden 173 Krankenhäuser (50,4 % der Gesamtzahl der Krankenhausbetten in NRW) kann abgelesen werden, dass die in der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen

zur Prävention nosokomialer Infektionen (2009)“ festgehaltene Anzahl an Hygienefachkräften aktuell annähernd erreicht und kurzfristig nach Abschluss der Weiterbildungsmaßnahmen sogar überschritten wird und Hygienebeauftragte in der Pflege und im ärztlichen Dienst nach Maßgabe der Hyg-MedVO in ausreichender Zahl vorhanden sind. Daneben konnte festgestellt werden, dass die durch die HygMedVO definierten Pflichtmitglieder der Hygienekommission in den Krankenhäusern mit Ausnahme der Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes (70,5 %) zu annähernd 100 % vorhanden sind, die Tagungsintervalle den gesetzlichen Vorschriften (zumindest zweimal jährlich) entsprechen und sich die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser an zumindest einem KISS-Modul (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) und an der „Aktion Saubere Hände“ beteiligt. Dies gilt ebenso für ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf MRSA, Regelungen zu einem sektorenübergreifenden Informationsaustausch (z. B. MRE-Übergabebogen), einer klinischmikrobiologischen und klinisch-phar-

mazeutischen Beratung des ärztlichen Personals, aktuellen leitliniengemäßen Konzepten zum rationalen und restriktiven Einsatz von Antibiotika sowie einer Mitgliedschaft in einem MRE-Netzwerk. Ein Optimierungsbedarf besteht insbesondere zum Aufnahmescreening bei gramnegativen Keimen, Patientenbefragungen zu hygiene relevanten Themen und der Implementierung eines hauseigenen Antibiotic Stewardship-Teams.

Die überaus erfolgreiche Hygiene-Initiative der KGNW wird durch das Referat III fachlich begleitet. Dies betrifft im Wesentlichen die inhaltliche Ausgestaltung der Informationsbroschüren, der Poster, der Wanderausstellung und der entsprechenden Internetseite sowie die Vorbereitung und Durchführung der Online-Sprechstunden. Auf Basis der bereits erwähnten Hygiene-Umfrage erarbeitet das medizinische Referat derzeit einen Krankenhaushygienebericht NRW als neues Instrument der Hygiene-Initiative. Hierfür sind noch detaillierte Abstimmungen mit dem MGEPA und dem Landeszentrum Gesundheit (LZG) notwendig.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der Arbeitsschwerpunkt des Referates Medizin im Rahmen der Disease-Management-Programme lag 2015 in der Unterstützung und Beratung bei der Erstellung des Qualitätssicherungsberichtes 2014 durch die DMP-Redaktionsgruppe.

Weiterhin hat sich das Referat Medizin an der Erarbeitung und Bewertung von Feed-

backberichten für die an den DMP teilnehmenden Arztpraxen durch die einzelnen DMP-Fachkreise beteiligt. Einzelne DMP-Feedbackberichte wurden in ihrer Erscheinungsform und ihren Auswertungsinhalten überarbeitet. Den Arztpraxen werden weiterhin verschiedene Berichtsversionen auf Anforderung zur Verfügung zu gestellt.

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. Im Jahr 2015 ist es bundesweit zu einem leichten Anstieg der Organspendezahlen gekommen. Bedauerlicherweise ist dieser Trend in NRW noch nicht feststellbar.

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 AG-TPG (Transplantationsbeauftragte) erfolgte, wurde im Verlauf der zweiten Jahreshälfte 2014 eine erneute Abfrage durch das MGEPA und die KGNW gestartet. Aufgrund einer insgesamt

zurückhaltenden Beteiligung an dieser Umfrage wurde die Rückmeldefrist zweimal bis in die erste Jahreshälfte 2015 hinein verlängert. Trotz dieser Maßnahmen ergab sich leider eine im Vergleich zur ersten Befragung (92,5 %) nicht zufriedenstellende Rücklaufquote von 39 % (2/7 A-Kliniken = Universitätskliniken, 7/18 B-Kliniken = Kliniken mit Neurochirurgie, 109/280 C-Kliniken = übrige Krankenhäuser). Die Ergebnisse der Befragung zeigen deutliche Fortschritte der Krankenhäuser in der Umsetzung der rechtlichen Regelungen zu den Verpflichtungen der Entnahmekrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen auf: Beispielsweise haben 100 % der Krankenhäuser einen Transplantationsbeauftragten bestellt, von denen 61 % das Curriculum der Ärztekammern absolviert haben, in annähernd allen Krankenhäusern bestehen klinikinterne Anweisungen zur Organspende (75 %), erfolgt eine Dokumentation der durch primäre oder sekundäre Hirnschädigung verstorbenen Patienten und sind die Transplantationsbeauftragten regelmäßig in die Beratung und Begleitung der Angehörigen bei der Entscheidung zur Organspende einbezogen. Der trotz der beschriebenen Fortschritte bestehende Verbesserungsbedarf wird seitens des MGEPA als Grundlage für die Novellierung des Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz (AG-TPG) genutzt. In diesem ist eine neue Regelung vorgesehen, mit der die Krankenhäuser auf Verlangen zur Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsministerium oder dessen Beauftragten verpflichtet werden, sowie eine Verpflichtung

tung der Transplantationsbeauftragten zur Durchführung einer curricularen Fortbildung. Das Stellungnahmeverfahren zur Novellierung des AG-TPG ist mittlerweile

mit einer grundsätzlichen Zustimmung der KGNW zu dem entsprechenden Entwurf abgeschlossen.

Deutsche Kodierrichtlinien für das Jahr 2016

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 2016 im Vordergrund. Weitergehende Änderungen finden sich in den Kodierrichtlinien P0140 (Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden), 15040 (Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft), 15210 (Protrahierte Geburt) und 19170 (Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln – bei Einnah-

me gem. Verordnung). Seit Jahren strittige Fragen, z. B. zur Beatmung und korrekten Kodierung der Hauptdiagnose bei malignen Erkrankungen, konnten jedoch weiterhin nicht gelöst werden. Diese Fragen sollen zukünftig durch den Bundesschlichtungsausschuss nach § 17c Abs. 3 KHG geregelt werden. Die diesbezüglichen Aktivitäten auf der Bundesebene und der Landesebene (Landesschlichtungsausschuss) werden durch das Referat III begleitet.

ICD-10-GM Version 2016 und OPS Version 2016

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 30.09.2015 die amtlich gültige Fassung der ICD-10-GM Version 2016 auf seinen Internetseiten veröffentlicht. Änderungen ergeben sich u. a. im Bereich der Abbildung der Graft-versus-Host-Krankheit, der Enterokolitis durch *Clostridium difficile*, der Anpassungen der Hinweistexte für Knochenfrakturen im Zusammenhang mit Implantaten und der Blutgerinnungsstörungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Die endgültige, am 21.10.2015 veröffentlichte Fassung des OPS 2016 sieht u. a. Änderungen im Bereich der Codes für die Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen, die Neurostimulatoren, die Gastrektomien mit Ösophagusresektion, die Destruktion von (erkranktem) Nierengewebe, die vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik, die Applikation von Medikamenten, die Transfusion von Lymphozyten bzw. Blutgerinnungsfaktoren und dem Verschluss abdominalen Hernien vor.

DRG-System 2016

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 erneut vermutet, dass die Kostenverteilung in den einzelnen Fallgruppen der Kalkulationshäuser in Teilbereichen nicht die Versorgungsrealität abbildet. Die Gesamtzahl der DRGs ist um 20 auf nunmehr 1.220 angestiegen. Nachdem im Jahr 2014 die mathematische Formel zur Berechnung des patientenbezogenen Gesamtschweregrads (PCCL) modifiziert und die Auswirkungen zunächst beobachtet wurden, ergeben sich für das Systemjahr 2016 zwei neue Schweregrade (5 und 6) zur differenzierten Abbildung der Extremkostenfälle. Für den überwiegenden Anteil der Behandlungsfälle (98,4 %) kommt es hierbei jedoch zu keiner Änderung des PCCL. Die CCL-Matrix (Komplikationen und/oder Komorbiditäten) wurde in vergleichbarer Weise verstärkt untersucht. Anstelle

pauschaler Auf-/Abwertungen wurde erneut das Ziel DRG-spezifischer Neubewertungen verfolgt. Insgesamt kam es zu 1.816 Auf- und Abwertungen, wobei die Abwertungen überwiegen. Nachdem die 8-98f „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ die sog. „Super-SAPS“ im Jahr 2014 eingeführt wurde und ab 2015 erlösrelevant ist, erfolgt im Katalog 2016 eine breitere Anwendung dieses Splitkriteriums. Eine Abbildung von Strukturmerkmalen bzw. Vorhaltungen über Komplexkodes wird zunehmend kritisch betrachtet, da das DIMDI-Vorschlagsverfahren bezüglich seiner Evidenzbasierung und Entscheidungsfindung deutlich hinter den Anforderungen des G-BA bleibt. Die weitere klassifikatorische Überarbeitung betrifft schwerpunktmäßig die Gastroenterologie (u. a. verbesserte Abbildung von Kindern und sachkostenintensiven Leistungen), die Abbildung multiresistenter Erreger über die MRE-Komplexbehandlung (u. a. zusätzlich gruppierungsrelevant in weiteren MDCs) und die Geburtshilfe (u. a. präpartale Aufenthalte). Erstmals ist es in der durch das InEK erstellten CMI-Analyse „Gewinner und Verlierer“ zu einem geringen Vorteil der unteren CMI-Klassen (bis unter 1,2) gekommen.

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP)

Das Vergütungssystem nach § 17d KHG soll laut dem Auftrag an die Selbstverwaltungspartner durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend sein. Voll- und teilsta-

tionäre 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.

Nach langwierigen Verhandlungen wurde das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik für das Jahr 2015 grundlegend überarbeitet. Es besteht nunmehr eine Mitberücksichtigung des Entlassungstages (d. h. Pflagetage, nicht Verweildauertage) sowie eine einheitliche Basisvergütung nach Ablauf der Degression am Tag X. Als Tagesbezug werden die Merkmale „Intensivbehandlung ab drei Merkmale“, „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 sechs 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 u. a. neue Kostentrenner (Nebendiagnosen) und neue Zusatzentgelte (Risperidon als atypisches Neuroleptikum, Depotpräparat). Daneben erfolgten Analysen tagesbezogener Vergütungskomponenten, Analysen der Therapieeinheiten, insbesondere der Ärzte und Psychotherapeuten sowie Analysen zu Alterssplits und „aufwendigen Prozeduren“.

Für den Katalog 2016 konnte das InEK die Kalkulationsstichprobe weiter vergrößern.

Die Umbauten im PEPP-System erfolgten auf Basis der oben beschriebenen Anpassungen im Jahr 2015. Die Datengrundlage hat sich, ebenso wie die Kodierqualität, weiter verbessert und ist laut dem InEK ausreichend statistisch belastbar. Im Ergebnis ergeben sich u. a. ein neues ergänzendes Tagesentgelt (ET) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Betreuung in Kleinstgruppen ab acht bis zwölf Stunden), die Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984) als Splitkriterium sowie Anpassungen im Suchtbereich (ICD und OPS). Erneut konnten die speziellen Kosten der regionalen Pflichtversorgung nicht aus den zur Verfügung stehenden Daten abgeleitet werden. Dies ist vor allen Dingen darin begründet, dass in den Bundesländern unterschiedliche Regelungen hinsichtlich des Begriffs „Pflichtversorgung“ bestehen und sich mehr als 90 % der Kalkulationshäuser an der Pflichtversorgung beteiligen und somit kein ausreichendes Vergleichskollektiv ohne Pflichtversorgung verfügbar ist.

Diese Anpassungen des PEPP wurden in den zuständigen Gremien der DKG (Kommission „Psychiatrie“, Sonderausschuss Psychiatrie und Verbändeanhörung, Vorstand) ausführlich „technisch“ und „politisch“ erörtert. In einer rein technischen Betrachtung wurde seitens der vorgenannten Gremien der DKG nur zu wenigen, nicht entscheidungsrelevanten Punkten des Kataloges 2016 eine Kritik geäußert und dem PEPP 2016 zugestimmt. Die politischen Aspekte der Beratungen in Berlin bezogen sich auf die Weiterentwicklung des Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik in Richtung

auf eine Budgetermittlung auf Basis einer Neufassung der Psych-PV. Erste Ansätze zu dieser Weiterentwicklung wurden unter dem Arbeitstitel „Patienten- und Qualitätsorientierter Personalbedarf (PQP)“ durch die

Fachverbände vorgestellt. Als weitere Bausteine eines zukünftigen Abrechnungssystems wurden Abschlagszahlungen auf das Budget über einen deutlich vereinfachten PEPP-Katalog diskutiert.

Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V

Im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a 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 ca. 150 Arztpraxen und zwei Krankenhäusern erprobt. Nach dem Abschluss und der positiven Evaluation der modellhaften Erprobung der Kurzberichte der einweisenden und der entlassenden Ärztinnen und Ärzte hat sich das Landesgremium auf eine flächendeckende Nutzung dieser Dokumente verständigt. Dies soll frühestmöglich auf einem elektronischen Weg erfolgen. Die hierfür notwendigen vorbereitenden Maß-

nahmen und Abstimmungen zwischen den Sektoren sind noch nicht abgeschlossen.

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

Die Arbeitsgruppe zur „Verbesserung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ orientiert sich an dem Vorgehen zum Einweisungs- und Entlassmanagement in der Somatik und erarbeitete im Jahr 2015 einen spezifisch psychiatrischen Kurzarztbericht. Dieser soll noch einer modellhaften Erprobung und Evaluation unterzogen werden.

Notfallsanitätergesetz – NotSanG und Rettungsgesetz NRW

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 (Notfallsanitätergesetz – 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 bestanden 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 findet in staatlich anerkannten Schulen statt (1.920 Stunden).

Die geeigneten Krankenhäuser müssen eine Betreuung der Auszubildenden durch qualifizierte Praxisanleiter aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich sicherstellen (Gesund-

heits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, 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 regelmäßig 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 seit diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für den landesweiten Start der Ergänzungsprüfungen und Ergänzungsausbildungen zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter in Nordrhein-Westfalen. Diese Möglichkeit wurde flächendeckend in NRW im Jahr 2015 genutzt.

Die Ausführungsbestimmungen müssen hinsichtlich der dreijährigen Ausbildung noch angepasst werden. Das MGEPA arbeitet derzeit an den Rahmenbedingungen für eine Vollzeitausbildung, u. a. an der Erstellung eines Rahmenlehrplans. Das Referat Medizin ist an der Entwicklung dieses Rahmenlehrplans beteiligt.

Am 25.03.2015 wurde das „Zweite Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW“ verabschiedet (Drucksache 16/6088, Anlage 1). In diesem wird zu dem neu geschaffenen Ausbildungsberuf der Notfallsanitäterin

und des Notfallsanitäters im § 14 Folgendes festgehalten:

» Die Kosten der Ausbildung nach dem Notfallsanitätergesetz vom 22.05.2013 (BGBl. I S. 1348) sowie die Kosten der Fortbildung im Sinne des § 5 Abs. 4 Satz 1 gelten als Kosten des Rettungsdienstes. Näheres bestimmt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium in Abstimmung mit den Verbänden nach Abs. 2 sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden. Dabei ist eine einvernehmliche Regelung anzustreben.«

Nach der o. g. Verabschiedung des Rettungsgesetzes NRW hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes in die Verwaltungspraxis NRW die Ausführungsbestimmungen zur Ausbildung zur Notfallsanitäterin/zum Notfallsanitäter in Nordrhein-Westfalen (Teil II) abschließend formuliert und an die Bezirksregierungen weitergeleitet. Diese wiederum versenden die Ausführungsbestimmungen samt Anlagen an die Träger des Rettungsdienstes und der Rettungsdienstschulen in NRW. Somit bestehen die Voraussetzungen für den landesweiten Start der Vollausbildung zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter in Nordrhein-Westfalen. Mit Datum vom 19.05.2015 versendete das MGEPA einen Runderlass zur Finanzierung der Notfallsanitäterausbildung. In der Anlage zu diesem Runderlass wird eine Vergü-

tung in Höhe von 8,30 €/Ausbildungsstunde für die Krankenhäuser in NRW genannt. Dieser Wert entspricht der Vereinbarung im Bundesland Hessen, liegt aber unterhalb der Kostenkalkulation einer interdisziplinären Arbeitsgruppe auf der Bundesebene, an der auch die KGNW beteiligt war. Diese konstatierte einen Kostenumfang von zumindest 10,27 €/Ausbildungsstunde.

Unmittelbar nach Kenntnisnahme des Runderlasses wurde seitens der Geschäftsstelle gegenüber dem MGEPA eine deutliche Kritik an dieser Finanzierungsregelung ausgesprochen und dies auch in der Sitzung des Landesfachbeirates für den Rettungsdienst am 09.06.2015 wiederholt. Das MGEPA sah sich jedoch aufgrund der komplizierten Verhandlungen mit den kommunalen Spitzenverbänden und den Verbänden der Krankenkassen im Vorfeld des Runderlasses außerstande, kurzfristig eine Änderung der Rahmenvorgaben im Runderlass im Sinne einer Anhebung der Ausbildungsfinanzierung durchzuführen. Die Gremien der KGNW beschlossen daraufhin, für einen Zeitraum von drei Jahren (Abschluss des ersten Ausbildungszyklus Ende 2018/Anfang 2019) den Krankenhäusern nicht explizit von einer Mitwirkung an der Notfallsanitäterausbildung abzuraten, aber gegenüber dem MGEPA unmissverständlich schriftlich zu äußern, dass eine Beteiligung der Krankenhäuser über das Jahr 2018 hinaus einer Vergütung von zumindest 10,27 €/Ausbildungsstunde bedarf.

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 an Schulabgängern und die niedrige Entscheidungsrate junger Menschen für dieses Berufsfeld unmittelbare Strategien zur Nachwuchsgewinnung.

Vor diesem Hintergrund hat die Geschäftsstelle gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege (LAG) und dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) das Projekt eines regionalen Online-Portals für Pflegeberufe angestoßen. Mit dem Online-Portal soll die Attraktivität der Pflegeberufe nachhaltig gesteigert, alle wesentlichen Informationen zur Aus- und Weiterbildung der Pflegeberufe in NRW nutzergerecht aufbereitet und eine georeferenzielle Darstellung der verfügbaren Ausbildungsplätze ermöglicht werden.

Im Rahmen der Projektumsetzung konstituierte sich eine Steuerungsgruppe, bestehend aus den Vertretern der beteiligten Ver-

bände. Nach abschließender Genehmigung des Fördermittelantrags durch das MGEPA erfolgten umfangreiche Programmierarbeiten durch eine hierfür beauftragte Agentur in Berlin. Die einzelnen Projektschritte wurden durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe engmaschig begleitet und kontrolliert sowie regelmäßig dem Vorstand der KGNW berichtet. Am 26.02.2015 wurde die Internetseite im Rahmen einer Landespresskonferenz im Landtag durch Frau Ministerin Barbara Steffens, den Präsidenten der KGNW, Herrn Jochen Brink, und Herrn Oliver Baiocco als Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in NRW (LAG) offiziell gestartet und der Presse vorgestellt. Seitdem haben sich mehr als 1.000 Einrichtungen und Dienste, die an der Pflegeausbildung beteiligt sind, auf der Webseite registrieren lassen. Mit deutlich mehr als 10.000 Aufrufen seit dem 26.02.2015 wird die Internetseite von den Bürgerinnen und Bürgern gut angenommen. Die Steuerungsgruppe und eine Unterarbeitsgruppe zur inhaltlichen Weiterentwicklung der Internetseite tagen weiterhin regelmäßig und bereiten u. a. eine Kooperation mit dem Ministerium für Schule und Weiterbildung sowie dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales in NRW (MAIS) und der Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit vor.

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.

Zwei Zwischenberichte wurden im März und im Dezember 2013 erstellt, der Abschlussbericht im Dezember 2014 vorgelegt. Die Berichte beschäftigen sich mit den Kriterien „Curricula“, „Versorgungsqualität“, „Kompetenzanalyse“, „Kooperationsstrukturen“, „Studienablauf“ und „studentische Arbeitsbelastung (Workload)“.

Die Autoren empfehlen eine qualitativ hochwertige Wissensvermittlung der theoretischen und praktischen Ausbildungs- und Studienanteile durch akademisches Lehrpersonal. An einem beruflichen und einem akademischen Bildungsweg soll festgehalten werden. Die Empfehlung sieht vor, dass auch hochschulische Abschlüsse zur Berufs-

ausübung berechtigen sollen. Hinsichtlich einer Aufgabenzuschreibung werden den Absolventen der Studiengänge erweiterte Kompetenzen zugeschrieben. Auch wenn die Ausbildung bundesgesetzlich geregelt werden sollte, sehen die Autoren in ihrer Empfehlung vor, dass diese offen zu gestalten sei, damit den Hochschulen eigene Spielräume für thematische Schwerpunkte und eigene Modalitäten ermöglicht würden. Duale Studiengänge lägen im Kompetenzbereich der Hochschule und werden als primärqualifizierend mit einem hochschulischen Bildungsabschluss angesehen. Diese bekommen nach Einschätzung der Autoren in den berufsgesetzlichen Regelungen zukünftig eine größere Bedeutung. Die Autoren stellen hierbei die Frage, ob ein primärqualifizierendes Pflegestudium bzw. ein Hebammenkundliches Studium weiterhin mit einem Ausbildungsverhältnis verknüpft werden müsse.

Nach mehreren Sitzungen und Telefonkonferenzen konnte eine finale Fassung der Stellungnahme des Fachbeirates konsentiert und durch Frau Ministerin Steffens im Beisein des Präsidenten der KGNW, Herrn Jochen Brink, am 29.05.2015 in Berlin vorgestellt werden.

Das neue Pflegeberufegesetz

Seit 2010 wurde unter gemeinsamer Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ auf ministerieller Fachebene eingesetzt. Als Ergebnis wurde im März 2012 ein Eckpunktepapier zur Vorbereitung eines Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes veröffentlicht. Im damaligen Stellungnahmeverfahren hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) grundsätzlich für ein neues Pflegeberufegesetz positioniert, welches das Altenpflegegesetz (AltPflG) und das Krankenpflegegesetz (KrPflG) ablöst und die damit verbundene Zusammenlegung der drei Ausbildungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege befürwortet. Auch eine akademische Qualifizierungsmöglichkeit soll in einem neuen Pflegeberufegesetz Berücksichtigung finden. Aus Sicht der Krankenhäuser sind bei einer Reform der Pflegeausbildung jedoch insbesondere folgende Voraussetzungen zu beachten:

- Sicherung der Finanzierung der Ausbildung nach § 17a KHG
- Erhaltung der bisherigen Ausbildungsplatzkapazitäten
- Sicherung und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards der Ausbildung
- Erwerb der erforderlichen Kompetenzen curricular gewährleisten
- Sicherung der Ausbildung wohnortnah

Die KGNW hat seinerzeit ebenfalls eine Stellungnahme erarbeitet, die die Stellungnahme

der DKG grundsätzlich unterstützt. Im weiteren Verlauf wurde 2013 ein Finanzierungsgutachten durch die Prognos AG und das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) im Auftrag des BMG und des BMFSFJ erstellt. Im Jahr 2014 fanden diverse Treffen und Workshops der Bund-Länder-AG und ausgewählten Hochschulvertretern statt. Aus diesen Beratungen stammt ein BMFSFJ-/BMG-Diskussionspapier zur Reform der Pflegeausbildung. Im weiteren Verlauf wurde ein Arbeitsentwurf des BMFSFJ und des BMG zur Reform der Pflegeausbildung mit dem Titel „Gesetz über den Pflegeberuf (Pflegeberufegesetz – PflBG)“ mit Stand vom 01.06.2015 veröffentlicht.

Unter Berücksichtigung der genannten Dokumente fanden unterjährig weitere Beratungen in den Gremien der DKG und auf ministerieller Arbeitsebene in NRW – stets mit Beteiligung der KGNW – statt. Seitens der DKG und der KGNW wurden Kritikpunkte geäußert, u. a. bezüglich einer derzeit nicht auskömmlich geplanten Finanzierung, erwartbarer Kapazitätsprobleme im Bereich der Pädiatrien, offener Fragen zum Kompetenzerhalt der bisherigen Berufsbilder der Pflegeberufe, zur vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit in der Pflegeausbildung, zu den Anforderungen an eine Pflegeassistentenausbildung und zu den akademischen Qualifizierungswegen. Diese Aspekte wurden seitens der DKG in einem ausführlichen Schreiben am 03.09.2015 dem BMG mitgeteilt und es wurde um eine entsprechende Berücksichtigung im Gesetzgebungsprozess gebeten.

Abschlussbericht zum „Runden Tisch Geburtshilfe NRW“

Im Koalitionsvertrag vom 18.06.2012 vereinbarten die Regierungsfractionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen, einen „Runden Tisch Geburtshilfe“ einzurichten, um in NRW für schwangere Frauen das Recht auf eine freie Wahl bei der Geburtshilfe, u. a. bezüglich des Geburtsortes (Krankenhaus, Geburtshaus, Hausgeburt), weiterhin sicherzustellen. Daneben sollte sich der „Runde Tisch Geburtshilfe“ mit den steigenden Kaiserschnittraten beschäftigen.

In den Jahren 2014 und 2015 erfolgten zahlreiche Sitzungen des „Runden Tisches Geburtshilfe“ unter Beteiligung der KGNW. Im Anschluss an die Beratungen wurde unter der Moderation des Landesentrums für Gesundheit (LZG) und des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) ein Abschlussbericht zum „Runden Tisch Geburtshilfe“ erstellt.

Dieser führte zu einer kontroversen Diskussion unter den Mitgliedern des „Runden Tisches Geburtshilfe“. Insbesondere die Ärztekammern in Westfalen-Lippe und Nordrhein sowie die KGNW merkten zu zentralen Punkten des Berichtes einen erheblichen Änderungsbedarf an. Es wurden schließlich ein schriftliches Stellungnahmeverfahren und im Anschluss daran zwei weitere Sitzungen des „Runden Tisches Geburtshilfe“ vereinbart. Im Verlauf dieser Sitzungen konnte der überwiegende Teil der Kritikpunkte der KGNW ausgeräumt werden. Dort, wo kein Konsens erreicht werden konnte, wird die abweichende Bewertung der KGNW über ausführliche Fußnoten im Abschlussbericht dargestellt. Unter Berücksichtigung dieser textlichen Überarbeitungen und Fußnoten hat der Vorstand der KGNW dem Abschlussbericht zugestimmt.

Psychiatrieplan NRW

Mit einer Auftaktveranstaltung am 26.03.2015 im MGEPA wurden die Arbeiten zum Landespsychiatrieplan NRW gestartet und fünf Unterausschüsse (UA) gebildet: UA patientenzentrierte und sektorenübergreifende Behandlung – Klinik und ambulanter Sektor, UA psychisch kranke ältere Menschen, UA psychisch kranke Kinder und Jugendliche, UA Selbsthilfe und Partizipation,

UA Soziale Teilhabe, Arbeit und Beschäftigung. Im Verlauf der ersten Sitzungen dieser UA wurden darüber hinaus weitere unterausschussübergreifende Arbeitsgruppen ins Leben gerufen. Konkrete Arbeitsergebnisse liegen derzeit noch nicht vor. Das MGEPA plant am 25.02.2016 eine Fachtagung zum Psychiatrieplan NRW.

Landesausschuss Pflege und Alter (LAPA)

Der LAPA hat sich im Jahr 2015 konstituiert. Er nimmt eine gesetzliche Aufgabe nach dem Pflegeversicherungsgesetz wahr und kann einvernehmlich Empfehlungen zu dessen Umsetzung verabschieden (§ 92 SGB XI). Zudem berät er die Landesregierung in allen Fragen der Alten- und Pflegepolitik (§ 3 Abs. 2 APG NRW). Er ist das Nachfolgegremium

des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Derzeit gehören 53 Spitzen- und Berufsverbände, Fachgesellschaften, Gewerkschaften, Pflegekassen und weitere Interessenverbände für alte, behinderte, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige dem Ausschuss an.

Recht und Personal/Vorstand

Aufgabenspektrum und Schwerpunkte

Die Arbeitsschwerpunkte des Referats IV („Recht und Personal“) lagen auch im Jahr 2015 in der Umsetzung der neuen Selbstverwaltungsaufgaben im Bereich des § 17c KHG und des § 116b SGB V. Neben diversen Verhandlungen mit den Selbstverwaltungspartnern und den Beteiligungen 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 über zahlreiche Gesetzesinitiativen sowie -änderungen in unterschiedlichen Themenfeldern als auch über Auswirkungen der Rechtsprechung, insbesondere des Bundessozialgerichtes informiert. Des Weiteren wurden laufende Musterverfahren betreut, deren Abwicklung im Rahmen des Prozess-

kostenfonds 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 (z. B. Fragen zur Vertragsgestaltung, Kostenerstattung, Nutzungsentgelt), Datenschutzrecht (Fragen zur Schweigepflicht, zur Herausgabe von Krankenunterlagen an Kostenträger und sonstige Dritte) sowie zu den Musterbehandlungsverträgen nebst den dazugehörigen allgemeinen Vertragsbedingungen Stellung genommen.

Selbstverwaltungsaufgaben

Landesebene

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – erweiterte Landesausschüsse (§ 116b Abs. 3 SGB V)

Mit dem am 01.01.2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) wurde der Weg für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gem. § 116b SGB V (neu) geebnet. Zwi-

schzeitig hat der hiermit geschaffene eigenständige Versorgungsbereich insbesondere in Nordrhein-Westfalen Gestalt angenommen.

Aktueller Sachstand zur Umsetzung

Bereits im vergangenen Jahr sind aufbauend auf der allgemeinen und krankheitsübergreifend geltenden ASV-Richtlinie (ASV-RL) die ersten beiden erkrankungsbezogenen Konkretisierungen vom Gemeinsamen Bun-

desausschuss (G-BA) beschlossen worden, die erstmalig potentiellen Leistungserbringern die Möglichkeit eröffneten, an der ASV teilzunehmen. Dabei handelte es sich zum einen um die Tuberkulose und atypische Mykobakteriose und zum anderen um die gastrointestinalen Tumoren. Daran anschließend wurde auch in diesem Jahr die sukzessive Konkretisierung der im § 116b Abs. 1 Satz 2 SGB V aufgeführten und im Rahmen der ASV behandelbaren Krankheiten fortgeführt. Am 30.06.2015 trat die Konkretisierung zum Marfan-Syndrom in Kraft (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 187/2015 vom 23.04.2015, Nr. 269/2015 vom 19.06.2015 und Nr. 313/2015 vom 14.07.2015).

Vorgesehen war daneben auch das Inkrafttreten des Beschlusses zu den gynäkologischen Tumoren (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 186/2015 vom 23.04.2015). Obwohl der G-BA bereits zu Beginn des Jahres hierzu eine Konkretisierung beschlossen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwecks Prüfung gem. § 94 Abs. 1 Satz 1 SGB V zugeleitet hatte, wird das Inkrafttreten erst im 1. Halbjahr 2016 erwartet. Grund hierfür ist zum einen die zwischenzeitlich vom G-BA beschlossene Sonderregelung für Subspezialisierungen, die auch denjenigen Teams die Teilnahme ermöglichen soll, die sich im Rahmen der ASV auf die ausschließliche Behandlung von Mammakarzinomen oder anderen gynäkologischen Tumoren beschränken möchten (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 303/2015 vom 08.07.2015). Daneben bedürfen die vorgenannten Beschlüsse zu den gynäkologischen Tumoren durch das mit dem Inkrafttreten des GKV-VSG am 23.07.2015

einhergehende Entfallen der schweren Verlaufsformen u. a. bei onkologischen Erkrankungen einer Anpassung. Eine erneute Übermittlung der vollständigen Beschlüsse in einer konsolidierten und inhaltlich angepassten Fassung zu den gynäkologischen Tumoren an das BMG zwecks Prüfung ist für Ende Dezember 2015 vorgesehen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 415/2015 vom 30.09.2015).

Die inzwischen in drei Erkrankungsbereichen erbringbaren ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen und die mit dem Anzeigeverfahren einhergehenden zahlreichen Nachfragen generierten einen erheblichen Beratungsbedarf. Insgesamt wurden im Jahr 2015 im Landesteil Nordrhein fünf weitere Anzeigen an den Entscheidungsausschuss – das verkleinerte Gremium des erweiterten Landesausschusses – gerichtet, die in ebenso vielen Sitzungen beschieden wurden. Im Landesteil Westfalen-Lippe wurden fünf Anzeigen gestellt sowie sieben Erweiterungsanzeigen, die insgesamt sechs Sitzungen und vier schriftliche Umlaufverfahren nach sich zogen. Die KGNW war in sämtlichen Sitzungen des Entscheidungsausschusses als Vertreterin der Krankenhausbank zugegen sowie an den schriftlichen Umlaufverfahren beteiligt, sodass sie auch in die der Entscheidung vorangehende Prüfungsphase der einzelnen Anzeigen stark eingebunden war.

Weitere Beratung und Konkretisierungen in der Selbstverwaltung

Wie auch im Vorjahr fanden diverse Erörterungsgespräche mit den Kostenträgern des

erweiterten Landesausschusses für den Landesbereich Nordrhein zwecks Abstimmung eines Haushaltsplans für die durch das Vorhalten des erweiterten Landesausschusses entstehenden Kosten statt. Die im Vorjahr trotz überschaubarer Anzeigeneingänge hohen Kosten wurden von der die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Nordrhein vorhaltenden Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zunächst auch für das Jahr 2015 entsprechend prognostisch beibehalten. Im Ergebnis gelang es, die für das Haushaltsjahr 2015 angesetzten Kosten annähernd um die Hälfte zu reduzieren. Die für das Jahr 2015 erzielte Haushaltsprognose wurde auch im Kostenplan für das Folgejahr 2016 nahezu beibehalten.

Daneben fand erneut eine Sitzung der auf Landesebene bestehenden Arbeitsgruppe „erweiterter Landesausschuss“ statt, an der die Trägerorganisationen der erweiterten Landesausschüsse teilnehmen und die sowohl der Erörterung von Grundsatzfragen als auch als Verhandlungsebene im Vorfeld der erweiterten Landesausschüsse dient. Die inhaltliche Befassung erstreckte sich überwiegend auf die Beratung der Anzeigeformulare für das Marfan-Syndrom und die gynäkologischen Tumoren sowie die Klärung offener Rechtsfragen.

Zusätzlich hat das Referat IV auch in diesem Jahr erneut federführend die Organisation der seit 2012 bestehenden und mit der fortwährenden Umsetzung des § 116b SGB V befassten Arbeitsgruppe der Landeskrankengesellschaften (LKG-AG § 116b SGB V)

wahrgenommen. Im Rahmen dieser LKG-AG fanden zwei Sitzungen in verschiedenen Geschäftsstellen der Landeskrankengesellschaften statt, zu denen regelmäßig Vertreter aller 16 Bundesländer sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zusammenkommen, um einen Austausch über den jeweiligen Entwicklungsstand in den einzelnen Bundesländern, die konkrete Ausgestaltung des Anzeige- und Prüfverfahrens, die Kostenentwicklung sowie die Diskussion über die im Rahmen des § 116b SGB V auftretenden Rechtsprobleme und die unterschiedlichen Rechtsauffassungen aufrechtzuerhalten.

Ferner fand am 13.11.2015 in Berlin – wie bereits im Vorjahr – ein Informationsaustausch der bundesweiten erweiterten Landesausschüsse und des G-BA zu Fragen der ASV gem. § 116b SGB V statt, an dem auch die KGNW teilnahm. Das Treffen eröffnet den Geschäftsstellen der erweiterten Landesausschüsse die Möglichkeit, ihre Fragen an den G-BA heranzutragen, und dient einem konstruktiven Austausch mit den Vertretern aus anderen Bundesländern.

Auswirkungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) auf die ASV

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) zum 23.07.2015 sind auch im Rahmen der ASV gem. § 116b SGB V Neuerungen einhergegangen, die teilweise unmittelbare Relevanz für die (potentiellen) Leistungserbringer entfalten:

(1) Partielles Entfallen der schweren Verlaufsformen

Bislang waren die im § 116b Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V aufgeführten Erkrankungen nur bei Vorliegen schwerer Verlaufsformen im Rahmen der ASV behandelbar. Nunmehr ist diese Einschränkung zumindest für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen entfallen. Das Entfallen der schweren Verlaufsformen entfaltet derzeit lediglich für den Erkrankungsbereich der gastrointestinalen Tumoren Relevanz, da sowohl die Tuberkulose als auch das Marfan-Syndrom im § 116b Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V aufgeführt sind und somit von vornherein nicht von der Einschränkung der schweren Verlaufsformen umfasst waren.

(2) Verlängerung des Bestandsschutzes

Vor dem Inkrafttreten des GKV-VSG sah § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V vor, dass Altbestimmungen gem. § 116b SGB V (alt) spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der jeweiligen erkrankungsbezogenen Konkretisierung des G-BA von der Bezirksregierung aufzuheben sind.

Nunmehr gilt, dass Altbestimmungen gem. § 116b SGB V (alt) unwirksam werden, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ASV gem. § 116b SGB V (neu) zugelassen ist. Unabhängig von einer Zulassung nach den neuen Bestimmungen gem. § 116b SGB V werden Altbestimmungen im Übrigen spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der entsprechenden erkrankungsbezogenen Konkretisierung des G-BA unwirksam.

(3) Klarstellung der Fristunterbrechung bei Nachforderung von Unterlagen während des Prüfverfahrens

Vor Inkrafttreten des GKV-VSG bestand zwischen den einzelnen Bundesländern Uneinigkeit, ob die mit der Nachforderung von Unterlagen während des Prüfverfahrens einhergehende Fristunterbrechung als Hemmung oder Neubeginn der Frist zu qualifizieren ist. Nunmehr steht fest, dass die Frist lediglich unterbrochen wird, sodass bei Vorliegen der nachgeforderten Unterlagen die verbleibende Frist weiterläuft.

Landesschlichtungsausschuss NRW (§ 17c Abs. 4 KHG)

Zum 01.08.2013 wurde durch das Beitragsschuldengesetz für Abrechnungstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ein verpflichtendes Schlichtungsverfahren nach § 17c Abs. 4 und 4b KHG eingeführt. Betroffen hiervon sind

Fälle, in denen der Wert der streitigen Forderung 2.000 € nicht übersteigt. Bevor Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden kann, ist zwingend ein Schlichtungsverfahren vor dem Schlichtungsausschuss durchzuführen. Ziel der Regelung sollte nach den Plänen der

Bundesregierung eine Entlastung der Sozialgerichte sein.

Mit Beschluss vom 21.08.2014 haben die nordrhein-westfälischen Schiedsstellen nach § 18a Abs. 1 KHG in einer gemeinsamen Sitzung einen vorläufigen nordrhein-westfälischen Schlichtungsausschuss (vLSA NRW) nach § 17c Abs. 4 Satz 11 KHG auf Grundlage einer vorläufigen Geschäftsordnung nebst Verfahrensordnung des vorläufigen Schlichtungsausschusses errichtet.

§ 5 Abs. 1 der vorläufigen Geschäftsordnung (alte Fassung) regelt, dass die Amtszeit des vLSA NRW am 01.09.2014 beginnt und endet, wenn die nordrhein-westfälischen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die KGNW den „endgültigen“ Schlichtungsausschuss errichtet haben bzw. spätestens mit Ablauf des 28.02.2015. Die Trägerorganisationen beabsichtigten zum 01.03.2015 die Bildung eines endgültigen Schlichtungsausschusses gem. § 17c Abs. 4 KHG, der den vorläufigen, durch die Schiedsstellen errichteten Schlichtungsausschuss ablösen sollte.

Die Geschäftsstelle der KGNW hat ihre Mitgliedskrankenhäuser mit Rundschreiben Nr. 443/2014 vom 20.10.2014 über das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 08.10.2014 (Az.: B 3 KR 7/14 R) informiert, welche zum damaligen Zeitpunkt nur als Terminbericht vorlag. In seinem Urteil hat der 3. Senat in einem „obiter dictum“ grundsätzliche Aussagen zur Rechtsnatur der Entscheidung der Schlichtungsausschüsse bzw. der Schiedsstellen (bei Entscheidungen nach

§ 17c Abs. 4 Satz 10 KHG) getroffen. So sei nach Auffassung des BSG der Schlichtungsausschuss – wie auch die Schiedsstelle – eine Behörde im Sinne des Verfahrensrechts, die durch Verwaltungsakt entscheide. Klagen müssten demnach unmittelbar „gegen die Entscheidung des Schlichtungsausschusses nach § 17c Abs. 4 KHG“ bzw. der Schiedsstelle nach § 18a KHG, somit also direkt gegen die Schiedsstelle bzw. den Schlichtungsausschuss gerichtet werden.

Bereits nach Veröffentlichung der Pressemitteilung des BSG im Herbst 2014 haben sich die Trägerorganisationen des vLSA NRW mit allen Ausschussvorsitzenden abgestimmt und beschlossen, dass das Schlichtungsverfahren in NRW – trotz der Entscheidung des 3. Senats des BSG – nach den Vorgaben der vorläufigen Geschäfts- und Verfahrensordnung auf Basis des „Schlichtungsmodells“ durchzuführen sei und es sich bei der Entscheidung des vLSA NRW nicht um einen Verwaltungsakt handle. Zudem waren sich alle Beteiligten darüber einig, dass der vLSA NRW arbeits- und funktionsfähig sei und haben dies entsprechend in- und extern kommuniziert.

Am 12.12.2014 hat ein erster nicht öffentlicher Beratungstermin des Spruchkörpers I unter dem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. Ricken stattgefunden, in dem über fünf Schlichtungsanträge beraten wurde. In diesem Beratungstermin wurde die Entscheidung des 3. Senats des BSG vom 08.10.2014, die auch zu Irritationen der Schlichtungsausschussvorsitzenden geführt hat, vorab analysiert. Die Mitglieder des vLSA NRW sahen sich je-

doch an die Entscheidung der Selbstverwaltungspartner gebunden, dass der vLSA NRW arbeits- und funktionsfähig ist. Mit Blick auf die Rechtsfolge der Auslegung des BSG hinsichtlich der Klage gegen den vLSA NRW sind dessen Mitglieder auf Vorschlag des Vorsitzenden einvernehmlich zu dem Ergebnis gekommen, die Anträge zwar zu beraten, jedoch keine endgültigen Schlichtungsvorschläge zu unterbreiten. Vielmehr werden zunächst im Rahmen von „Zwischenverfügungen“ den betroffenen Parteien eine erste Einschätzung zum vorliegenden Sachverhalt gegeben und angefragt, inwieweit eine Einigung auf Basis der „ersten Bewertung“ des vLSA NRW möglich sei. Den Mitgliedern war klar, dass sie sich hier in einer „Grauzone“ bewegen, da die Verfahrensordnung derartige Vorgehensweisen nicht vorsieht. Des Weiteren waren sich alle darüber bewusst, dass dies nur kurzfristig weiterhelfen würde, denn in den Fällen, in denen mindestens eine Partei eine gerichtliche Klärung wünscht, muss das Schlichtungsverfahren auch spätestens innerhalb von drei Monaten abgeschlossen werden, um einer Untätigkeitsklage zu entgehen.

Die Arbeitsgruppe auf Landesebene „LAG § 17c KHG“ musste in ihrer Sitzung am 15.01.2015 darüber entscheiden, ob sie – auch nach Veröffentlichung der Urteilsgründe des Urteils des 3. Senats des BSG – weiter an ihrer Auffassung der Arbeits- und Funktionsfähigkeit des vLSA NRW festhalte oder als „ultimo ratio“ die Funktionsunfähigkeit im Sinne der BSG-Rechtsprechung öffentlich erkläre. Im Hinblick auf die zahlreichen laufenden Antragsverfahren und den noch

zahlreicheren Nichteinigungsprotokollabstimmungen sind die Trägerorganisationen des vLSA NRW zu dem Ergebnis gekommen, dass eine pragmatische Vorgehensweise zu empfehlen sei. So werde derzeit von einer gesetzlichen Klarstellung dahingehend ausgegangen, dass es sich bei den Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nicht um einen Verwaltungsakt handle. Für die Beibehaltung des Verfahrens sprechen zudem die aktuellen politischen Verlautbarungen insbesondere aus der „Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015“ vom 05.12.2014. In dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG werde auf Seite 22 unter Punkt 2.7 erklärt, dass zwar an dem Konzept des obligatorischen Schlichtungsverfahrens nach § 17c Abs. 4 KHG festgehalten werde, jedoch gesetzlich klargestellt werden soll, dass „durch den Schlichtungsspruch kein Verwaltungsakt zustande kommt“.

Allerdings stimmten die Trägerorganisationen des vLSA NRW darin überein, dass die bestehende Möglichkeit einer Untätigkeitsklage gegen den vLSA NRW nicht außer Acht gelassen werden dürfe. Deshalb wäre es hilfreich, wenn nicht sogar notwendig, dass es schnellstmöglich einer gesetzlichen Klarstellung bedürfe. Denn ohne eine solche werden die erstinstanzlichen Gerichte aller Voraussicht nach an der Rechtsprechung des BSG festhalten. Dies wiederum hätte zur Folge, dass kein funktionsfähiger Schlichtungsausschuss nach § 17c Abs. 4 KHG im Sinne der Auslegung der BSG-Rechtsprechung errichtet wäre. Auch wenn sich die Schlichtungsvorschläge sicherlich nicht als Verwaltungsakt umdeuten lassen, wäre die-

se Situation nicht tragbar, da die laufenden und auch abgeschlossenen Schlichtungsverfahren keine rechtliche Relevanz hätten und dementsprechend der vLSA NRW keinen „rechtlichen“ Nutzen hätte. Aus diesem Grund stimmten die Mitglieder der LAG § 17c KHG einem von der KGNW erarbeiteten Entwurf eines gemeinsamen Schreibens an den Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zu. Denn es bot sich an, über das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine entsprechende gesetzliche Änderung herbeizuführen. Der Entwurf des GKV-VSG der Bundesregierung vom 14.12.2014 selbst hat keine Änderung im Sinne des Eckpunktepapiers der Bund-Länder-AG oder sonstige Änderungen enthalten. Andererseits gebe es noch keinen verlässlichen Zeitplan für den weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens, sodass derzeit davon auszugehen sei, dass das GKV-VSG erst im Sommer 2015 in Kraft treten werde. Es erscheine jedoch zweckdienlicher bzw. notwendig eine entsprechende Regelung in ein früheres Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Bevor das Schreiben an Herrn Gröhe versendet werden sollte, wurde dieses an die Vorsitzenden des vLSA NRW mit der Bitte der Zustimmung übermittelt.

Weiter haben die KGNW und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen festgelegt, dass der Spruchkörper V nach dem Rücktritt von Herrn Dr. Lange als Vorsitzendem vorerst nicht neu besetzt werden soll.

Es hat zudem Einigkeit darüber bestanden, dass die ursprünglich geplante und in § 5 Abs. 1 der vorläufigen Geschäftsordnung alte Fassung geregelte Errichtung eines „endgültigen

oder originären“ Schlichtungsausschusses in NRW zum 01.03.2015 nicht zweckdienlich sei. Aus diesem Grund haben die nordrhein-westfälischen Schiedsstellen nach § 18a Abs. 1 KHG mit Beschluss vom 23.02.2015 den gemeinsamen vorläufigen nordrhein-westfälischen Schlichtungsausschuss nach § 17c Abs. 4 Satz 11 KHG bis zum 31.05.2015 verlängert, um zunächst eine Klarstellung des Gesetzgebers in Bezug auf die Rechtsnatur der Entscheidung des Schlichtungsausschusses abzuwarten. Änderungen in der vorläufigen Geschäftsordnung nebst Verfahrensordnung des vLSA NRW sind insoweit nur in Bezug auf die Gültigkeitsdaten vorgenommen worden. Es ist daher bei dem mit KGNW-Rundschreiben Nr. 361/2014 vom 28.08.2014 beschriebenen Verfahren geblieben.

Mit KGNW-Rundschreiben 097/2015 vom 26.02.2015 hat die KGNW ihre Mitgliedskrankenhäuser über die Verlängerung des vLSA NRW bis zum 31.05.2015 informiert.

Am 13.04.2015 ist es dann zu einem weiteren Treffen der „LAG § 17c KHG“ gekommen. Die Geschäftsstelle des vLSA NRW hat in diesem Termin darüber berichtet, dass es zu einem Anstieg von Schlichtungsanträgen gekommen sei. Die Beratungstermine, zu denen meist alle Mitglieder erschienen sind, werden nach Wahrnehmung der Geschäftsstelle sowohl von den Vorsitzenden als auch von den Mitgliedern sehr gut angenommen. Die Vorsitzenden des vLSA NRW haben sich dafür ausgesprochen, weiterhin die Schlichtungsverfahren zu leiten und in nicht öffentlichen Beratungsterminen zu besprechen. Nachdem der Spruchkörper II,

dessen Vorsitzender Herr Dr. Kemper ist, als einziger Spruchkörper über fünf Anträge im schriftlichen Verfahren beraten hat, hat sich gezeigt, dass das schriftliche Verfahren nur bedingt geeignet und lediglich in Fällen, die bereits in ähnlicher Konstellation beraten wurden, als ausreichend anzusehen ist.

Weiter hat sich zwischenzeitlich ergeben, dass der federführende Gesundheitsausschuss für Kulturfragen sowie der Wirtschaftsausschuss dem Bundestag am 29.01.2015 eine Empfehlung zum GKV-VSG vorgelegt haben (BR-Drucksache 641/1/14). Der Bundestag hat sodann in seiner Sitzung am 06.02.2015 Stellung genommen und festgestellt, dass im Sinne des Eckpunktepapiers gesetzgeberisch der mit BSG-Urteil vom 08.10.2014 vorgenommenen Qualifizierung der Entscheidung des Schlichtungsausschusses als Verwaltungsakt entgegengetreten und klargestellt werden sollte, dass sich das in § 17c Abs. 4 KHG vorgesehene Schlichtungsverfahren an das aus dem Zivilrecht bekannte Güteverfahren anlehnt. Dazu soll der LSA im Rahmen eines konkreten Vergütungsstreits keine eigene Entscheidung treffen, sondern den Konfliktparteien – also den Krankenhäusern und Krankenkassen – im Sinne des allgemeinen Verständnisses von einer „Schlichtung“ einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag unterbreiten. Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung vom 25.02.2015 eine solche Klarstellung zwar nicht abgelehnt, aber im Weiteren auch nur eine Überprüfung der Vorschläge in Aussicht gestellt. Die DKG hat in ihrer Stellungnahme vom 17.03.2015 aufgrund der vielfältigen Probleme des Schlichtungsverfahrens auf Landesebene eine ersatzlose Streichung der

Regelungen des § 17c Abs. 4 und 4b KHG gefordert. Hilfsweise hat sie sich den Vorschlägen des Bundesrates vom 29.01.2015 angeschlossen und ebenfalls eine Klarstellung dahingehend gefordert, dass die Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse nicht als Verwaltungsakt ergehen.

Die Trägerorganisationen des vLSA NRW überraschte zwischenzeitlich, dass die Einbringung der entsprechenden Regelungen anstatt im GKV-VSG im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vorgesehen ist, welches erst am 01.01.2016 in Kraft treten soll. Zudem sorgt auch der Inhalt der Neuregelung für Irritationen. Denn anders als in der Beschlussfassung im Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG vorgesehen, wird in der Gesetzesbegründung zum KHSG die VA-Qualität der Entscheidung des Schlichtungsausschusses bestätigt. Daneben ist eine Klarstellung dahingehend erfolgt, dass es sich weiterhin um einen Parteienstreit handelt. Neu ist zudem die parallele Möglichkeit der Anrufung einer Schlichtungsperson, deren Entscheidung allerdings ohne gerichtliche Kontrolle erfolgt, es sei denn die Entscheidung verstößt gegen die öffentliche Ordnung. Damit hat es für die Trägerorganisationen so ausgesehen, als ob der Gesetzgeber auch zukünftig an den Schlichtungsausschüssen festhalten werde. Infolgedessen hat man entschieden, dass die Spruchkörper fortan nicht mehr durch „Zwischenverfügung“ entscheiden sollen, sondern vielmehr einen direkten Schlichtungsvorschlag den Parteien unterbreiten können.

Vor dem Hintergrund der undurchsichtigen Gesetzeslage und den widersprechenden ak-

tuellen Entwicklungen in den beiden parallel laufenden Gesetzgebungsverfahren, haben die Trägerorganisationen des vLSA NRW beschlossen, dass es – entgegen der ursprünglichen Planung – nicht zweckdienlich sei, einen originären Landesschlichtungsausschuss zum 01.06.2015 zu errichten. Aus diesem Grund haben die nordrhein-westfälischen Schiedsstellen nach § 18a KHG mit Beschluss vom 19.05.2015 den vLSA NRW bis zum 31.12.2015 verlängert. Die Schiedsstellen NRW gehen davon aus, dass Ende des Jahres 2015 die beiden Gesetzgebungsverfahren abgeschlossen sein werden und eine etwaige gesetzliche Klarstellung die Gründung des originären LSA NRW Anfang 2016 ermöglicht.

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 235/2015 vom 29.05.2015 hat die KGNW ihre Mitgliedskrankenhäuser über die weitere Verlängerung des vLSA NRW bis zum 31.12.2015 informiert.

Der Entwurf der Bundesregierung zum KHSG überraschte sodann Anfang Juni 2015 damit, dass das Schlichtungsverfahren durch eine Neuanpassung der Absätze 4 und 4b des § 17c KHG vollständig abgeschafft werden soll. Statt eines vor der sozialgerichtlichen Klage obligatorisch durchzuführenden Schlichtungsverfahrens wird die Möglichkeit einer – durch beide Parteien gemeinsam vorzunehmenden – Bestellung einer „unabhängigen Schlichtungsperson“ zur Überprüfung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V eröffnet.

Vor dem Hintergrund, dass nach den Plänen der Bundesregierung das Schlichtungsverfahren abgeschafft werden soll, verwunderte das Urteil des 1. Senats des BSG vom 23.06.2015

(Az.: B 1 KR 26/14 R). Darin hat der 1. Senat – in Abweichung zur Rechtsprechung des 3. Senats vom 08.10.2014 – festgestellt, dass Leistungsklagen für Vergütungsforderungen bis zu 2.000 € ab dem 01.09.2015 als Zulässigkeitsvoraussetzung nun doch (wieder) eine „fehlgeschlagene Schlichtung“ voraussetzen. Dieses Urteil hat zu großer Aufregung in den Bundesländern geführt, denn bis auf Nordrhein-Westfalen und Hamburg hat kein weiteres Land einen Schlichtungsausschuss errichtet. Der nordrhein-westfälische Schlichtungsausschuss hat hingegen bereits am 01.09.2014 seine Arbeit aufgenommen und ist seither funktionsfähig, sodass das Urteil des 1. Senats keine Folgen für die nordrheinwestfälischen Krankenhäuser hat.

Am 05.11.2015 hat der Deutsche Bundestag in 2./3. Lesung über das KHSG beraten und dieses verabschiedet. Der Schlichtungszwang mittels LSA wird darin endgültig abgeschafft (KGNW-Rundschreiben Nr. 483/2015 vom 05.11.2015, Anlage 1 Seite 19 zu Nr. 8 (§ 17c KHG)). Das Gesetz wird nun dem Bundesrat zugeleitet, wo es am 27.11.2015 beraten werden soll. Es ist nicht davon auszugehen, dass das Gesetz durch den Bundesrat geändert wird.

Am 11.11.2015 haben die Trägerorganisationen des vLSA NRW entschieden, dass dieser vor dem Hintergrund der vom Bundestag beschlossenen Abschaffung seine Arbeit am 31.12.2015 beendet.

Bis Ende des Jahres 2015 können die eingegangenen Anträge (aktuell über 400 nicht abgeschlossene Verfahren) von den vier aktiven Spruchkörpern des vLSA NRW nicht insgesamt abschließend bearbeitet werden. Die Anträge werden bis zum Jahresende gem. der Geschäfts-

ordnung des vLSA NRW nach Eingang bearbeitet. Neue Anträge haben daher keine Aussicht mehr auf Bearbeitung in 2015! In 2015 unerledigte Schlichtungsanträge werden – aufgrund der Auflösung des vLSA NRW – nicht mehr weiterbearbeitet. Ab 01.01.2016 werden dementsprechend auch keine Anträge mehr angenommen und keine Codenummern vergeben.

Auch wenn grundsätzlich den verjährungsgefährdeten Ansprüchen (aus 2011) Vorrang eingeräumt wird, gibt es angesichts der begrenzten Kapazitäten keine Garantie dafür, dass bis zum Jahresende noch eingehende 2011er-Fälle in 2015 noch „geschlichtet“ werden.

Die Geschäftsstelle wird ab dem 01.01.2016 den vLSA NRW abwickeln. Die Parteien, die keinen Schlichtungsvorschlag in ihrem Verfahren erhalten haben, werden von der Geschäftsstelle per E-mail informiert und etwaige bereits geleistete Schlichtungspauschalen zurückgezahlt. Die beim vLSA NRW eingegangenen Antrags-/Verfahrensunterlagen werden datenschutzgerecht vernichtet.

Bis Ende 2015 wird der vLSA NRW in ca. 380 Schlichtungsverfahren beraten und Schlichtungsvorschläge an die Parteien übersandt haben. Bisher wurden weniger als 40 % der Schlichtungsvorschläge abgelehnt.

Lenkungsausschuss der Koordinierungsstelle für die 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 Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossenen „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“.

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

der hausärztlichen Versorgung. Zur Umsetzung der vertraglich vorgesehenen und ggf. von der Koordinierungsstelle erweiterten oder konkretisierten Aufgabenstellungen wurden zwei Geschäftsstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Ärztekammern in den jeweiligen Landesteilen eingerichtet. Die KGNW hat auch im Jahr 2015 den Vorsitz des Lenkungsausschusses übernommen. Referat IV hat den landesbezogenen Bericht der Koordinierungsstelle NRW für das Jahr 2014 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 ggf. – nebenfalls gemeinsame Prüfkriterien. Die Geschäftsstelle hat die KGNW übernommen. Die gemeinsame Clearingstelle übernimmt grundsätzlich keine Einzelvertragsprüfung. Die Mitglieder (Vertragsärzte bzw. 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, d. h. nicht anhand der Leitlinie abschließend bewertet werden kann. Eine entsprechende Beratung der Clearingstelle NRW war im Jahr 2015 nicht erforderlich.

Referat IV hat jedoch auch im Jahr 2015 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.

Bundesebene

Die Prüfverfahrenvereinbarung nach § 17c Abs. 2 KHG

Gemäß § 17c Abs. 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 Abs. 1c SGB V. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäu-

sern 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 § 17c Abs. 2 KHG zur Regelung der Durchführung eines MDK-

Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1c SGB V gescheitert sind, hat die DKG die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG angerufen. Am 18.07.2014 fand die zweite mündliche Verhandlung der Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung) gem. § 17c Abs. 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 PrüfV 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.

Ab diesem Zeitpunkt müssen Prüfungen von Behandlungsfällen des Krankenhauses durch die Krankenkassen und den MDK nach den Grundsätzen der PrüfV durchgeführt werden.

Seit der Anwendung der PrüfV im Jahr 2015 ist diese in der Krankenhauspraxis auf teilweise erhebliche Kritik gestoßen. Bemängelt wird vor allem eine Komplizierung des Verfahrens, die Notwendigkeit der Beachtung einer Reihe von Fristen, das Fehlen eines Widerspruchsverfahrens sowie insbesondere die Einhaltung der Vierwochenfrist zur Unterlagenübersendung nach § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV, deren Nichteinhaltung dazu führt, dass das Krankenhaus nur den unstreitigen Rechnungsbetrag verlangen kann. Zudem bedarf es dringend eines Nachweisverfahrens bezüglich des vollständigen Eingangs der Unterlagen beim MDK. Auch streiten die Krankenkassen

und Krankenhäuser in NRW seit Geltung der PrüfV darüber, ob das Kurzberichtsverfahren nach dem nordrhein-westfälischen Landesvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V noch durchzuführen ist. Die KGNW vertritt dazu in dem KGNW-Rundschreiben Nr. 268/2015 vom 19.06.2015 die Auffassung, dass das Kurzberichtsverfahren seit dem 01.01.2015 nicht mehr anwendbar ist. Die wichtigsten Argumente, die für diese Rechtsansicht sprechen, hat die KGNW in einem Musterschreiben zusammengefasst, welches dem Rundschreiben als Anlage beigefügt worden ist.

Die DKG nahm sich der Probleme der Krankenhäuser an und hat am 11.03.2015 und am 23.04.2015 Gespräche mit dem GKV-SV hinsichtlich einer Überarbeitung der PrüfV geführt. Die Bereitschaft des GKV-SV, auf die Forderungen der DKG einzugehen, war jedoch sehr begrenzt. Das von dem GKV-SV als maximal möglich bezeichnete Angebot im Hinblick auf eine Überarbeitung der PrüfV hat den Kritikpunkten der DKG in keiner Weise abgeholfen.

Aufgrund der anhaltenden Kritik an der PrüfV sowie der fehlenden Verhandlungsbereitschaft des GKV-SV hat der Vorstand der DKG in seiner 280. Sitzung am 16.06.2015 in Berlin beschlossen, die PrüfV gem. § 12 Abs. 2 Satz 1 PrüfV fristgemäß zum 31.12.2015 zu kündigen. Die Kündigung ist gegenüber dem GKV-SV mit Schreiben vom 18.06.2015 ausgesprochen worden.

Zeitgleich mit der Kündigung hat die DKG dem GKV-SV ihre Bereitschaft zur zeitnahen Aufnahme konstruktiver Gespräche über den Abschluss einer Anschlussvereinbarung gem. § 12 Abs. 2 Satz 2 PrüfvV signalisiert. Nachdem der Fachausschuss „Recht und Verträge“ der DKG in seiner 85. Sitzung die Thematik des Abschlusses einer Anschlussvereinbarung erneut diskutiert und Eckpunkte zur Überarbeitung der PrüfvV formuliert hat, wurden entsprechende Gespräche mit dem GKV-SV am 22.09.2015 sowie am 27.10.2015 geführt.

Gegenstand des letzten Gesprächstermins war die Ursprungsfassung der PrüfvV, ergänzt um den sich aus Sicht der DKG ergebenden Änderungsbedarf einschließlich denjenigen Änderungen, die der GKV-SV

zum damaligen Zeitpunkt forderte. Der GKV-SV hat deutlich gemacht, dass er sich aktuell nicht in der Lage sehe, konkrete Vorschläge zur Überarbeitung der PrüfvV zu formulieren, gleichwohl habe er jedoch eine Reihe von Anmerkungen zur Überarbeitung der PrüfvV gemacht. Diese wurden durch die DKG in den Entwurf einer überarbeiteten Fassung der PrüfvV eingearbeitet und in der 21. Sitzung der Arbeitsgruppe „MDK“ der DKG am 29.10.2015 in Berlin diskutiert. Zusammenfassend hat sich die AG „MDK“ dergestalt positioniert, dass eine Überarbeitung der PrüfvV zugestimmt werden könne, wenn eine Reihe weiterer Ergänzungen bzw. Klarstellungen ebenfalls Eingang in die PrüfvV finden. Entscheidend für den weiteren Verfahrensverlauf ist nun, wie sich der GKV-SV positioniert.

Gesetzesinitiativen/-änderungen

Gesetzesänderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Verordnungsmöglichkeiten im Rahmen des Entlassmanagements

Mit dem am 23.07.2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) gehen auch Neuerungen für den Bereich des Entlassmanagements einher (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 374/2015 vom 27.08.2015).

Der neu geschaffene Absatz 1a des § 39 SGB V sieht vor, dass Krankenhäuser, soweit dies für die Versorgung der Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, die im

§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V aufgeführten Leistungen verordnen dürfen. Darunter fallen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie. Daneben wird auch die Befugnis zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch Krankenhausärzte erweitert.

Bevor diese im GKV-VSG enthaltenen Neuerungen umgesetzt werden können, muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zunächst die Ausgestaltung des Ordnungsrechts regeln. Zudem müssen die DKG, KBV und der GKV-Spitzenverband einen dreiseitigen Rahmenvertrag schließen.

Terminservicestellen

Im Zuge der Neuerungen durch das GKV-VSG werden die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des neuen § 75 Abs. 1a SGB V verpflichtet, bis zum 23.01.2016 Terminservicestellen einzurichten, die eine Reduzierung der Wartezeiten von Patienten auf Facharzttermine bewirken sollen.

Diese sollen Patienten künftig bei Vorliegen einer Überweisung zum Facharzt innerhalb von einer Woche einen Behandlungstermin bei einem vertragsärztlichen Leistungserbringer gem. § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V vermitteln.

Die Wartezeit auf diesen Termin ist auf maximal vier Wochen beschränkt. Die Entfernung zum Facharzt muss für den Patienten zumutbar sein und bei der Vermittlung eines Termins zu einem Augen- oder Frauenarzt bedarf es ausnahmsweise keiner Überweisung.

Sofern sich die zuständige Terminservicestelle außer Stande sieht, die vorgenannten Fristen mittels eines Termins bei einem vertragsärztlichen Leistungserbringer einzuhalten, hat sie dem Patienten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus vorzuschlagen. Dies gilt ausschließlich vorbehaltlich des Nichtvorliegens einer Routineuntersuchung oder Ba-

gatellerkrankung. Soweit es sich hingegen um eine solche handelt, hat die Terminservicestelle dem Patienten innerhalb einer angemessenen Frist einen Termin bei einem vertragsärztlichen Leistungserbringer zu vermitteln.

Vor einer Umsetzung auf Landesebene müssen zunächst die KBV und der GKV-SV gem. § 75 Abs. 1a Satz 10 SGB V Verfahrensregelungen und Konkretisierungen zu zahlreichen unbestimmten Rechtsbegriffen im Bundesmantelvertrag gem. § 82 Abs. 2 SGB V vereinbaren.

Das Gesetz sieht eine Umsetzung der Terminservicestellen ausschließlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vor und enthält weder konkrete Regelungen zur Einbindung von Landeskrankenhausesellschaften noch von Krankenhäusern.

Die Geschäftsstelle befindet sich gleichwohl derzeit im Dialog mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, um sowohl bei der technischen als auch organisatorischen Umsetzung eine Einbindung zu erzielen und sich auf diese Art und Weise frühzeitig über entsprechende Entwicklungen informieren und idealiter im konstruktiven Dialog Einfluss nehmen zu können.

Information und Beratung/neueste Rechtsprechung

Neue Prüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ (BSG)

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 028/2015 vom 16.01.2015 hat die KGNW ihre Mitgliedskrankenhäuser über das Urteil des BSG vom 01.07.2014 (Az.: B 1 KR 29/13) informiert. Das BSG hat in seinem Urteil eine rechtliche Differenzierung zwischen Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausrechnung vorgenommen. Während der 1. Senat das Urteil des BSG auf Auffälligkeitsprüfungen § 275 Abs. 1c SGB V anwendet, ist er der Auffassung, dass diese Vorschrift für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nicht gilt. Für Letztere gelte weder die Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V noch die Pflicht zur Entrichtung einer Aufwandspauschale gem. § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V. Vielmehr unterliege die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einem eigenen Prüferegime, so das BSG.

In den Entscheidungen vom 14.10.2014 (Az.: B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R) sowie in dem Urteil vom 10.03.2015 (Az.: B 1 KR 4/15 R) hat der 1. Senat seine Rechtsprechung zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit fortgeführt und festgestellt, dass eine Krankenkasse jederzeit die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf bestehende Leistungsverweigerungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen überprüfen könne. Anhaltspunkte für eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der

Abrechnung liegen dann vor, wenn die vom Krankenhaus vorgenommene Auslegung und Anwendung von Abrechnungsvorschriften zweifelhaft ist oder der bestehenden Kodierpraxis widerspricht. Hingegen liege eine Auffälligkeitsprüfung dann vor, wenn die vom Krankenhaus übermittelten Informationen bei der Krankenkasse Fragen nach der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) aufwerfe.

Die Rechtsprechung des 1. Senats ist auf erhebliche Kritik gestoßen – vor allem seitens der Krankenhäuser –, denn sie sehen sich in der Praxis mit vielfältigen Problemen im Zusammenhang mit der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit konfrontiert. Aber auch in der Literatur und der sozialgerichtlichen Rechtsprechung ist die Entscheidung des BSG stark kritisiert worden. So hat das Sozialgericht Mainz in seinem Urteil vom 04.05.2015 (Az.: S 3 KR 518/14 – nicht rechtskräftig) die Zulässigkeit einer eigenständigen Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit bestritten.

Die KGNW hat in ihrem Rundschreiben Nr. 321/2015 vom 20.07.2015 die Auswirkungen der Rechtsprechung des 1. Senats in der Praxis beleuchtet. So haben sich viele Krankenkassen kurzerhand auf die Auffassung des BSG berufen, dass keine Auffälligkeitsprüfung im Sinne des § 275 Abs. 1c SGB V vorliege, sondern eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, wenn es um die Prüfung der § 301-er-SGB-V-Daten in Bezug auf die Kodierung von Hauptdiagnosen, Ne-

bendiagnosen und OPS-Ziffern gehe. Mithin sind Fragen zur Kodierung als sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung angesehen worden, mit der Folge, dass weder die Sechswochenfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V einzuhalten ist noch die Aufwandspauschale gem. § 275 Abs. 1c SGB V vergütet werden muss.

Die KGNW vertritt hingegen die Rechtsauffassung, dass die von den Krankenkassen vorgenommene Abgrenzung weder zulässig im Sinne des Gesetzes noch der bundesvertraglich geregelten PrüfV ist. Mit seinen Feststellungen ignoriert das BSG den eindeutigen Wortlaut des § 275 Abs. 1c SGB V und hat eine neue Form der Abrechnungsprüfung begründet, die im SGB V so nicht vorgesehen ist. Aus Sicht der KGNW bleibt es bei dem Verfahren, dass stets eine Auffälligkeitsprüfung anzunehmen ist, wenn die Einschaltung des MDK zur Klärung medizinischer Fragestellungen bzw. zur Auswertung der medizinischen Dokumentation erforderlich ist. Eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit findet stattdessen nur bei reinen Schreib- und Rechenfehlern statt oder bei Fragestellungen, die durch die eigene Sachkompetenz der Krankenkassenmitarbeit beantwortet werden können.

Die Unterscheidung der Auffälligkeitsprüfung von der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit hat auch Auswirkungen auf die Anwendbarkeit der PrüfV und die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens nach § 17c KHG. Denn sofern das eigene Prüfregime der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zur Anwendung gelangt, findet

die Vorschrift des § 275 Abs. 1c SGB V keine Anwendung, die jedoch gesetzliche Grundlage sowohl für die PrüfV als auch für das Schlichtungsverfahren ist.

Ablehnung der Zahlung der Aufwandspauschale gem. § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 321/2015 vom 20.07.2015 hat die KGNW darüber berichtet, dass einzelne Krankenkassen die Zahlung der Aufwandspauschale verweigern. Weiter hat die KGNW mit KGNW-Rundschreiben Nr. 362/2015 vom 19.08.2015 ihre Mitgliedskrankenhäuser über die Vorgehensweise der AOK Rheinland/Hamburg (AOK R/H) informiert, die seit Juni 2015 unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung rückwirkend bis zum Jahr 2011 die von ihnen gezahlte Aufwandspauschale zurückfordert. Nach ersten Berechnungen beträgt das Rückforderungsvolumen allein der AOK R/H (für vier Jahre) in dieser Thematik 4,5 Mio. €. Aus Sicht der KGNW-Geschäftsstelle ist damit zu rechnen, dass auch weitere Krankenkassen – wie z. B. die AOK plus – über kurz oder lang die Aufwandspauschale zurückfordern werden, sodass das Rückforderungsvolumen am Ende wohl noch deutlich höher ausfallen wird.

Die KGNW-Geschäftsstelle hat aufgrund zahlreicher Anfragen von Krankenhäusern Kontakt mit der AOK R/H aufgenommen und eruiert, ob die AOK R/H zu einer Abstimmung von Musterverfahren bereit sei, um nicht flächendeckend gegen alle Krankenhäuser kla-

gen zu müssen. In diesem Zusammenhang hat die KGNW-Geschäftsstelle der AOK R/H vorgeschlagen, sich auf Basis eines Eckpunktepapiers mit den von den KGNW-Gremien abgestimmten Grundsätzen – ähnlich wie bei den Musterverfahren zum Hilfsmittelregress der Barmer – zu einigen, ob der Abschluss einer Rahmenvereinbarung Aussicht auf Erfolg habe.

Nachdem die AOK R/H intern über die Abstimmung von Musterverfahren und den Rahmenvertrag auf Basis der von der KGNW übersandten Forderungen diskutiert hatte, haben die Vertreter der AOK R/H nach mehreren Telefonaten und E-Mails der Geschäftsstelle der KGNW mitgeteilt, dass aus ihrer Sicht einige Änderungen vorgenommen werden müssten, ehe man zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung bereit sei. Aus diesem Grund hat die AOK R/H der KGNW Anfang Oktober 2015 einen Entwurf einer Mustervereinbarung geschickt, welcher den Vorstellungen der KGNW jedoch nicht entsprochen hat, sodass die KGNW die Rahmenvereinbarung auf Basis dieses Entwurfes nicht abschließen konnte. Mithin kommt die Durchführung von Musterverfahren in NRW nicht in Betracht. Stattdessen empfiehlt die KGNW ihren Mitgliedskrankenhäusern, weiter die Zahlung der Aufwandspauschale zu fordern. Die Anforderungen der Krankenkassen können mithilfe eines von der KGNW erstellten Musterschreibens beantwortet werden (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 362/2015 vom 19.08.2015, Anlage 3).

Die Landeskrankenhausesellschaften und die DKG sind sich einig, dass es dringend

einer klaren, handhabbaren Trennlinie zur Abgrenzung der Auffälligkeitsprüfung von der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit im Gesetz und in der Prüfv bedarf. Anderenfalls wäre eine Geltendmachung des Anspruchs auf Zahlung der Aufwandspauschale gem. § 275 Abs. 1c SGB V für die Krankenhäuser nur noch auf dem Gerichtsweg möglich. Deshalb hat die DKG die Problematik in die politische Diskussion eingeführt, damit die Politik im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform entsprechende Regelungen im KHSG aufnimmt. Am 05.11.2015 hat der Deutsche Bundestag in seiner 2./3. Lesung sodann über das Krankenhausstrukturgesetz beraten und dieses verabschiedet. Darin ist in Art. 6 Nr. 21a eine Neuregelung des § 275 Abs. 1c SGB V vorgesehen. Es wird nunmehr festgelegt, dass sich die Fristen- und Anzeigeregelung des Satzes 2 und die Regelung zur Aufwandspauschale in Satz 3 auf jede Prüfung der Abrechnung einer stationären Behandlung beziehen, mit der eine Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Somit hat der Gesetzgeber eine Klarstellung getroffen. Offen bleibt hingegen, ob die Rechtsprechung des 1. Senats zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit auch rückwirkend anzuwenden ist, sodass die Krankenkassen die gezahlte Aufwandspauschale zurückfordern können. Dies wird aus Sicht der KGNW nur durch eine Klage beim Bundesverfassungsgericht endgültig entschieden werden können.

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (BSG)

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 025/2015 vom 15.01.2015 und Nr. 126/2015 vom 12.03.2015 hat die KGNW über die Entscheidungen des 1. Senats des BSG vom 14.10.2014 (Az.: B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R) berichtet. Mit seinen Urteilen hat das BSG Feststellungen zur Zulässigkeit von Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Abrechnung bezüglich Leistungen zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung getroffen. Dabei hat der 1. Senat zum einen seine Rechtsprechung vom 01.07.2014 (Az.: B 1 KR 29/13) zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit fortgeführt. Zum anderen hat es seine bisherige Rechtsprechung bestätigt, wonach ein Krankenhaus seine Informationsobliegenheiten vollständig zu erfüllen habe. Während bisher die unvollständige Erfüllung der Informationsobliegenheiten zur Folge hatte, dass die Rechnung nicht fällig wurde oder das Krankenhaus ggf. auf die Geltendmachung der Aufwandspauschale verzichten musste, bekommt die Nichtbeachtung der Informationsobliegenheiten nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V nunmehr eine neue Qualität, da in diesen Fällen ein ausreichender Anhaltspunkt für die Durchführung einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung vorliegt.

Auswirkungen für die Krankenhäuser hat die Rechtsprechung des 1. Senats insofern, dass völlig ungewiss ist, welche Leistungen unter das Übermittlungserfordernis des § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB zu fassen sind. Das BSG selbst hat zur Definition der Infor-

mationsobliegenheiten auf den Katalog der nach § 301 SGB V zu übermittelnden Daten zurückgegriffen und festgestellt, dass die Krankenhäuser, wenn sie geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abrechnen wollen, die entsprechenden Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V an die Krankenkassen übermitteln müssen. Einer genauen Definition der zu übermittelnden Daten hat sich das BSG in seinen Urteilen jedoch enthalten, da die klagenden Krankenhäuser jeweils überhaupt keine Angaben zu den durchgeführten Leistungen der medizinischen Rehabilitation übermittelt hatten. Die KGNW stimmt insofern bezüglich der Frage des Umfangs der Datenlieferung der Auffassung der DKG zu, dass nur die in Anhang A zu Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V niedergelegten Daten im Wege der Datenübermittlung nach § 301 SGB V an die Krankenkassen zu übermitteln sind.

Auch hat sich als problematisch herausgestellt, dass die Übermittlung der Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V in der Praxis nur schwer möglich ist, da eine elektronische Übermittlung in den bestehenden Krankenhaussystemen nicht flächendeckend vorgesehen ist. Deshalb kann aus Sicht der KGNW bis auf Weiteres eine entsprechende Übermittlung in Papierform vorgenommen werden.

Der 1. Senat des BSG hat mit Urteil vom 10.03.2015 (Az.: B 1 KR 4/15 R) seine Rechtsprechung zur geriatrischen frührehabilita-

tiven Komplexbehandlung vom 14.10.2014 fortgeführt und ergänzend festgestellt, dass das Mindestmerkmal „fachärztliche Behandlungsleitung“ des OPS 8-550 einer ununterbrochenen Behandlungsleitung durch einen Facharzt bedarf.

Im Frühjahr 2015 ist die KGNW daneben von ihren Mitgliedskrankenhäusern darüber informiert worden, dass einzelne Krankenkassenverbände vermehrt mit Checklisten an die Krankenhäuser herantreten und Auskünfte über die Erfüllung von Strukturmerkmalen zu intensivmedizinischen und geriatrischen Komplexbehandlungskodes einholen. Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 197/2015 vom 27.04.2015 hat die KGNW – unter Beachtung der Hinweise der einzelnen Zweckverbände – ihren Mitgliedern empfohlen, die Checklisten auszufüllen und zeitnah an die Krankenkassen zurückzusenden.

Eine weitere relevante Entscheidung hat das BSG am 23.06.2015 (Az.: B 1 KR 21/14 R) getrof-

fen, als es feststellte, dass die Durchführung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ein Mindestalter des Patienten von 60 Jahren erfordert. Zur Begründung eines entsprechenden Vergütungsanspruches sind bei Patienten mit einem Alter von 60 bis 70 Jahren ergänzende plausibilisierende Angaben zu machen. Des Weiteren hat der 1. Senat des BSG entschieden, dass es bei einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung für die Behandlungspflicht und den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses (§ 109 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V) keines speziellen Versorgungsauftrages bedürfe, sondern es genügt, dass die Behandlung vom generellen Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst und die behandelnde Abteilung im Krankenhaus hinreichend ausgestattet ist, um den strukturellen Anforderungen einer geriatrischen Frührehabilitation entsprechen zu können. Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 465/2015 vom 28.10.2015 sind die Mitgliedskrankenhäuser über diese Entscheidung informiert worden.

Ambulante Notfallbehandlung

Neue Abrechnungssystematik mit rückwirkender Geltung zum 01.01.2008

Einen weiteren Beratungsschwerpunkt im Jahr 2015 stellte die vom Bewertungsausschuss neu geschaffene Abrechnungssystematik im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung dar.

Das Bundessozialgericht hat in seinen Urteilen vom 12.12.2012 (Az.: B 6 KA 3/12 R und B 6

KA 4/12 R) festgestellt, dass die Regelungen des EBM 2008 über die gesonderte Vergütung der Besuchsbereitschaftspauschale in der ambulanten Notfallbehandlung rechtswidrig sind, da sie zu einer mittelbaren Benachteiligung der Krankenhausambulanzen führen, für die eine sachliche Rechtfertigung fehlt. Der Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM war daher gefordert, eine gesetzeskonforme Neuregelung zu schaffen, die die Ungleichbehandlung rückwir-

kend beseitigt (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 503/2012 vom 21.12.2012 und Nr. 156/2013 vom 22.04.2013).

In seiner 341. Sitzung am 17.12.2014 sowie der 344. Sitzung am 19.01.2015 hat der Bewertungsausschuss Beschlüsse zwecks Umsetzung der Vorgaben des BSG gefasst (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 063/2015 vom 09.02.2015). Diese sahen neben einer rückwirkenden Aufspaltung der bisherigen Notfallpauschale je nach zeitlicher Inanspruchnahme die rückwirkend ersatzlose Streichung der Besuchsbereitschaftspauschalen vor. Vor dem Hintergrund, dass eine rückwirkende Korrektur bestandskräftiger Honorarbescheide ausscheidet, würde diese Neuregelung erneut lediglich diejenigen Krankenhäuser, die quartalsweise Widersprüche gegen die um die Besuchsbereitschaftspauschalen reduzierten Abrechnungs-/Honorarbescheide eingelegt haben, tangieren.

Da der Bewertungsausschuss die Ungleichbehandlung mit der Neuregelung nicht beseitigt, sondern vielmehr manifestiert hat, hat sich die DKG mit der Bitte um Beanstandung an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gewandt (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 100/2015 vom 03.03.2015). Dieses hat daraufhin die rückwirkende Geltung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses beanstandet (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 172/2015 vom 10.04.2015).

In Anlehnung an die hiermit erforderliche Nachbesserung der Beschlüsse für die vergangenen Zeiträume hat der Bewertungs-

ausschuss in seiner 354. Sitzung einen modifizierten Beschluss gefasst. Darin wurde das Verfahren für die rückwirkende Aufspaltung der Notfallpauschale nochmals geändert. An der ersatzlosen rückwirkenden Streichung der Besuchsbereitschaftspauschale zum 01.01.2008 hält der Bewertungsausschuss hingegen fest.

Die durch diesen Beschluss fortbestehende Ungleichbehandlung nahm die DKG wiederum zum Anlass, das BMG aufzufordern, den Beschluss zu beanstanden (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 302/2015 vom 08.07.2015). Das BMG hat sich gleichwohl über diese Forderung hinweggesetzt und mit Schreiben vom 10.07.2015 an den Bewertungsausschuss ohne jegliche Begründung die Nichtbeanstandung des Beschlusses mitgeteilt.

Auf Grundlage des vorgenannten Beschlusses scheidet eine nachträgliche Vergütung der Besuchsbereitschaftspauschalen für den Zeitraum vom 01.01.2008 bis zum 31.03.2015 seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen nunmehr aus. Daher hat die KGNW ihren Mitgliedskrankenhäusern empfohlen, sich gegen diese Willkür zur Wehr zu setzen.

Aus den vorgetragenen Gründen erscheint der Geschäftsstelle zwecks Geringhaltung des administrativen und finanziellen Aufwandes die Abstimmung über die gerichtliche Klärung mittels Musterverfahren als zweckdienlich. Diese Vorgehensweise wurde auf Seiten der KGNW zwischenzeitlich durch einen entsprechenden Gremienbeschluss untermauert.

Diese Überlegungen haben die Geschäftsstelle veranlasst, mit dem Vorschlag der Abstimmung von Musterverfahren an die Kassenärztlichen Vereinigungen heranzutreten. Insoweit hält die KGNW es für sinnvoll, entsprechend der Vorgehensweise im Jahr 2008 ausschließlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Landesbereich Nordrhein Musterverfahren abzustimmen, denen sich die Kassenärztliche Vereinigung im Landesbereich Westfalen-Lippe anschließt. Konkret bedeutet dies, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein die offenen Widersprüche der drei abzustimmenden Krankenhäuser auf Grundlage der aktuellen rückwirkend geltenden EBM-Regelungen bescheidet und die betroffenen Krankenhäuser jeweils eine Klage einreichen. Die Widersprüche der weiteren Krankenhäuser würden hingegen in beiden Landesteilen bis zu einer abschließenden Entscheidung der Musterverfahren ruhend gestellt.

Eine Äußerung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu dem vorgenannten Vorhaben der KGNW steht derzeit noch aus.

Floatender Punktwert

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wurde zum 01.10.2014 dahingehend geändert, dass die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung außerhalb des organisierten ärztlichen Notfalldienstes mit einem floatenden Punktwert vergütet werden (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 222/2015 vom 2015).

Trotz grundsätzlicher Zulässigkeit dieser Vorgehensweise ließ sich in diesem Fall gleichwohl eine Ungleichbehandlung feststellen, da der gestaffelte Punktwert im 4. Quartal 2014 ausschließlich bei der Abrechnung ambulanter Notfallleistungen der Krankenhäuser Anwendung fand, wohingegen die vorgenannten Leistungen der vertragsärztlichen Mitglieder erst ab dem 01.01.2015 mit einem floatenden Punktwert vergütet wurden.

Insoweit hat Referat IV den betroffenen Mitgliedskrankenhäusern empfohlen, ausschließlich für das relevante 4. Quartal 2014 neben der fehlenden Besuchsbereitschaft ausdrücklich auch den gestaffelten Punktwert zu rügen.

Zum 01.01.2015 erfolgte eine weitere Modifizierung des Honorarverteilungsmaßstabes dahingehend, dass nunmehr auch Notfallleistungen innerhalb der Notdienstzeiten einem floatenden Punktwert unterliegen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 340/2015 vom 29.07.2015).

Da die Regelungen zu den gestaffelten Punktwerten bei ambulanten Notfallleistungen innerhalb und außerhalb der Notdienstzeiten allerdings für sämtliche Leistungserbringer gelten, mangelt es seit dem 01.01.2015 an einer Ungleichbehandlung, die einen Widerspruch gegen den Abrechnungsbescheid rechtfertigen würde.

Das KHSVG regelt nunmehr ab den 01.01.2016 verbindlich für die Kassenärztlichen Vereinigungen in § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V: „Die Vergütung der Leistungen im Notfall

und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewendet werden dürfen.“

Damit wird der floatende Punktwert zum 31.12.2015 beendet sein. Die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein werden diese Änderungen zum 01.01.2016 und damit für das 1. Quartal umsetzen müssen.

Behandlung von Asylbewerbern bzw. Flüchtlingen

Referat IV hat die aktuellen administrativen Problemstellungen der Krankenhäuser bei der Behandlung von Asylbewerbern bzw. Flüchtlingen zusammengetragen, analysiert und das MGEPA um Unterstützung bei der Klärung der administrativen und landesspezifischen Fragestellungen gebeten. Zum einen gibt es eine Vielzahl von Abrechnungs- und Leistungsmodalitäten durch die unterschiedlichen Einstufungen der Asylbewerber und die entsprechenden unterschiedlichen Zuständigkeiten bezüglich der Kostenträgerschaften und Ansprechpartner (Land, Bezirksregierung, Kommune, Alleinzuständigkeiten einer bestimmten Behörde, aushelfende Behörde oder Krankenkassen). Zudem droht mit der neuen Rahmenvereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V und der Einführung der G-Karte in NRW ein zusätzlicher Flickenteppich an Zuständigkeiten zu entstehen.

Zum anderen wurde in den Medien und der Politik über unterschiedliche Leistungsspektren für Flüchtlinge berichtet bzw. diskutiert. Darüber hinaus sorgten sich die Mitgliedskrankenhäuser über die Vergütung dieser Leistungen. In der Vergangenheit hatten die Mitgliedskrankenhäuser bereits erhebliche

Vergütungsausfälle bei der Behandlung ausländischer Patienten (u. a. bei libysche. Patienten/Kriegsopfern) und auch speziell bei Asylbewerbern (u. a. aufgrund der BSG-Entscheidung zur Eil-fallregelung, die mit der Neuregelung des § 6a AsylbLG nicht behoben wurde).

Des Weiteren entstanden zunehmend ordnungs-, verwaltungs- und sozialrechtliche Unsicherheiten bei der Behandlung, Administration und Abrechnung von nicht registrierten Flüchtlingen sowie bei der Behandlung von nicht versicherten Ausländern (u. a. aus gesicherten Drittstaaten).

Vor allem wurde deutlich gemacht, dass die Krankenhäuser dringend eine zwischen allen Beteiligten abgestimmte Klarstellung zu den Fragestellungen benötigen.

Behandlung mittelloser Notfallpatienten – Novellierungsbedarf der Nothelferregelungen der §§ 25 SGB XII und 6a AsylbLG

Die Zahl der ausländischen Patienten ohne Versicherungsschutz, insbesondere aus

südöstlichen EU-Mitgliedstaaten, ist in der vergangenen Zeit stark angestiegen. Für zahlreiche Krankenhäuser, vor allem in Kommunen, die Zuwanderungsschwerpunkte sind, ist es in zahlreichen Fällen nicht möglich, die Rechnungen für notwendige Behandlungen zu realisieren. Die Geschäftsstelle erhielt auch im Jahr 2015 immer wieder entsprechende Mitteilungen aus Krankenhäusern. Die Summe der ausstehenden Forderungen hat für betroffene Krankenhäuser oft eine erhebliche Dimension angenommen.

Die rechtlichen Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Kostensicherung sind bei den genannten Personengruppen sehr beschränkt und in der Regel wenig Erfolg versprechend. Hier ist vor allem die Politik gefordert, das Kostenrisiko des Krankenhausträgers für die Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu verringern.

Insbesondere die Nothelferregelung des § 25 SGB XII stellt aufgrund ihrer gesetzlichen Konstruktion und der jüngsten BSG-Entscheidungen für Krankenhäuser regelmäßig eine unüberwindliche Hürde dar. Eine vollständige Refinanzierung der entstandenen Behandlungskosten ist in der Regel nicht möglich. Gleiches gilt für den Bereich des Asylbewerberleistungsgesetzes (und zwar auch noch nach dessen Novellierung).

Nach den grundlegenden Ausführungen des BSG in seinem aktuellen Urteil vom 18.11.2014 zum Umfang und den Voraussetzungen des Nothelferanspruchs eines Kran-

kenhauses nach § 25 SGB XII werden die Erstattungsansprüche von Krankenhausträgern in Nothilfefällen erneut eingeschränkt (siehe KGNW-Rundschreiben Nr. 206/2015 vom 06.05.2015 mit weiteren Nachweisen).

Da Krankenhäuser nach der aktuellen Rechtsprechung verpflichtet sind, unverzüglich nach Aufnahme den Sozialhilfeträger vom Eilfall zu unterrichten, und der Zeitpunkt dieser Unterrichtung die Zäsur für die Berechnung der anteiligen Vergütung bildet, besteht ein direkter Kostenerstattungsanspruch gegen den Sozialhilfeträger daher in der Regel nur noch für den ersten Tag der Aufnahme oder für ein Wochenende – also nur dann, solange noch keine Dienstbereitschaft des zuständigen Sozialhilfeträgers besteht. Ab dem Zeitpunkt der Kenntnis des Sozialhilfeträgers wandelt sich der Kostenerstattungsanspruch des Krankenhauses gegen den Sozialhilfeträger in einen eigenständigen Hilfsanspruch des Patienten um, den auch nur dieser geltend machen kann. Das Risiko, dass ein als Eilfall aufgenommenener und in der Regel aus problematischem Milieu stammender Patient bei der Durchsetzung seines eigenen Sozialhilfsanspruchs nicht mitwirkt, trägt insofern allein das Krankenhaus. Zwar obliegt die Sachverhaltsaufklärung, ob Sozialhilfsansprüche bestehen, von Amts wegen dem Sozialhilfeträger. Gleichwohl trägt letztlich das Krankenhaus die materielle Beweislast dafür, dass der geltend gemachte Anspruch besteht, da nach der derzeitigen Gesetzeslage nach Auffassung des BSG keine über den Zeitpunkt des Einsetzens der Sozialhil-

fe hinausgehende Schutzbedürftigkeit des Nothelfers bestehe (vgl. BSG, Urteil vom 30.10.2013, Az.: B 7 AY 2/12 R).

Der realisierbare Nothelferanspruch deckt daher in der Praxis nur einen Bruchteil der entstandenen Behandlungskosten ab.

Die DKG hat auf die mangelnde Refinanzierung der Nothelferkosten von Krankenhäusern bereits – vergeblich – im Rahmen der Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes aufmerksam gemacht und seitdem wiederholt eine Änderung des Nothelferanspruches im Sinne einer Beweiserleichterung für Krankenhäuser und einer eindeutigen Regelung zur Kostenübernahme für die Zeit bis zur Entlassung der Patienten gefordert. Die jüngsten Entscheidungen des BSG verdeutlichen den gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Die KGNW hat diese Problematik auf Landesebene gegenüber der Politik verdeutlicht

und setzt sich auf Bundesebene über die DKG für eine entsprechende Gesetzesänderung ein.

Die DKG hat sich außerdem an Vertreter aus Politik und Verwaltung gewandt, praktische und rechtliche Probleme der Krankenhäuser bei der Behandlung von Flüchtlingen in einer Handreichung zusammengefasst sowie schnelle Hilfe für die Kliniken gefordert. Diese hat die Geschäftsstelle den Mitgliedern mit KGNW-Rundschreiben Nr. 400/2015 vom 17.09.2015 zur Verfügung gestellt.

Einen umfassenden Überblick über die maßgeblichen Rechtsgrundlagen, den Verfahrensablauf sowie die in der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen und Grundsätze zum Erstattungsverfahren beinhalten die Umsetzungshinweise und Orientierungshilfen der DKG „Das Krankenhaus als Nothelfer“, die den Mitgliedern mit KGNW-Rundschreiben Nr. 139/2015 vom 24.03.2015 zur Verfügung gestellt wurden.

Honorarärzte und Honorarpflegekräfte in Krankenhäusern

Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Ärzten sind 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 den diesbezüglichen Beanstandungen besteht weiterer Klärungsbedarf hinsichtlich der Problematik der sog. Scheinselbstständigkeit bei Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Ärzten.

Referat IV hat die Mitglieder über die Entwicklung in zahlreichen Rundschreiben informiert. 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.

Nachdem die Sozialgerichtsbarkeit in den letzten Jahren vermehrt über die Scheinselbstständigkeit von Honorarärzten im Krankenhaus zu befinden hatte, haben nun auch die ersten Verfahren über die Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status von Honorarpflegekräften die Gerichte erreicht. Auch im Pflegebereich werden Belastungsspitzen durch den Einsatz „freier“, vermeintlich auf selbstständiger Basis arbeitender Pflegekräfte aufgefangen.

Das Hessische LSG hat mit Urteil vom 26.03.2015 (Az.: L 8 KR 84/13) entschieden, dass eine Fachkrankenschwester im Operationsdienst, die in die Planung und Koordination durchzuführender Operationen seitens der Klinik verbindlich einbezogen wird, den hygienischen Bestimmungen der Klinik und den Anweisungen des behandelnden Arztes unterliegt, im Rahmen eines abhängigen, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses tätig sei.

Das LSG Nordrhein-Westfalen hat mit seinem Urteil vom 26.11.2014 (Az.: L 8 R 573/12) entschieden, dass jedenfalls auf einer Intensivstation eingesetzte Pflegekräfte dort als – ggf. befristet beschäftigte – Arbeitnehmer

tätig würden und die Klinik daher für sie Sozialversicherungsbeiträge zahlen müsse.

Mit Blick auf die Honorararztentscheidungen überrascht diese Rechtsprechung der LSG nicht. Die Frage, ob eine selbstständige oder nicht selbstständige Tätigkeit vorliegt, hängt maßgeblich von der Eingliederung in die betriebliche Arbeitsorganisation und der weisungsgebundenen Tätigkeitsausübung ab. Auch wenn es immer auf die Ausgestaltung im Einzelfall ankommt, unterstreichen diese Entscheidungen, dass die Beschäftigung von Honorarpflegefachkräften in Pflege und Funktionsdienst mit einem sehr hohen Risiko der Nachentrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen einhergeht. Lediglich wenn sich der Einsatz von Honorarärzten signifikant von der Beschäftigung von angestelltem Personal unterscheidet, kann möglicherweise eine selbstständige Tätigkeit bejaht werden.

Über diese Entscheidungen hat die Geschäftsstelle mit KGNW-Rundschreiben Nr. 356/2015 vom 11.08.2015 informiert und empfohlen, dass die von personellen Engpässen im Pflegebereich betroffenen Krankenhausträger sich daher überlegen sollten, Auslastungsspitzen eher mit kurzen Teilzeitanstellungen oder im Wege der Arbeitnehmerüberlassung von einem Personaldienstleister oder einer anderen Klinik auszugleichen, als Honorarpflegekräfte zu beschäftigen und damit das Risiko der Nachentrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen und weiteren Sanktionen der Scheinselbstständigkeit einzugehen.

Einbindung von Honorarärzten in die wahlärztliche Behandlung (BGH/BVerfG)

Darüber hinaus wurden die Möglichkeiten von Honorarärzten, auch wahlärztlich tätig zu sein, mit dem Urteil des BGH vom 16.10.2014 (Az.: III ZR 85/14) eingeschränkt, da gegen Honorar für das Krankenhaus tätige Ärzte aus Sicht des Gerichts keine Angestellten noch verbeamtete Ärzte im Sinne des § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG seien und entsprechende Wahlleistungsvereinbarungen nach § 134 BGB nichtig seien. Diese Betrachtung bewirkt für den Krankenhausträger ein erhebliches Risiko von Vergütungs-

fällen, wenn er wahlärztliche Leistungen von Honorarärzten erbringen lässt. Die gegen diese Entscheidung erhobene Verfassungsbeschwerde wurde letztlich durch Beschluss des BVerfG vom 03.03.2015 (Az.: 1 BvR 3226/14) nicht zur Entscheidung angenommen.

Über die Entwicklung hat Referat IV auch im Jahr 2015 mit KGNW-Rundschreiben Nr. 337/2015 vom 27.07.2015 informiert. Die KGNW hat sich über die DKG für eine entsprechende positivrechtliche Klarstellung zur Zulässigkeit der Erbringung wahlärztlicher Leistungen auch durch Honorarärzte eingesetzt.

Abrechnung von wahlärztlichen Leistungen in der Psychosomatik (OLG Celle)/persönliche Leistungserbringung

Das Oberlandesgericht (OLG) Celle hat mit Urteil vom 15.06.2015 (Az.: 1 U 98/14) entschieden, dass wahlärztliche Leistungen in konservativen Fachdisziplinen, wie vorliegend der Psychosomatik, vom Wahlarzt auch dann als eigene Leistungen abgerechnet werden können, wenn dieser nicht sämtliche Leistungsbestandteile persönlich erbracht hat. Nach Auffassung des OLG gibt die Chefärztin einer psychosomatischen Klinik der Behandlung einer Wahlleistungspatientin ihr persönliches Gepräge, wenn sie das Behandlungskonzept entwickelt und überwacht, selbst regelmäßig Therapiemaßnahmen durchführt und die Behandlung im Übrigen durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert und steuert.

Das Urteil befasst sich zwar mit der Erbringung wahlärztlicher Leistungen im Bereich der Psychosomatik, dürfte sich jedoch bei der wahlärztlichen Leistungserbringung auch in anderen konservativen medizinischen Fächern auswirken. Die sich aus der Entscheidung des OLG für die Wahlärzte ergebenden „Erleichterungen“ bei der persönlichen Leistungserbringung und somit auch der Abrechnungsfähigkeit wahlärztlicher Leistungen für den Krankenhausträger sind vom Grundsatz her zu begrüßen, sollten jedoch nicht dazu verleiten, den Grundsatz der Höchstpersönlichkeit der Leistungserbringung über Gebühr zu strapazieren.

Außerdem hat sich das OLG Celle als erstes Obergericht mit der zulässigen Anzahl

der ständigen ärztlichen Vertreter befasst. Danach stehe auch die Benennung von drei Oberärzten als ständige ärztliche Vertreter des Wahlarztes der Wirksamkeit der Wahlleistungsvereinbarung nicht entgegen. Die GOÄ setze gerade nicht voraus, dass jeder Chefarzt nur einen einzigen ständigen ärztlichen Vertreter haben dürfe. Es sei vielmehr zulässig, dass die Klinik für verschiedene Arbeitsbereiche eines Chefarztes jeweils einen ständigen ärztlichen Vertreter bestimmt.

Diese Frage ist in der Praxis zwar schon seit langer Zeit umstritten. Allerdings hatte sich in den letzten Jahren eine Mehrheitsauffassung dahingehend etabliert, in den ärztlichen Fachgebieten mit Subdisziplinen neben dem Wahlarzt für die jeweilige Subdisziplin zulässigerweise auch einen ärztlichen Vertreter vorzusehen. Denn nur in diesen Konstellationen wäre gewährleistet, dass der Patient

letztlich von dem für sein Krankheitsbild fachlich spezialisierten Arzt behandelt wird. Dieser Auffassung scheint nun das OLG Celle zuzuneigen, indem es auf die einzelnen Schwerpunkte der Wahlärztin abstellt.

Krankenhausträger sollten jedoch in der Praxis darauf achten, die Anzahl der Stellvertreter der einzelnen Wahlärzte nicht auszureizen und Vertretermehrheiten lediglich bei unterschiedlichen Subdisziplinen innerhalb eines Fachgebietes oder alternativ zumindest bei unterschiedlichen Schwerpunkten eines Fachgebietes ohne Subdisziplinen vorzuhalten, um dadurch einer Entwertung der wahlärztlichen Leistung als Wahlleistung entgegenzuwirken.

Über dieses Urteil hat die Geschäftsstelle mit KGNW-Rundschreiben Nr. 437/2015 vom 07.10.2015 informiert.

Umsatzsteuer bei der Abgabe von Zytostatika (EuGH/BFH)

Nach der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 13.03.2014 (Az.: C-366/12) hat auch der Bundesfinanzhof (BFH) mit Urteil vom 24.09.2014 (Az.: V R 19/11) entschieden, dass die Verabreichung von Zytostatika im Rahmen einer ambulant in einem Krankenhaus durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung, die dort individuell für den einzelnen Patienten in einer Apotheke dieses Krankenhauses hergestellt werden, als ein mit der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundener Umsatz gem. § 4 Nr. 16 Buchst. b UStG steuerfrei ist. Eine Veröffentlichung des BFH-Urteils im Bundessteuerblatt steht noch aus.

Diese Rechtsprechung hat zu einer Reihe von Folgefragen geführt, insbesondere nach dem sachlichen (nur zytostatikahaltige Zubereitungen oder sämtliche patientenindividuell hergestellte Arzneimittel?) und zeitlichen (nur für die Zukunft oder auch rückwirkend?) Anwendungsbereich des Urteils sowie des Umfangs eines möglichen Erstattungsanspruches (einen möglichen Erstattungsanspruch mindernde Berücksichtigung der vom Krankenhaus in Abzug gebrachten Vorsteuer?). Ebenfalls ungeklärt ist die Problematik der möglichst aufwandsarmen Rückabwicklung.

Die KGNW hat mit diversen Rundschreiben über die Urteile des BFH informiert und insbesondere die Nutzung, zumindest aber die Orientierung an dem KGNW-Muster „Gegenseitige Verichtsvereinbarung“ – in Sachen Umsatzsteuer Zytostatika – für den Fall empfohlen, dass ein Verzicht auf Erhebung der Einrede der Verjährung gegenüber einer Krankenkasse bezüglich etwaiger – noch nicht bereits verjährter oder verwirkter – Forderungen abgegeben werden soll.

Aufgrund der vielfältigen möglichen Sachverhaltskonstellationen und insbesondere der bisher noch unklaren Positionierung der Finanzverwaltung konnte die KGNW keine allgemeingültige Handlungsempfehlung abgeben. Im Zusammenwirken mit den Krankenhauszweckverbänden konnten aber Hinweise zu einem möglichen weiteren Vorgehen gegeben werden.

Kooperationen mit Vertragsärzten

Die Anfragen zur Zulässigkeit und Ausgestaltung von Kooperationen mit Vertragsärzten beschäftigten Referat IV auch im Jahr 2015. Die vielschichtigen Problemstellungen etwaiger Kooperationen betreffen u. a. den Bereich der Vergütung (angemessene Vergütung/Zuweiserproblematik), der Ein-

satzbereiche (u. a. zeitliche Einsatzgrenzen, Versorgungsauftrag etc.), der Vertragsform (Anstellungs- oder Honorarverhältnis/Scheinselbstständigkeit) sowie der Grundsatzafrage der Möglichkeit einer Einbindung von Vertragsärzten im Bereich der vor- und nachstationären Behandlung.

Wahlleistungen nach § 17 KHEntgG

Einen weiteren Schwerpunkt bildete die Beratung im Wahlleistungsbereich, wie z. B. Fragen zur rechtssicheren Gestaltung von Wahlleistungsvereinbarungen, Stellvertre-

terregelungen, Informationen zur persönlichen Leistungserbringung und zur Liquidation wahlärztlicher Leistungen.

Politik, PR und Presse

Die geplante Krankenhausreform, das GKV-Stärkungsgesetz sowie die damit verbundenen Forderungen der Krankenhäuser nach

einer fairen und nachhaltigen Finanzierung waren zentrale Inhalte auf dem KGNW-Frühjahrsempfang am 10.03.2015.

KGNW-Frühjahrsempfang 2015



Auf dem KGNW-Frühjahrsempfang 2015 bedankte sich KGNW-Präsident Jochen Brink bei der Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache für das unterstützende Engagement von Ministerin Hannelore Kraft als Schirmherrin der Hygiene-Initiative.

KGNW-Präsident Brink betonte mit Blick auf das von der Bund-Länder-AG ausgearbeitete Eckpunktepapier zur Krankenhausreform, dass der durch die Krankenhausreform angestrebte Qualitätswettbewerb auf positive Leistungsanreize und kooperative Qualitätsdiskussionen setzen sollte, anstatt die

Kontrollbürokratiespirale des MDK weiter zu drehen. Die KGNW wird die Krankenhausreform, die im Dezember abschließend im Krankenhausstrukturgesetz beraten wird, 2016 im Fokus behalten und die Regelungen auf ihre Praxistauglichkeit zur Sicherung der Patientenversorgung kritisch begleiten.

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) wurde am 05. und 06.11.2015 vom Bundestag in 2./3. Lesung beschlossen. Das Gesetz tritt damit zum 01.01.2016 in Kraft. Die beschlossene Krankenhausreform fand ihre ersten Schritte bereits am 27.11.2013, als die Koalitionsverhandlungen der gewählten Parteien CDU/CSU und SPD in einem Koalitionsvertrag mündeten, der eine umfangreiche Krankenhausreform vorsah. Der Koalitionsvertrag griff die Problematik der unzureichenden Investitionsfinanzierung jedoch nicht auf. Auch wurde die Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht ausdrücklich mit der Lösung dieser Problematik beauftragt. Der Koalitionsvertrag der Großen Koalition sieht für den Krankenhausbereich Weiterentwicklungen vor, die in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe konkretisiert wurden. Die Krankenhäuser und die KGNW haben hierzu gegenüber der Politik und in der breiten Öffentlichkeit ausführlich Stellung genommen und die aus Krankenhaussicht notwendigen Handlungsfelder dargestellt. Hier stand unabhängig von der vorgesehenen „großen“ Krankenhausreform, im Rahmen derer es eines „nationalen Kraftaktes“ bedarf, die Lösung der drängenden Frage der Investitionskostenfinanzierung im Vordergrund. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe tagte in regelmäßigen Treffen zur Vorbereitung der geplanten Krankenhausreform unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit. Gegenstand der Verhandlungen in der Bund-

Länder-AG waren Fragen der stationären wie der ambulanten Versorgung, pflegepolitische Themen und die Reform der Pflegeausbildung.

Am 30.06.2014 hat die Bund-Länder-AG zur Vorbereitung erstmals konkret zur geplanten Krankenhausreform getagt. Zentraler Gegenstand der Beratungen waren die Themen Krankenhausplanung/Qualität und Sicherstellung. Dem Vernehmen nach konnte sich die Arbeitsgruppe beim Thema Krankenhausplanung/Qualität weitgehend auf die vorgeschlagenen Konkretisierungen der Ankündigungen aus dem Koalitionsvertrag einigen (u. a. Qualität als weiteres Kriterium der Krankenhausplanung, Maßnahmen zur verbindlichen Einhaltung der QS-Richtlinien des G-BA, rechtssichere Ausgestaltung von Mindestmengenregelungen). Die Beratung der finanzierungsrelevanten Punkte des Arbeitspapiers (u. a. zukünftige Ausgestaltung des Sicherstellungszuschlages, Finanzierung der Notfallversorgung, qualitätsorientierte Zu- und Abschläge, besondere Vergütung von Zentren, Personalkostenfinanzierung) fand in der Septembersitzung der Bund-Länder-AG statt.

Im September 2014 erfolgte durch die Bundesärztekammer, den Deutschen Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine „Gemeinsame Resolution für eine qualitätssichernde Krankenhausreform“. Die gemeinsame Resolution wurde im Rahmen einer Pressekonferenz am 04.09.2014 veröf-

fentlicht. Mit der Resolution unterstrichen die Verbände ihre Sorge um die schwierige Personalsituation und hohe Belastung in den Krankenhäusern und forderten die Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf, die Finanzierung der Krankenhäuser auf eine bedarfsgerechte und berechenbare Grundlage zu stellen.

Nachdem im September 2014 eine Ausarbeitung eines Eckpunktepapiers durch die Bund-Länder-AG vorgelegt wurde und das veröffentlichte Dokument die notwendigen Schritte für eine Krankenhausreform und speziell die hohe medizinische Qualität in deutschen Krankenhäusern thematisierte, wurde dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im April 2015 der Referentenentwurf auf Grundlage des Eckpunktepapiers der Bund-Länder-AG vorgelegt. Die beschlossenen Eckpunkte der Bund-Länder-AG wurden im Wesentlichen 1:1 umgesetzt. Die DKG nahm direkt nach Bekanntwerden Stellung und betonte, dass Anspruch und Wirklichkeit bei dem vorgelegten Reformkonzept noch weit auseinanderklafften. Das erklärte Ziel der Reform war, dass die Krankenhäuser auch in Zukunft eine hohe medizinische Qualität bieten können sowie sicher und gut erreichbar sind. Der vorgelegte Referentenentwurf versäume zu verdeutlichen, dass Qualität, Sicherheit und Erreichbarkeit nur dann zu realisieren seien, wenn in den Krankenhäusern genügend gut ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte täglich daran arbeiten können und ihre Gehälter auch finanziert würden. Auch die mangelnde Regelung der Investitionskosten durch die geplante Re-

form wurde kritisiert. Hervorgehoben wurde, dass Krankenhäuser baulich und mit ihrer Ausstattung auf dem neuesten Stand sein müssen, um die steigenden Anforderungen an Qualität und Hygiene erfüllen zu können. Zusammenfassend werde bei der Reform noch massiver Änderungsbedarf eingefordert, damit sie für die Krankenhäuser akzeptabel wäre.

Protest der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser gegen die Gesundheitsreform

Trotz der starken Kritik am Referentenentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) wurde dieser im Bundeskabinett am 10.06.2015 beschlossen. Die KGNW kritisierte diesen Schritt massiv, da der Investitionsbedarf der Krankenhäuser zwar anerkannt wurde, aber dennoch Streichungen in Milliardenhöhe beschlossen wurden. Die Kernprobleme „Investitionsstau“, „steigende Personalkosten“, „Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung“ wurden mit diesem Gesetzentwurf nicht gelöst. Im Ergebnis stellte sich das KHSG, wenn es unverändert umgesetzt worden wäre, als „KHSG = Krankenhausschließungsgesetz“ dar. In den Tagen vor dem Kabinettsbeschluss hatten zahlreiche NRW-Krankenhäuser und der Dachverband KGNW mit breiter Unterstützung der ihn tragenden Spitzenverbände mit Schreiben an Kanzleramtsminister Peter Altmaier die Kritik an der Krankenhausreform deutlich gemacht und Proteste angekündigt, wenn es keine grundsätzlichen Änderungen an dem Gesetzesvorhaben

mehr gäbe. Als erste Reaktion wurde am 11.06.2015 eine nahezu flächendeckende Anzeigenschaltung in nordrhein-westfälischen Tageszeitungen initiiert. Der massive Änderungsbedarf an der Krankenhausreform erforderte einen Schulterschluss der Krankenhäuser, um die Politiker kommunal, regional und auf Landes- und Bundesebene ansprechen zu können.

Daher organisierte die KGNW eine Informationsveranstaltung am 23.06.2015 unter dem Thema „Geplante Krankenhausreform – Anspruch, Wirklichkeit und Reaktion“, um über die zentralen Inhalte, die kritischen

nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu informieren und diese zu diskutieren. Auch hat die KGNW am 18.06.2015 ein Protestschreiben zur Krankenhausreform an alle Berliner Büros der Bundestagsabgeordneten aus Nordrhein-Westfalen verschickt. Die Krankenhausgeschäftsführungen wurden gebeten, vor dem Hintergrund des engen Zeitplans des Gesetzgebungsverfahrens, die Sommerpause zu nutzen und aktiv die jeweiligen Wahlkreisabgeordneten der Regierungsfaktionen mit individualisierten Schreiben der Krankenhäuser sowie in „Sommergesprächen vor Ort“ über die negativen Auswirkungen der Reform zu informieren.



Die KGNW informierte am 23.06.2015 über die Folgen der geplanten Krankenhausreform auf einer Veranstaltung in Düsseldorf.

Den Mitgliedskrankenhäusern wurde ein Mustertext zur Verfügung gestellt, um die Wahlkreisbüros ihrer lokalen Bundestagsabgeordneten anzuschreiben. Ein Argumentationspapier zur Krankenhausreform diente als Hilfestellung für den Dialog mit Politik, Presse, Mitarbeitern und Patienten. Es wurden DIN-A2-Grafiken/Poster erstellt, die die Folgen des KHSG leicht verständlich darstellten.

Die KGNW rief die Krankenhäuser in NRW zusätzlich zu Gesprächen mit Kommunalpolitikern und kommunalpolitischen Verbänden auf, um deren Einfluss auf die Landesregierung für das Thema Investitionsfinanzierung zu nutzen. Zudem sollte hier der eklatante Widerspruch zwischen Anspruch und Wirk-

lichkeit der geplanten Krankenhausreform durch Herrn Baum, Herrn Brink und die Geschäftsstelle dargelegt werden. Herausgestellt werden sollte insbesondere auch, dass auf die drei wesentlichen Problembereiche des Krankenhauswesens – die Bereitstellung von Investitionsmitteln, die Finanzierung des Personalbedarfs, die Finanzierung der Notfallambulanzen – der Gesetzentwurf zum Krankenhausstrukturgesetz nicht nur keine Antwort gab, sondern diese zum Teil sogar noch verschärfte.

Die DKG und KGNW haben zusätzlich den ver.di-Aktionstag am 24.06.2015 aktiv begleitet und die Mitgliedshäuser um Unterstützung der Aktion gebeten.

DKG-Kampagne „Krankenhaus-Reform – so nicht“ mit Demonstration in Berlin



In der DKG-Kampagne „Krankenhaus-Reform – so nicht“ mit Demonstration in Berlin wurde der Protest der Krankenhaus-Mitarbeiter gegen die geplante Krankenhausreform gebündelt.

Auf einer zentralen Demonstrationsveranstaltung am 23.09.2015 in Berlin mit ca. 10.000 Teilnehmern aus ganz Deutschland wurde die breite Ablehnung der deutschen Krankenhäuser gegen die Reform zum Ausdruck gebracht. Parallel fanden in den Kran-

kenhäusern vor Ort Aktionen statt. In einer „Aktiven Mittagspause“ demonstrierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von über 100 Krankenhäusern aus NRW für Verbesserungen bei der geplanten Reform und brachten ihren Unmut gegen die geplante Kran-



Mit einer Luftballonaktion unter dem Motto „Bei der geplanten Reform gehen wir in die Luft“ und Bilder-Grußbotschaften nach Berlin zeigten die NRW-Krankenhäuser ihren Zusammenhalt und ihren gemeinsamen Protest gegen die Pläne der Bundesregierung.

kenhausreform zum Ausdruck. Rund 2.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Krankenhäusern in NRW nahmen in Berlin an der Großveranstaltung der DKG teil.

Verabschiedung der Krankenhausreform

Im Ergebnis hat sich die Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Oktober 2015 zur Krankenhausreform auf zusätzliche Maßnahmen verständigt, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus weiter zu verbessern. Das Gesetz, das am 01.01.2016 in Kraft tritt, nimmt sich drängender Probleme des stationären Sektors an. Die KGNW konnte erfreut feststellen, dass der gemeinsame Protest der Krankenhäuser

in NRW und bundesweit gegen die geplante Krankenhausreform Wirkung zeigte. Die zahlreichen Schreiben der KGNW und der Mitgliedskrankenhäuser sowie die Informationen an die Abgeordneten über die massiven Folgen der geplanten Reform haben einen wichtigen Beitrag geleistet, dass die Sorge über die Auswirkungen der Krankenhausreform zum Ausdruck gebracht werden konnte.

Das Kürzungsprogramm, das die Koalition mit der Krankenhausreform für die Krankenhäuser ab 2016 vorsah, wurde aus dem Reformentwurf gestrichen. Darauf einigte sich die Arbeitsgruppe aus Koalitionsfraktionen und Bundesländern (Bund Länder-AG). Das sei für die Krankenhäuser in NRW

eine gute Nachricht, denn der bisherige Gesetzentwurf wäre für die Kliniken fatal, sagte Ingo Morell, Vizepräsident der Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW) und Geschäftsführer der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe in einer Pressemitteilung gegenüber den Medien. Wichtigstes Ergebnis bei den Gesprächen war, dass die vorgesehenen Kürzungen nicht weiterverfolgt wurden. Mit dem Pflegezuschlag, der Tarifausgleichsrate und den Förderprogrammen für Pflegestellen und Hygiene wurden wichtige Voraussetzungen geschaffen, dass die Mitarbeiter, die in den Krankenhäusern beschäftigt sind, fair bezahlt und notwendige zusätzliche Kräfte eingestellt werden können. Insgesamt seien die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Betriebskosten deutlich verbessert worden, betonte Thomas Reumann, Präsident der DKG. Darüber hinaus begrüßte der DKG-Präsident die vorgesehene Neukonzeption der ambulanten Notfallleistungen. Der

Strukturfonds und die neuen Qualitätsanforderungen einschließlich Sanktionsmechanismen werden den Strukturwandel in der stationären Medizin weiter beschleunigen. Als Kritikpunkte verbleiben jedoch die unzureichende Investitionsfinanzierung, die Regelung der ambulanten Notfallversorgung und die Kontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Das Festhalten der Koalition am Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geht, betonte der Geschäftsführer der KGNW Matthias Blum gegenüber der Presse, „an der Versorgungsrealität vorbei“. Die überwiegende Zahl dieser Leistungen wird in den Ambulanzen der Krankenhäuser erbracht. Auch die mit der Reform beschlossene Kontrolle von Qualitätsnormen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung werde kritisiert. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bleiben skeptisch, dass der MDK die richtige Kontrollinstanz ist.

MEDICA 2015 und Deutscher Krankenhaustag

Unter dem Titel „Reform 2015 – vom Patienten her gedacht“ wurden die Ergebnisse der Krankenhausreform auch auf dem Deutschen Krankenhaustag, im Rahmen der Medizinmesse MEDICA, vorgestellt und in einer anschließenden Podiumsdiskussion kritisch betrachtet. Die Themen des 38. Deutschen Krankenhaustages waren insbesondere von den Erwartungen und Herausforderungen der Krankenhäuser bezüglich der Krankenhausreform geprägt. Rund 1.900 Besucher

aus allen Bereichen des Gesundheitswesens erörterten vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Reformdiskussion an den vier Kongresstagen die wichtigsten Krankenhausthemen.

Die Auftaktveranstaltung am 16.11.2015 wurde von Prof. Dr. Weiser, Präsident des 38. Deutschen Krankenhaustages eröffnet. Gemeinsam mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, DKG Präsident Tho-

mas Reumann und GKV-Vorstandsmitglied Johann-Magnus Freiherr von Stackelberg wurde die beschlossene Krankenhausreform analysiert und bewertet. Die Reform hat viel Zukunftspotential und besonders die finanzielle Unterstützung für die Pflege durch das Pflegestellenförderprogramm und den Pflegezuschlag wird als Schritt in die richtige Richtung gewertet. Kritikpunkte verbleiben jedoch bei der Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung, der Qualitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der Investitionskostenfinanzierung durch die Länder. Auf dem MEDICA ECON FORUM der Techniker Krankenkasse im Messebereich wurden die im Rahmen des Krankenhaustages verdeutlichten Positionen der Krankenhäuser noch einmal von KGNW-Präsident Jochen Brink und KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum in verschiedenen Diskussionen herausgestellt.

Im November 2015 hat das Bundeskabinett die Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV)

beschlossen. Wie im Gesetzesentwurf für das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vorgesehen, bestimmt das BMG das Nähere zur Durchführung des Strukturfonds durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Die KHSFV legt die Voraussetzungen für aus Mitteln des Strukturfonds förderfähige Vorhaben und Kosten fest und regelt sowohl das Verfahren der ersten Antragsrunde als auch das Verfahren des sich anschließenden Nachverteilungsverfahrens.

Die Verordnung setzt grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben des KHSG um. Es besteht aus Sicht der DKG jedoch Anpassungsbedarf, insbesondere auch was die Umsetzung und Förderfähigkeit von Konzentrationsprozessen betrifft.

Wie die konkreten landesspezifischen Regelungen in NRW zur Umsetzung des Strukturfonds gefasst werden (z. B. Antragsverfahren, Nachweis der Förderfähigkeit, Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung) steht derzeit noch nicht fest. Zur weiteren Umsetzung hat die KGNW bereits erste Gespräche mit dem MGEPA geführt.

Hygiene-Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“



Seit dem Start der Hygiene-Initiative Ende März 2015 informieren die NRW-Krankenhäuser ihre Patienten und Besucher mit einer Ausstellung, Broschüren und Plakaten über Infektionsschutz und Hygiene-Maßnahmen.

Ziel der landesweite Hygiene-Initiative ist es, die Öffentlichkeit über die wichtigsten Fakten und Zusammenhänge aufzuklären und auch Hinweise zu geben, wie Krankenhauspatienten und -besucher selbst zur Prävention beitragen können. Gleichzeitig stellen die Krankenhäuser ihre umfangreichen Schutzmechanismen vor, zu denen interne Kontrollgänge und Laboruntersuchungen, aber auch der Austausch in regionalen Netzwerken gehören.

Mit einer Pressekonferenz am 05.05.2015, dem internationalen Tag der Händehygiene, in Düsseldorf wurde die Hygiene-Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“ öffentlichkeitswirksam vorgestellt.

Die Schirmherrin Ministerpräsidentin Hannelore Kraft war in einer Videobotschaft zu sehen, die auch auf der Internetseite www.keine-keime.de abzurufen ist. Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens war leider kurzfristig krankheitsbedingt verhindert, lobte aber das Engagement der Krankenhäuser in einer eigenen Pressemitteilung.

Seit dem Start der landesweiten Hygiene-Initiative Ende März 2015 informieren die Krankenhäuser ihre Patienten und Besucher mit verschiedenen im Haus eingesetzten Materialien über Krankheitserreger, Infektionsschutz und Hygiene-Maßnahmen. Dafür haben sie Patienten- und Mitarbeiter-Broschüren ausgelegt und den Weg zu ihren

Desinfektionsmittelspendern mit Wegweisern markiert. In allen fünf Regierungsbezirken NRWs zeigten Kliniken außerdem eine Wanderausstellung, die Krankheitskeime und deren Behandlung mit Antibiotika medizinisch einordnet. Zur Ausstellung gehört auch ein Selbsttest mit einer UV-Lampe. Dieser Test zeigt, ob die Hände korrekt und vollständig desinfiziert worden sind. Die Website www.keine-keime.de begleitet diese Aktivitäten seit Initiativen-Beginn und bündelt Informationen, Hintergründe und Neuigkeiten zu den Themen Krankenhaushygiene, Krankheitserreger, Antibiotikaresistenz und Infektionsschutz.

Die Starterset-Materialien und die Wanderausstellung konnten kostenlos aus dem vom KGNW-Vorstand freigegebenen Budget von den Mitgliedskrankenhäusern bestellt werden. Über einen Webshop im internen Bereich von www.keine-keime.de sind kostenpflichtige Nachbestellungen möglich.

Mit der breit angelegten Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“ unter der Schirmherrschaft von NRW-Ministerpräsidentin Hannelore Kraft haben die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser das Thema der multiresistenten Erreger in diesem Jahr aktiv aufgegriffen und die Bevölkerung in NRW über einen offensiven Umgang mit diesem Thema informiert. Die Initiative ist auf eine breite Resonanz gestoßen. Das Echo ist seitens der Mitarbeiter in den Krankenhäusern in NRW, der Bürger, der Landespolitik und der Presse ausgesprochen positiv und bestätigt die Hygiene-Initiative als



Zur Ausstellung der Hygiene-Initiative gehört auch ein Selbsttest mit einer UV-Lampe. Dieser Test zeigt, ob die Hände korrekt und vollständig desinfiziert worden sind.

Leuchtturmprojekt in der Krankenhauslandschaft. Die Krankenhäuser in NRW gelten mit der Initiative als Vorbild beim offenen Umgang mit dem Thema Krankenhaus-Hygiene und den Risiken durch multiresistente Erreger, an dem sich andere Einrichtungen im Gesundheitswesen orientieren – wie zahlreiche Anfragen, die bei der Geschäftsstelle der KGNW eingingen, bestätigen. Auch in den anderen Bundesländern und auf Bundesebene hat die Hygiene-Initiative, die von der KGNW initiiert und gesteuert wird, eine große Beachtung erzielt.

98 % der Krankenhäuser in NRW haben sich in diesem Jahr an der Initiative beteiligt und die Herausforderungen mit multiresistenten Erregern sachlich informativ in

die Regionen getragen. Die Rückmeldungen von den Mitarbeitern, Patienten und Besuchern sind durchweg positiv. Die Wanderausstellung wird in diesem Jahr in 200 Krankenhäusern präsentiert und ist bis zum Jahresende ausgebucht. Auf der Warteliste stehen bereits 25 Häuser, zudem gab es Anfragen aus Krankenhäusern aus Berlin und Bayern. Zahlreiche Krankenhäuser nehmen die Initiative zum Anlass, eigene Veranstaltungen und Aktionen zum Thema MRSA und Hygiene umzusetzen. Auch die themenspezifische Auswertung zeigt, dass die Journalisten insbesondere die „Keine-Keime“-Wanderausstellung positiv dargestellt haben. Zudem ist der Stellenwert der Ausstellung auch für die Mobilisierung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser von hoher Bedeutung.

Mit 44.700 Seitenaufrufen (Page Impressions) und einer – in Relation zu vergleichbaren Webseiten – überdurchschnittlichen Verweildauer von über drei Minuten hat sich die Webseite www.keine-keime.de als Informationswegweiser beim Thema multiresistente Erreger und Krankenhaushygiene erfolgreich etabliert.

In 1.060 öffentlichkeitswirksamen, meist regionalen Beiträgen in einem sachlichen und positiven Tenor wurden mehr als 130 Mio. Kontakte erreicht, vor allem die Printmedi-

en griffen die Hygiene-Initiative auf. Auf sie entfallen 707 der 1.060 Beiträge, also zwei Drittel der Resonanz. Den zweit-größten Anteil an der Berichterstattung haben mit 298 Beiträgen die Online-Medien, gefolgt von 20 TV-Ausstrahlungen und 28 Hörfunk-Beiträgen. Die Krankenhausgesellschaft NRW wird in drei Viertel der untersuchten Beiträge als treibende Kraft hinter der Hygiene-Initiative genannt. Die Zahlen stammen vom beauftragten Monitoring-Dienstleister Landau Media. Der Untersuchungszeitraum war März bis August 2015. Die Gesamt-Reichweite von rund 130 Mio. potentiellen Kontakten spricht für eine Durchdringung der Themen.

Online-Sprechstunden

Im Zuge der Fortentwicklung der Initiative organisierte die KGNW im Juli mit Erfolg eine erste Online-Sprechstunde mit zwei Experten zum Thema „MRSA und andere Problemkeime – welche Folgen haben Sie für mich?“ als Angebot der Krankenhäuser in NRW für interessierte Patienten, Mitarbeiter und Bürger. Die Experten beantworteten über 30 Fragen in einer Stunde. Die zweite Online-Sprechstunde in diesem Jahr fand anlässlich des 1. Internationalen Tages der Patientensicherheit zum Thema „Hygiene im Krankenhaus – wer macht was für die Patientensicherheit?“ am 17.09.2015 statt.

Initiativen-Konvent am 24.06.2015



Einen positiven Nachhall fand auch der Initiativen-Konvent „Gemeinsam-Gesundheit-schützen“ der KGNW am 24.06.2015 im Swissôtel Neuss mit über 120 Teilnehmern.

Der Anlass für das Netzwerktreffen der Krankenhäuser in NRW unter der Federführung der KGNW war, den Austausch unter den Teilnehmern, die sich mit Hygiene im Krankenhaus beschäftigen, zu fördern, Anregungen zu geben und die Umsetzung der Hygiene-Initiative aktiv zu unterstützen.

Die erfolgreiche Hygiene-Initiative soll 2016 mit dem Ziel fortgesetzt werden, die sie inhaltlich weiterzuentwickeln und nachhaltig zu gestalten. Ministerpräsidentin Kraft hat sich bereit erklärt, ihre Schirmherrschaft fortzusetzen.

Kampagne „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“

Zentrale Aufgabenstellung im nächsten Jahr wird die intensive Öffentlichkeitsarbeit zur Unterfinanzierung der Krankenhäuser sein, die anhand einer konkreten Studie aus NRW wissenschaftlich dokumentiert wird. Die Studie ist zentraler Inhalt der Kampa-

gne „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“, die das Ziel hat, den Druck auf die Landespolitik zu erhöhen und die Öffentlichkeit über die Investitionsmisere in den Krankenhäusern zu informieren.

24. Landesgesundheitskonferenz NRW am 26.11.2015 – Verabschiedung der EntschlieÙung „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten stärken“

Die 24. Landesgesundheitskonferenz (LGK) fand in diesem Jahr am 26.11.2015 im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf statt. Im Mittelpunkt der LGK stand neben der Diskussion zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage auch die Verabschiedung der EntschlieÙung zum Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten stärken“.

Zielsetzung der EntschlieÙung ist es, eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung durch mündige Patientinnen und Patienten zu erreichen und die Akzeptanz von Gesundheitszielsetzungen und politischen Gestaltungsentscheidungen in der Bevölkerung zu erhöhen. Es soll den Patientinnen und Patienten so einfach wie möglich gemacht werden, eine informierte Entscheidung zu treffen und selbstbestimmt zu handeln. Dementsprechend sollen die Rahmenbedingungen patientenorientiert weiterentwickelt und umgesetzt werden.

Die EntschlieÙung wurde in den Sitzungen des Vorbereitenden Ausschusses (VA) der Landesgesundheitskonferenz und einer Arbeitsgruppe dieses Ausschusses unter Beteiligung der KGNW intensiv diskutiert. Zur wissenschaftlichen Unterstützung der Erarbeitung der EntschlieÙung hatte das MGEPA auch in diesem Jahr mit dem Institut für Me-

dizinische Soziologie in Düsseldorf wiederum externen Sachverstand hinzugezogen.

Im Textentwurf der diesjährigen EntschlieÙung wird festgestellt, dass es in Deutschland eine gute Basis für eine patientenorientierte gesundheitliche Versorgung gibt, dass individuelle Patientenrechte seit Langem hoch entwickelt sind und diese auf grundgesetzlichen Regelungen beruhen sowie vor allem durch die Rechtsprechung ausgestaltet sind.

Im Rahmen einer Stärken- und Schwächenanalyse aber stellt die LGK Veränderungsbedarf auf drei Ebenen fest: auf der Mikroebene im direkten Kontakt zwischen den Behandlerinnen und Behandlern auf der einen Seite und Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite, auf der Mesoebene zwischen den Institutionen im Gesundheitswesen und auf der Metaebene im gesellschaftspolitischen Raum.

In der Analyse nimmt die LGK Bezug auf den NRW-Gesundheitssurvey 2012, einer repräsentativen telefonischen Gesundheitsbefragung. Ein Ergebnis ist, dass den Patientinnen und Patienten das Patientenrechtegesetz aus dem Jahr 2013 oftmals nicht bekannt ist. Die Weiterentwicklung von partizipationsförderlichen Rahmenbedingungen bewertet das LGK als weitere zentrale Aufgabe.

Neben der Beschreibung der Ausgangslage sowie einer Stärken- und Schwächenanalyse hat die LKG Handlungsempfehlungen im Entschließungsentwurf aufgenommen, um die dargestellten Defizite in der Gesundheitsversorgung zu beseitigen.

Diese Umsetzungsempfehlungen beziehen sich auf Möglichkeiten,

- die Selbstbestimmung und Orientierung im Gesundheitswesen durch eine patientenorientierte Arbeitsweise zu verbessern,
- die Kommunikation und den Wissenstransfer zwischen Patientinnen/Patienten und allen Beteiligten im Gesundheitswesen zu fördern,
- die Patientenbeteiligung als Element zur Stärkung der Patientenrechte weiterzuentwickeln,
- die Patientensicherheit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu verbessern und

- das Beschwerdemanagement für Patienten weiterzuentwickeln.

Als weitere flankierende Maßnahme zur Umsetzung der Entschließung wird der Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ im Jahr 2016 unter dem Thema „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten stärken“ stehen.

Der Vorstand der KGNW hat am 24.09.2015 dem Entwurf der Entschließung der 24. Landesgesundheitskonferenz zum Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten stärken“ unter Berücksichtigung der textlichen Ergänzungen durch das MGEPA zugestimmt.

22. Landesgesundheitskonferenz NRW von 2013 – Erinnerung an die Abfrage zu den implementierten und umgesetzten Maßnahmen

Im Rahmen der Entschließung „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“, die auf der 22. Landesgesundheitskonferenz 2013 verabschiedet wurde, führte das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG) im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) eine Umfrage zu den implementierten und umgesetzten

Maßnahmen in den Gesundheitseinrichtungen durch.

In zwei Rundschreiben informierte die KGNW ihre Mitglieder auch im Jahr 2015 wieder über die Abfrage des LZG zu der Entschließung der Landesgesundheitskonferenzen, die sich im Jahr 2015 auf die Entschließung der 22. Landesgesundheitskonferenz „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Ver-

sorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“ aus dem Jahr 2013 bezog, und forderte die Mitglieder zur Teilnahme auf.

Das Monitoring dieser Umfrage wurde auf der 24. Landesgesundheitskonferenz am 26.11.2015 Düsseldorf vorgestellt.

Patientenfürsprecher in den Krankenhäusern

Das Thema der „Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher in Krankenhäusern“ hat NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens in Verbindung mit der Aufgabenstellung der neu geschaffenen Funktion des „Patientenbeauftragten der Landesregierung“ im Mai 2012 auf die Agenda genommen. Die KGNW regte die gemeinsame Erarbeitung und Veröffentlichung von Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in den Krankenhäusern an, die auf der Grundlage der Handlungsempfehlungen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit (StMUG) im Jahr 2014 in Zusammenarbeit mit dem Landeszentrum Gesundheit (LZG) und dem Beauftragten der Landesregierung NRW für Patientinnen und Patienten, Herrn Dirk Meyer, erarbeitet und vom Vorstand der KGNW am 09.03.2014 beschlossen wurden.

In den Handlungsempfehlungen werden auch Maßnahmen beschrieben, mit denen das Leitbild der selbstbestimmten, mündigen Patientinnen und Patienten gefördert werden soll. Die Handlungsempfehlungen wurden den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern zugesendet.

Nach einer Auftaktveranstaltung und einer Fortbildungsveranstaltung für Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher im Jahr 2014 folgte am 06.10.2015 die 2. Netzwerktagung für Patientenfürsprecher zum Thema „Zusammen weitergehen“ in Mühlheim an der Ruhr mit rund 100 Teilnehmern. Veranstalter waren das Landeszentrum Gesundheit (LZG), die KGNW und der Beauftragte der Landesregierung NRW für Patientinnen und Patienten, Dirk Meyer.

Ziel der Veranstaltung war es, die Akteurinnen und Akteure miteinander zu vernetzen und neue Ehrenamtliche zu integrieren. Zudem wurde über landesweite Projekte und allgemein über die Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher informiert. NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens würdigte das große Engagement der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Eine Poster-Ausstellung über die Tätigkeit der Patientenfürsprecherinnen und -sprecher in den Krankenhäusern veranschaulichte deren Arbeit. Die Poster wurden ebenfalls beim jährlichen KGNW-Forum am 10.12.2015 im swissôtel Düsseldorf/Neuss ausgestellt, um das Thema stärker ins Blickfeld der Fachöffentlichkeit zu rücken. Auf dem KGNW-Forum waren rund 400 Gäste aus den Krankenhäusern, der Politik, den Medien und der Selbstver-

waltung anwesend. Die KGNW informierte in mehreren Rundschreiben über die Möglichkeit der Posterbestellung beim Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) zur Ausstellung in den eigenen Häusern.

Auf der 2. Netzwerktagung für Patientenforsprecher wurde beschlossen, dass das LZG und die KGNW eine Umfrage zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen in den Krankenhäusern durchführen. Ziel der Umfrage ist es, die im Mai 2014 verabschiedeten Handlungsempfehlungen aus Sicht der Patienten-

fürsprecherinnen und Patientenforsprecher zu bewerten. Es soll anschließend eine Einschätzung erfolgen, ob die Themen und Aspekte aus den Handlungsempfehlungen von den Krankenhäusern und Patientenforsprechern aufgegriffen wurden. Die KGNW und das LZG erarbeiteten daraufhin gemeinsam einen Fragebogen. Der Vorstand nahm am 25.11.2015 den Fragebogen zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen für die Tätigkeiten der Patientenforsprecher zur Kenntnis und empfahl, die Umfrage in den Krankenhäusern zu unterstützen.

Europäische Referenznetzwerke (ERN) – Konferenz und Ausschreibung

Die Vorbereitungen für die Europäischen Referenznetzwerke (ERN) wurden im Jahr 2015 intensiv fortgesetzt und gingen zum Jahresende in die finale Phase. Die Ziele der ERN sind der Austausch von Wissen, Erfahrungen und Ressourcen im Bereich „seltene Erkrankungen“ und „hochspezialisierte Leistungen“ in der medizinischen Gesundheitsversorgung. Alle Teilnehmer müssen über hocheffiziente Netzwerkerfahrung verfügen und sollen durch die Mitwirkung in den ERN die Diagnostik, Behandlung und Nachsorge von Patienten verbessern und Ungleichheiten im Gesundheitswesen reduzieren. Die ERN sind in der EU-Patientenrechterichtlinie als Auftrag an die Mitgliedstaaten angelegt, in den Bereichen „seltene Erkrankungen“ und „hochspezialisierte Leistungen“ zu kooperieren.

Der Startschuss für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit von Krankenhäusern im Bereich seltene Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen soll bereits zu Jahresbeginn 2016 erfolgen. Kliniken, die die umfangreiche Liste von Teilnahmekriterien erfüllen, konnten sich nach einem festgelegten Prozedere für die Mitarbeit bewerben. Bei Zulassung als „Member of European Reference Network“ sind die Teilnehmer für fünf Jahre zur gemeinsamen Forschung und Behandlung von Patienten mit mindestens neun Konsortialpartnern aus mindestens sieben weiteren EU-Mitgliedstaaten angehalten. Zur Vorbereitung und zur Information hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) interessierte Krankenhäuser zu einer Konferenz am 16.07.2015 in Berlin eingeladen.

Die KGNW hat ihre Mitglieder über die Konferenz zum Thema „ERN – Europäische Referenznetzwerke in Deutschland: Was ist zu unternehmen?“ informiert. Themen der Konferenz waren der aktuelle Stand zu den Vorbereitungen für die EU-offizielle Zusammenarbeit von Kliniken, die Darstellung des Nutzens der ERN für die Krankenhäuser und die Teilnahmekriterien. Auf der Konferenz erhielten die Krankenhäuser auch die Gelegenheit, mögliche Teilnahmeanträge bis zum Ende des Jahres rechtzeitig vorzubereiten. Ein Workshop bot ferner die Möglichkeit, rechtliche und praktische Fragen zur Teilnahme mit Entscheidern der Europäischen Kommission, der Bundesregierung und der Bundesländer zu diskutieren. Gleichzeitig wurden praktische Erfahrungen aus bereits bestehenden Projekten erörtert.

Es wurde aber auch deutlich, dass deutsche Krankenhäuser sich bereits heute erfolgreich in europäischen Netzwerken engagieren und diese Chance auch im Rahmen der ERN nutzen können. Über die Problematik der Finanzierung der ERN-Zusammenarbeit wurde ebenfalls diskutiert. Die KGNW hat über den Konferenz-Abschlussbericht, die Vorträge sowie auch das aktuelle Ausschreibungsdokument zur Ermittlung der Prüfinstitute informiert, die die Bewerbungen der Krankenhäuser zur Teilnahme an den ERN beurteilen. Das Auftragsvolumen beläuft sich auf insgesamt 10 Mio. €. Die KGNW hat ihre Mitglieder ebenfalls über die Anmeldefristen zur offiziellen ERN-Konferenz am 08. bis 09.10.2015 in Lissabon unterrichtet, bei der nur eine begrenzte Teilnehmerzahl zugelassen war. Die KGNW empfahl ihren Mitgliedern, sich wegen der sehr begrenzten Teilnehmerzahl umgehend zu registrieren.

Ausblick – Gesundheitsversorgung in Schweden

Als Mitglied der DKG-Kommission „Europa und internationales Krankenhauswesen“ nahm ein KGNW-Vertreter an der Studienreise der DKG nach Schweden teil. Im Rahmen des eineinhalbtägigen Programms war es das Ziel, einen Überblick über das Gesundheitssystem in Schweden zu erhalten und Beispiele für innovative Versorgungsformen, insbesondere in ländlichen Gegenden, kennenzulernen. Die Delegation der DKG traf in Stockholm Vertreter von Kommunen und des Landkreistages, des Gesundheitsministeriums, der Notfallnummer 1177, der E-Healthy-Agentur und der Innovations-

agentur. Zudem wurde das neue Karolinska Universitätskrankenhaus besichtigt.

Von den schwedischen Vertretern des Gesundheitswesens wurde herausgestellt, dass in Schweden die regionalen und lokalen Behörden für die Gesundheitsversorgung zuständig sind. Regionen und Kommunen werden weitgehend selbstverwaltet und besitzen sogar das Recht, Steuern zu erheben. Während auf kommunaler Ebene die Sozialversorgung bereitgestellt wird, sind die Regionen für die Gesundheit und medizinische sowie zahnmedizinische Versorgung der Be-

völkerung zuständig. Die Regionen können zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung Steuern erheben. In der Regel verwenden sie hierfür Mittel aus dem Einkommenssteueraufkommen, die rund 70 Prozent des Gesundheitsbudgets abdecken. Der übrige Teil der Kosten wird beispielsweise durch Zuzahlungen des Patienten gedeckt. Der Anteil öffentlicher und privater Anbieter von Gesundheitsleistungen variiert je nach Region deutlich.

Um Wartezeiten auf einen Arzttermin zu reduzieren, hat Schweden ein Gesetz verabschiedet, mit dem die Behandlung des Patienten beschleunigt werden soll. Es wurde eine Webseite eingeführt, die über die Wartezeiten des Patienten individuell informiert. Der Erstkontakt erfolgt meist telefonisch über eine Hotline. Weiterhin können Patienten sich direkt an einen privaten Leistungserbringer wenden, dafür müssen sie allerdings extra bezahlen.

Das skandinavische Land hat sich auf den Weg gemacht, die Digitalisierung in vielen Bereichen des Lebens anzunehmen und zu organisieren. Treibender Faktor ist die geografisch bedingte unterschiedliche Dichte des Versorgungssystems. Die Karolinska Universität hat verschiedene Kooperationen mit anderen Gesundheitseinrichtungen etabliert, in denen Spezialisten in Stockholm Patienten in strukturschwachen Regionen behandeln. Auch die Verknüpfung von Patienten mit einer telemedizinischen Versorgung und die staatlich eingeführte digitale Patientenakte sind dem Königreich Schweden wichtige Anliegen. Eine weitere zentrale Herausforderung ist der Personalfachmangel. Die Feminisierung in der Medizin schreite auch dort wie in Deutschland voran. Die Übertragbarkeit der schwedischen Ansätze auf das deutsche Gesundheitssystem muss im Ergebnis kritisch geprüft werden. Was jedoch ohne weiteres als gutes Beispiel verstanden werden kann, ist die allgegenwärtige Aufgeschlossenheit gegenüber Neuem und Innovativem.

KGNW-Forum 2015



Auf Einladung der KGNW referierten und diskutierten auf dem KGNW-Forum 2015 (v. l. n. r.) Moderator Jürgen Zurheide, Maria Klein-Schmeink, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, Harald Weinberg, Gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion DIE LINKE, DKG-Präsident Thomas Reumann, Prof. Dr. med. Andreas Becker, Günter van Aalst, Leiter der Landesvertretung Techniker Krankenkasse, KGNW-Präsident Jochen Brink, Dr. Georg Kippels, Mitglied im Gesundheitsausschuss für die CDU/CSU Bundestagsfraktion.

Auf der Mitgliederversammlung am 10.12.2015 im Anschluss an das Forum wurde Jochen Brink (59) als Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) für weitere drei Jahre wiedergewählt. Die Mitglieder sprachen dem seit 2013 amtierenden KGNW-Präsidenten bei ihrer Versammlung in Neuss einstimmig das Vertrauen aus. Mit dem Vorstand des evangelischen Krankenhausverbundes Valeo-Kliniken GmbH steht ein erfahrener Praktiker an der Spitze des Dachverbands der Krankenhausträger mit 364 Kliniken in NRW.

Mit der Krankenhausreform seien wichtige Weichen für die Zukunft gestellt, hob Präsident Jochen Brink auf dem KGNW-Forum am 10.12.2015 in Düsseldorf hervor und wies auf die mangelhafte Finanzierung der ambulanten Notfallbehandlung, die unzureichende Investitionsfinanzierung durch das Land und die Anforderungen an rechtssichere Qualitätsvergleiche als offene Diskussionspunkte auf der politischen Agenda hin. Gleichzeitig hob er hervor, dass die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser auch die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversiche-



Die Umsetzung des jüngst vom Bund verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) wird ein Schwerpunkt der zweiten Amtszeit von KGNW-Präsident Jochen Brink sein.

rungen kritisch bewerteten. Auch zukünftig müsse Qualität Chefsache in den Krankenhäusern sein, orderte der KGNW-Präsident und kritisierte, dass die Debatte über Messung und Vergleichbarkeit von Qualitätsdaten von Politik und Krankenkassen als Hebel für strukturelle Änderungen in der Krankenhauslandschaft gesehen werde und somit unmittelbare Konsequenzen für die Existenzsicherung der Krankenhäuser habe.

Als Vizepräsidenten wurden von den KGNW-Mitgliedern Ingo Morell, Geschäftsführer der Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH, und Joachim Finklenburg, Hauptgeschäftsführer der Klinikum Oberberg GmbH, einstimmig im Amt bestätigt.

Medianfragen zur Krankenhausbehandlung/-versorgung von Flüchtlingen

Neben diesen Aktivitäten waren weitere Schwerpunkte die Information und Interviews zu aktuellen und krankenhauspolitischen Entwicklungen. Zunehmend rückten Medienanfragen zur Versorgung von Flüchtlingen und Asylanten in den Krankenhäusern in den Vordergrund. Hervorgehoben wurde seitens der Pressestelle, dass der Flüchtlingsstrom die Kliniken vor große Herausforderungen sowohl bei der Behandlung durch die unvorhergesehenen Fallzahlsteigerungen als auch bei der Abrechnung der Leistungen stellt, die bürokratischen Hürden hoch sind und die Abrechnung der Leistungen nicht immer eindeutig geregelt ist. Hingewiesen wurde zudem darauf, dass kulturelle Unterschiede für zusätzlichen Aufwand sorgen und trotz der offenen Abrechnungsfrage der Einsatz von Dolmetschern, die die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten erleichtern, notwendig ist. Als im Ergebnis problematisch herausgestellt wurden die Behandlung, Administration und Abrechnung von nicht registrierten Ausländern. So berichteten Mitglieder von hohen Forderungsausfällen bei nicht versicherten Ausländern aus gesicherten Drittstaaten. Betont wurde, dass die Krankenhäuser in NRW auch diese Patientengruppen trotz der dargestellten Erlösausfälle weiterhin mit ambulanten Notfalleleistungen versorgen. Als Ansprechpartner für Medien und Öffentlichkeit

informierte das Referat über die Positionen und Forderungen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und formulierte die Erwartungen der Kliniken zu diesen Bereichen.

In diesem Kontext wurde auf Anfrage der Medien über vermehrt auftretende Fälle von „Schleuser“-Aktivitäten informiert. So kamen in den Städten Münster und Düsseldorf insgesamt rund 30 Patienten aus dem Kaukasus oder Osteuropa als Notfälle in die Ambulanzen der Kliniken. Die Patienten – eine Vielzahl davon Kinder – verfügten außer einem Zettel mit einem Hinweis auf ihre Diagnose über keine weiteren Unterlagen oder Personaldokumente. Die nach der teils aufwendigen Behandlung entstandenen hohen Kosten wurden den Kliniken nicht erstattet und konnten nicht eingetrieben werden. Über die Fälle einer Klinik in Münster betreffend wurde die dortige Kriminalpolizei informiert. Die KGNW hat in einem Rundschreiben den Kliniken empfohlen, in möglichen weiteren Fällen die Kriminalpolizei zu verständigen. Gleichzeitig hat die KGNW um Hinweise gebeten, die Geschäftsstelle über ähnliche Vorkommnisse zu informieren, um diese Informationen dann an die DKG weiterzuleiten. Die DKG hat dann auf dieser Grundlage eine Einschätzung der Gesamtlage und des möglichen Handlungsbedarfs vorgenommen.

Weitere Medienanfragen und Interviews

Weitere Themenfelder waren der Krankenhausplan 2015, der AOK-Navigator, die Aufgabe von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in den Krankenhäusern, die Folgen der Krankenhausreform, die Protestveranstaltungen gegen das geplante KHSG in Berlin und in NRW. Presseanfragen aus Funk und Fernsehen zum Diebstahl von endoskopischen Geräten wurden in Form von Interviews beantwortet.

Die Organisation von KGNW-Veranstaltungen, insbesondere die Informationsveranstaltungen zu den Folgen der Krankenhausreform am 23.06.2015, der Kampagne „Investieren aus Verantwortung“ am 23.10.2015 sowie die Durchführung des „Konvents zur Hygiene-Initiative“ am 24.06.2015 waren weitere Tätigkeitsschwerpunkte. Unterstützend tätig war das Referat bei der internen sowie externen Kommunikation von weiteren Veranstaltungen der KGNW mit Kooperationspartnern (CIRS-NRW-Gipfel, 11. Krankenhaus-Umwelttag 2015, Krankenhaus-Qualitätstag usw.). Im Zuge dieser und anderer Veranstaltungen steuerte das Referat – teils in konzeptio-

neller Kooperation mit anderen Referaten – das Projektmanagement von diversen Publikationen, etwa Flyern (Hygiene-Initiative), Postern (Krankenhausreform, Hygiene-Initiative), Stickern (Hygiene-Initiative) und Broschüren (Investieren aus Verantwortung, EN-Kompass Krankenhaus).

Ein weiterer Tätigkeitsbereich umfasst die Beantwortung von internationalen Anfragen von Krankenhäusern (Bitte um medizinische, abgeschriebene Geräte für Krankenhäuser aus der Ukraine), die Vertretung der KGNW in der landesweiten Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW/doc-jobs.nrw“ mit Vertretern des Gesundheitsministeriums, des Landeszentrums Gesundheit NRW, der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sowie in der Kommission Europa und Internationales der DKG (Teilnahme der KGNW an der Studienreise – Gesundheitssystem Schweden) und weiteren Ausschüssen und Arbeitsgruppen des MGEPA.

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 Abs. 1 der Verordnung über die Schiedsstellen nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (SchV-KHG) i. v. m. § 6 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauses (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 berührende 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 Wahrendorf

Vor der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe waren

- 2015 insgesamt 21 Verfahren aus den Jahren 2014 und 2015 anhängig,
- davon wurden drei Anträge zurückgenommen,
- ein Verfahren durch Vergleich vor der Schiedsstelle beendet,
- sechs Verfahren durch Festsetzung der Schiedsstelle abgeschlossen,
- elf Verfahren konnten bisher nicht zum Abschluss gebracht werden

(bis zum Jahresende wurde davon bisher ein Verfahren zur mündlichen Verhandlung terminiert).

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

- 2015 insgesamt 20 Verfahren aus den Jahren 2010, 2013-2015 anhängig,
- davon wurden zwei Verfahren durch Rücknahme beendet (davon ein Verfahren nach §§ 17a Abs. 8, 18a Abs. 1 KHG),
- vier Verfahren durch Festsetzung der Schiedsstelle abgeschlossen,
- drei Verfahren wurden durch Vergleich der Parteien vor der Schiedsstelle beendet,
- zu drei Verfahren wurden Auflagen-/Hinweisbeschlüsse gefasst,
- elf Verfahren konnten bisher nicht abgeschlossen werden

(bis zum Jahresende wurden davon an drei Sitzungstagen fünf Verfahren zur mündlichen Verhandlung terminiert).

Zusätzlich hat es am 23.02.2015/19.05.2015 gemeinsame Sitzungen beider Schiedsstellen nach dem KHG gegeben, um jeweils die

von der KGNW – in Abstimmung mit den nordrhein-westfälischen Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen – beantragte Verlängerung des Geltungszeitraumes des vorläufigen Landesschlichtungsausschusses nach § 17c Abs. 4 Satz 11 KHG (neu) zu beschließen. Die letzte Verlängerung bezog sich auf einen Zeitraum bis einschließlich 31.12.2015.

Bei den anhängigen Verfahren beider Schiedsstellen stellte – wie in den vorangegangenen Jahren – ein wesentlicher Streitpunkt der Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses dar. Dabei ging es insbesondere um den zwischen den Parteien strittigen Inhalt und Umfang des Versorgungsauftrages, der in erster Linie durch Auslegung des konkreten Feststellungsbescheides zu ermitteln war. Strittig waren u. a. die Transkatheter-Aortenklappen-Implantationen (TAVIs), die Vereinbarung des Tagessatzes für eine Palliativstation sowie die Vereinbarung von NUB-Entgelten.

Darüber hinaus war in mehreren Verfahren die Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren für Kinderonkologie und für Erwachsenenonkologie sowie für Organzentren strittig.

Vorläufiger Schlichtungsausschuss nach § 17c Abs. 4 KHG in Nordrhein-Westfalen

Die nordrhein-westfälischen Schiedsstellen nach § 18a Abs. 1 KHG haben am 19.05.2015 eine Verlängerung des Geltungszeitraumes des vorläufigen Schlichtungsausschusses bis zum 31.12.2015 beschlossen.

Im Vorfeld des Schlichtungsverfahrens wurden von der Geschäftsstelle des vorläufigen Schlichtungsausschusses bis zum 31.10.2015 1.762 Codenummern für das Nichteinigungsprotokoll vergeben.

In der Geschäftsstelle sind vom 01.01.2015 bis zum 31.10.2015 614 Anträge auf Durchführung des Schlichtungsverfahrens eingegangen, hiervon 417 Anträge von Krankenhäusern und 197 Anträge von Krankenkassen. Unter den 614 eingereichten Anträgen sind elf freiwillige Anträge (Streitwert über 2.000 €). Zwischen den Parteien sind überwiegend die Verweildauer bei Krankenhausaufenthalten sowie die primäre Fehlbelegung strittig, gefolgt von Streitigkeiten über verschiedene Haupt- und Nebendiagnosen. Hierbei sind wiederkehrend Fälle bezüglich der Kodierung z. B. des akuten Nierenversagens umstritten.

Bislang haben 22 Beratungstermine stattgefunden, in denen jeweils fünf bis 15 Verfahren beraten wurden. Auf die Durchführung des schriftlichen Schlichtungsverfahrens wurde einvernehmlich verzichtet.

Bis Ende Oktober 2015 konnten 166 Verfahren abgeschlossen werden, darunter auch alle eingegangenen Verfahren aus 2014. In 85 Verfahren haben sich die Parteien geeinigt und in 81 Verfahren wurde der Schlichtungsvorschlag abgelehnt. 20 Anträge wurden von den Parteien zurückgenommen.

Bis zum 31.12.2015 finden neun weitere Beratungstermine statt, in denen pro Beratungstermin bis zu 20 Anträge auf Durchführung des Schlichtungsverfahrens besprochen werden.

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

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

falen (KGNW) als Mitglieder an. Derzeit sind in der Gesellschaft 278 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31.12.2015). Insgesamt vertritt die KGNW 342 nordrhein-westfälische Krankenhäuser.

Verbandsmitglieder gem. Satzung

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

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche
im Rheinland
Lenastraße 41
40470 Düsseldorf

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

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

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

Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Liliencronstraße 14
40472 Düsseldorf

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

Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Straße 1
50663 Köln

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

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Straße 25–27
48133 Münster

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

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

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

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

Städtetag Nordrhein-Westfalen
Lindenallee 13-17
50968 Köln

Mitgliederversammlung

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

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

- f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gem. § 5 sowie der Beiträge gem. § 6 der Satzung
- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans
- h) Genehmigung der Jahresrechnung
- i) Entgegennahme des Geschäftsberichtes
- j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers
- k) Bestellung der Rechnungsprüfer
- l) Wahrnehmung von der 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:
10.12.2015 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

Geschäftsführer Dr. Josef Düllings
St. Vincenz-Krankenhaus GmbH, Paderborn

Vorstand Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

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 Kreiskrankenhaus Grevenbroich St. Elisabeth

Vorsitzender Geschäftsführer
Dr. Rainer Norden
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
gGmbH

Geschäftsführer Rainer Rabsahl
Evangelisches Krankenhaus Wesel GmbH

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH
(† 23.09.2015)

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

Kfm. Direktor Dr. Matthias Wokittel
Universitätsklinikum Düsseldorf

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

**Von den Verbandsmitgliedern benannte
Mitglieder**

Regionalgeschäftsführer Manuel Berger
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e. V.
(ab 10.03.2015)

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

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

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

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen
(bis 24.09.2015)

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

Geschäftsbereichsleiterin Elke Grothe-Kühn
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche
im Rheinland

Geschäftsführer Thomas Hoffmann
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e. V.
(bis 10.03.2015)

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

Regierungsbeschäftigter Olaf Kurpiers
Ministerium für Innovation, Wissenschaft
und Forschung des Landes
Nordrhein-Westfalen
(ab 24.09.2015)

Beigeordneter Reiner Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(bis 24.09.2015)

Hauptreferent Dr. Matthias Menzel
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen
(ab 24.09.2015)

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

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

Diözesan-Caritasdirektor
Burkhard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Hauptreferentin Andrea Vontz-Liesegang
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Beigeordneter Dr. Christian von Kraack
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(ab 24.09.2015)

LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Ministerialrat Alfred Witt
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen
(bis 24.09.2015)

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

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

Geschäftsführer Clemens Breulmann
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Krankenhausorganisation)
Christophorus-Kliniken GmbH, Coesfeld
(bis 23.06.2015)

Dr. med. Dirk Albrecht
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Krankenhausorganisation)
Contilia GmbH, Essen
(ab 23.06.2015)

Abteilungsleiterin
Brigitte von Germeten-Ortmann
(Vorsitzender 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:
10.03.2015 in Düsseldorf
23.06.2015 in Neuss
24.09.2015 in Düsseldorf
25.11.2015 in Düsseldorf

Präsidium

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

„Das Präsidium hat den Vorstand in der Erfüllung seiner Aufgaben durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, insbesondere durch Vorbereitung der Vorstandssitzungen, zu unterstützen. Es hat dafür zu sorgen, dass die Arbeit der Gesellschaft nach den Bestimmungen der Satzung und den Beschlüssen des 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 Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH
(† 23.09.2015)

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

Diözesan-Caritasdirektor Burkhard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Sitzungen:

10.03.2015 in Düsseldorf
23.06.2015 in Neuss
24.09.2015 in Düsseldorf
25.11.2015 in Düsseldorf

Hauptausschuss

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

Vorsitzender

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

Stellvertretender Vorsitzender

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

Geschäftsführer

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

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

Geschäftsführer Horst Defren
Kliniken Essen-Mitte
Evangelische Huysens-Stiftung/Knapp-
schaft GmbH

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

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, Gummersbach

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenzweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg
Sana Krankenhaus Hürth GmbH

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

Geschäftsführer Bernd Koch
Caritas Trägergesellschaft West GmbH,
Düren

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

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Kran-
kenhäuser, Münsterland und Ostwestfalen,
Münster

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)

Geschäftsführer
Manfred Sunderhaus
Katholisches Klinikum Essen GmbH

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

Direktor
Dr. rer. pol. Christoph Hoppenheit
Universitätsklinikum Münster

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtische Kliniken Mönchengladbach
GmbH

Geschäftsführer Dr. Harald Januschewski
Evangelisches Krankenhaus Bergisch
Gladbach

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

Kaufm. Direktor
Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

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

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

Kaufm. Direktor
Dr. Matthias Wokittel
Universitätsklinikum Düsseldorf

Sitzung:
19.02.2015 in Düsseldorf
21.05.2015 in Düsseldorf
10.09.2015 in Düsseldorf
12.11.2015 in Düsseldorf

Fachausschüsse und Kommissionen/Arbeitsgruppen

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

Hauptausschuss

- Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“
- Arbeitsgruppe „Kennzahlen aus Routinedaten nach § 21 KHEntgG in der Psychiatrie“

Fachausschuss für Planung und Förderung

- 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 u. a. in folgendem Gremium vertreten:

- Landesausschuss für Krankenhausplanung

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

Evangelische Krankenhausgemeinschaft

Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Leiter der Geschäftsführung

Thomas Figge

Zweckverband der Krankenhäuser des

Ruhrbezirks e. V., Herne

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn

Verband Evangelischer Krankenhäuser

Rheinland/Westfalen/Lippe, Düsseldorf

Geschäftsführer Martin Heumann

Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,

Köln

Stellvertretender Geschäftsführer

Martin Heiser

Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,

Köln

Geschäftsführer Thomas Köhler

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

Geschäftsführer Frank Lillteicher

Zweckverband freigemeinnütziger

Krankenhäuser Münsterland und

Ostwestfalen, Münster

Geschäftsführer Ingo Morell

Gemeinnützige Gesellschaft der

Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Sitzungen:

12.01.2015 in Düsseldorf

26.01.2015 in Düsseldorf

20.11.2015 in Düsseldorf

14.12.2015 in Düsseldorf

21.12.2015 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „Kennzahlen aus Routinedaten 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
Südwestfalen 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

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

Sitzungen:
Keine

Fachausschuss für Planung und Förderung

Vorsitzender

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

a) Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmitglieder

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus Lippstadt

Vorstand Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford

Vorstandsvorsitzender Dieter Kesper
Stiftung der Cellitinnen, Köln

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus GmbH,
Bergisch Gladbach

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

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

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholischen Kliniken im Märkischen Kreis
gGmbH

Stellvertretende Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmitglieder

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

Geschäftsführer Ralf Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich,
St. Elisabeth, Grevenbroich

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef Krankenhaus GmbH, Moers

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Michael Wermker
Evangelisches. Krankenhaus Hamm GmbH

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Kliniken im Märkischen Kreis gem.
GmbH

b) Mitglieder aus dem Kreis der Verbände

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

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

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Alexander Spernau
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen

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

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 Pader-
born

Vorsitzender der Geschäftsführung
Rudolf Mintrop
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Thomas Profazi
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(bis 25.02.2015)

Hauptgeschäftsführer Ingo Breitmeier
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(ab 10.03.2015)

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 Evangelischen Kirche
von Westfalen

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

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

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Ekkehard Zimmer
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen
(ab 25.11.2015)

Dipl.-Kfm. Karsten Honsel
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen

Tim Reuter
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(bis 16.09.2015)

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Beigeordneter Rainer Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(bis 16.07.2015)

Beigeordneter Dr. Christian von Kraack
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(ab 24.09.2015)

Referatsleiter Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Susanne Stephan-Gellrich
Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus
Caritasverband für das Bistum Essen

Hauptreferentin
Andrea Vontz-Liesegang
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Dr. Andreas Wittrahm
Caritasverband für das Bistum Aachen

c) Sonstige Mitglieder als krankenhausesseitige Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

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

Landesrätin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Richard Kösters
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland und
Ostwestfalen, Münster

Sitzungen:
25.02.2015 in Düsseldorf
29.04.2015 in Düsseldorf
15.09.2015 in Düsseldorf
11.11.2015 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“ der KGNW

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Bereichsleiter Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

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

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

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

Sitzungen:
keine

Fachausschuss für Krankenhausorganisation

Vorsitzender:

Geschäftsführer
Dipl.-Kfm. Clemens Breulmann
Caritasverband für die Diözese Münster
(bis 22.06.2015)

Geschäftsführer Dr. med. Dirk Albrecht
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.
(ab 23.06.2015)

Stellvertretender Vorsitzender

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Mitglieder

Kaufm. Direktor Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

Tim Bacher
Evangelisches und Johanniter Klinikum
Niederrhein gGmbH, Duisburg

Axel Bremecke
Verband Evangelische Krankenhäuser Rhein-
land/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.
(ab 24.09.2015)

Regionalgeschäftsführer Manuel Berger
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf
(ab 10.03.2015)

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e. V.

Verena Ising-Volmer
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Marcus Polle
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf
(bis 20.08.2015)

Geschäftsführer Andreas Schlüter
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Klaus Stahl
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Andreas Tyzak
Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.,
Düsseldorf

Annette Uentrup
Caritasverband für das Bistum Münster e. V.

Assessorin Marion van der Boeken
 Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.
 (bis 08.09.2015)

Geschäftsführender Vorstand
 Elmar Wagenbach
 Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Sitzungen:
 04.02.2015 in Düsseldorf
 25.06.2015 in Düsseldorf
 13.11.2015 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
 Gerd Schäfer

Berufsgenossenschaftliches
 Universitätsklinikum „Bergmannsheil“,
 Bochum

Cordula Schütze
 Katholische Kliniken Essen-Nord-West
 gGmbH

Sitzungen:
 14.04.2015 in Düsseldorf
 20.08.2015 in Düsseldorf

Kommission „Qualitätsmanagement“

Vorsitzender
 Geschäftsführer Horst Imdahl
 Städt. Kliniken Mönchengladbach GmbH

Mitglieder

Prof. Dr. Andreas Becker
 Institut Prof. Dr. Becker

Med. Geschäftsführer Frank Bessler
 Evangelisches 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

Dr. med. Dirk Kaczmarek
 Medizinmanagement, Dorsten

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

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 Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.

Katrin Stapenhorst
Christophorus-Kliniken GmbH
(ab 04.02.2015)

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth
Universitätsklinikum Düsseldorf
Dr. med. Christa Welling
St. Agnes-Hospital Bocholt gGmbH

Sitzungen:
28.01.2015 in Düsseldorf
08.06.2015 in Düsseldorf
03.11.2015 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
medfacilities Betrieb GmbH,
Unternehmen der Uniklinik Köln

Michael Kempchen
Evangelisches Krankenhaus Bethesda
Mönchengladbach gGmbH

Frank Kriege
Contilia GmbH, Essen

Andreas Lockau
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Volker Lowitsch
Universitätsklinikum Aachen

Stephan Meiritz
Katholische Kliniken Emscher-Lippe GmbH,
Gelsenkirchen
(ab 04.02.2015)

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:
11.03.2015 in Düsseldorf
29.09.2015 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „QR-Check“

Med. Geschäftsführer Frank Bessler
Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe
GmbH

Dr. Miriam Böttge-Joest
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-West-
falen 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

Dr. Patrick Fränkel
Universitätsklinikum Aachen
(ab 11.05.2015)

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

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

Med. Geschäftsführer Dr. Andreas Sander
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Dr. Arno Schäfer
Klinikum Herford

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Regina Waldeyer
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Sitzung:
11.05.2015

Fachausschuss für Personalwesen

Vorsitzende

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

Mitglieder

Rainer Dräger
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.

Volker Gläser
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Jan Großkopf
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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.
(bis 24.09.2015)

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.

Geschäftsführerin
Dipl.-Kauffrau Brunhild Schmalz
Evangelische Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Landesverw.-Direktor Martin Skorzak
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Direktor Jörg Wegener
Verband der Privatkliniken NRW e. V.
(ab 24.09.2015)

Noemi Wulff
Landschaftsverband Rheinland

Sitzungen:
11.02.2015 in Düsseldorf
25.08.2015 in Düsseldorf

Landesausschuss für Krankenhausplanung

Zur Erarbeitung insbesondere von Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und zu Schwerpunktfestlegungen des Landeskrankenhausplans notwendig sind, hat das MGEPA den Landesausschuss für Krankenhausplanung nach § 17 KHG NRW gebildet.

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

Mitglieder für die KGNW

Matthias Blum
Geschäftsführung 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

Richard Kösters,
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH
(+23.09.2015)

Mitglieder für die kommunalen Spitzenverbände

Hauptreferentin
Andrea-Vontz-Lieseang
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
Burkard Schröders
für die Katholische Kirche in
Nordrhein-Westfalen

Mitglieder für die Landschaftsverbände

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Landrätin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Sitzung:
08.05.2015 in Düsseldorf

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, bedarfsge-rechte, 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 Privatkrankeanstalten.

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

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitglieder

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

- (2) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Gesellschaft bei der Erfüllung ihrer 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 Zusendung der Druckschriften, Rundschreiben und sonstigen allgemeinen Verlautbarungen der Gesellschaft.
- (4) Vertreter der außerordentlichen Mitglieder können auf Vorschlag der Mitglieder der Gesellschaft unter Beachtung des jeweils vorgesehenen Verfahrens in den Hauptausschuss gewählt und in Ausschüsse berufen werden. In diesem Fall haben sie als Mitglied der genannten Gremien Stimmrecht.
- (5) Außerordentliche Mitglieder können zu einem jährlichen Beitrag herangezogen werden.
- (6) Auf die außerordentlichen Mitglieder finden die Vorschriften des § 3 Abs. 3 und 4 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 gem. § 11 der Satzung
- f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gem. § 5 sowie der Beiträge gem. § 6 der Satzung
- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans
- h) Genehmigung der Jahresrechnung

§ 8 Mitgliederversammlung

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

- a) Änderung der Satzung
- b) Festlegung der Grundsätze für die Arbeit der Gesellschaft sowie Entscheidung über Grundsatzfragen
- c) Wahl des Präsidenten und von zwei Vizepräsidenten gem. § 9 Abs. 4 der Satzung
- d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gem. § 9 Abs. 3 der Satzung einschließlich der Ergänzungswahl im Fall des vorzeitigen Ausscheidens eines gewählten Vorstandsvertreters für die Dauer der restlichen Wahlperiode

- i) Entgegennahme des Geschäftsberichtes
 - j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers
 - k) Bestellung der Rechnungsprüfer
 - l) Wahrnehmung der von der Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben
 - m) Auflösung der Gesellschaft
- (2) Jedes Mitglied entsendet in die Mitgliederversammlung einen stimmberechtigten Vertreter. Stimmberechtigte Vertreter können ihre Stimmen auf einen anderen Stimmberechtigten schriftlich übertragen.

(3) In der Mitgliederversammlung wird ein Gesamtstimmrecht gebildet, das sich wie folgt zusammensetzt:

Den Einzelmitgliedern stehen 75 v. H. und den Verbandsmitgliedern 25 v. H. des Gesamtstimmrechts zu.

Auf jedes Einzelmitglied gem. § 3 Abs. 1 1. Halbsatz entfällt für jedes Krankenhaus mit eigenem Feststellungsbescheid gem. § 18 KHG NRW je eine Stimme je angefangene 25 Mio. € des nach Abs. 4 gemeldeten Budgets (Erlöse aus Pflegesätzen, vor- und nachstationärer Behandlung sowie Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz). Die Höchstzahl beträgt fünf Stimmen je Krankenhaus.

Der auf jedes Verbandsmitglied gem. § 3 Abs. 1 2. Halbsatz entfallende Stimmenanteil ergibt sich aus dem Verhältnis der Summe der Stimmrechte der dem jeweiligen Verband angeschlossenen Einzelmitglieder zu der Summe der Stimmrechte aller verbandsangehörigen Einzelmitglieder. Die Summe der auf die Verbandsmitglieder entfallenden Stimmenanteile bildet 25 v. H. des Gesamtstimmrechts.

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

der 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 fünf 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 Buchst. a bedürfen einer Mehrheit von zwei Drittel der Stim-

men 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 Drittel der abgegebenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

Beschlüsse der Mitgliederversammlung nach § 8 Abs. 1 Buchst. 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 Buchst. 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 fünf Verbandsmitglieder dies beantragen. Ein Antrag auf geheime Abstimmung hat Vorrang.

Wahlen werden, wenn niemand widerspricht, durch offene Abstimmung, sonst durch Abgabe von Stimmzetteln vollzogen. Im Übrigen gibt sich die Mitgliederversammlung selbst ihre Geschäftsordnung.

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

§ 9 Vorstand

- (1) Der Vorstand beschließt über die Angelegenheiten, die ihm die Satzung zuweist oder die ihm die Mitgliederversammlung überträgt.
- (2) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:
- a) Vorbereitung der Mitgliederversammlung
 - b) Wahl des Nachfolgers eines vorzeitig ausscheidenden Präsidenten oder Vizepräsidenten für den Rest der Wahlperiode
 - c) Berufung der Beisitzer des Präsidiums
 - d) Berufung des Geschäftsführers auf Vorschlag des Präsidiums

- e) Bildung und Auflösung von Ausschüssen gem. § 13, Berufung der Mitglieder sowie der Vorsitzenden der Ausschüsse
 - f) Erlass von Bestimmungen über die Finanzwirtschaft sowie das Kassen- und Rechnungswesen der Gesellschaft
 - g) Beschlussfassung über den Ankauf, die Veräußerung und Belastung von Grundstücken sowie über die Aufnahme von Darlehen
 - h) Aufnahme von Mitgliedern
 - i) Vorbereitung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung
 - j) Beschlussfassung zu Verträgen auf Empfehlung des Hauptausschusses
 - k) Benennung von Vertretern der Gesellschaft in Institutionen, wenn die Mitwirkung der Gesellschaft durch Rechtsvorschrift oder daraus abgeleiteten Vereinbarungen vorgesehen ist
 - l) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Vorstands
 - m) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Hauptausschusses
- (3) Der Vorstand besteht je zur Hälfte aus von der Mitgliederversammlung gewählten Vertretern der Einzelmitglieder und aus benannten Mitgliedern. Das Benennungsrecht für je einen Vertreter im Vorstand haben:

- Spitzenverbände, sofern ihnen in Nordrhein-Westfalen mindestens sieben Krankenhausträger angeschlossen sind,
- der Landschaftsverband Rheinland,
- der Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- das für die Universitätskliniken zuständige Fachministerium des Landes Nordrhein-Westfalen.

Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Die Amtsdauer beträgt drei Jahre.

- (4) Dem Vorstand gehört zusätzlich der von der Mitgliederversammlung auf drei Jahre zu wählende Präsident an. Die beiden Vizepräsidenten werden von der Mitgliederversammlung aus dem Kreise der Vorstandsmitglieder gewählt.
- (5) Der Vorstand kann anstelle der Mitgliederversammlung in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist den Mitgliedern unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Mitgliedes sind sie auf der nächsten Mitgliederversammlung erneut zu behandeln.
- (6) Der Vorstand wird vom Präsidenten nach Bedarf einberufen. Den Vorsitz führt der Präsident. Der Vorstand ist einzuberufen, wenn mindestens 25

v. H. der Vorstandsmitglieder dies unter Angabe der Verhandlungspunkte verlangen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Vorstandssitzung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Vorstands mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.

- (7) Beschlüsse des Vorstands nach § 9 Abs. 2 Buchst. j bedürfen einer Mehrheit von 75 v. H., alle anderen Beschlüsse einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die vom Beschluss abweichende Auffassung eines Mitglieds ist auf dessen Antrag in die Sitzungsniederschrift aufzunehmen. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Vorstandsmitglieder anwesend ist. Ist eine Angelegenheit wegen Beschlussunfähigkeit zurückgestellt worden und wird der Vorstand zur Verhandlung über denselben Gegenstand einberufen, so ist er ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig. Bei der zweiten Ladung muss auf diese Bestimmung ausdrücklich hingewiesen werden.
- (8) Die Beschlüsse der Vorstandssitzung sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.

(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 Geschäfts-

führer gehört als geschäftsführendes Präsidialmitglied ohne Stimmrecht zusätzlich dem Präsidium an. Den Vorsitz führt der Präsident.

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

(4) Das Präsidium wird vom Präsidenten einberufen. Einladung und Tagesordnung müssen mindestens zwei Wochen vor der Sitzung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Präsidiums mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.

(5) Das Präsidium beschließt mit Stimmenmehrheit. Beschlüsse, die das Präsidium anstelle des Vorstandes fasst, bedürfen der Zweidrittelmehrheit. Das Präsidium ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder des Präsidiums anwesend ist. Ausnahmsweise kann auch schriftlich abgestimmt werden.

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

- (7) Die Amtszeit der gewählten Mitglieder des Präsidiums beträgt drei Geschäftsjahre. Wiederwahl ist möglich. Der Präsident soll nach Ablauf seiner Amtszeit für drei weitere Jahre unter Anrechnung auf die Zahl der Beisitzer dem Präsidium angehören.

§ 11 Hauptausschuss

- (1) Der Hauptausschuss berät und verhandelt über den Abschluss von Verträgen und Empfehlungen zur Vergütung der Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 der Satzung sowie über Empfehlungsvereinbarungen zu Pflegesatzverhandlungen und empfiehlt dem Vorstand, entsprechend zu beschließen.
- (2) Dem Hauptausschuss können vom Vorstand die Aufgaben eines Fachausschusses gem. § 13 übertragen werden.
- (3) Der Hauptausschuss besteht aus 17 Mitgliedern, von denen fünf von den Verbandsmitgliedern, welche gem. § 9 Abs. 3 ein Benennungsrecht für den Vorstand haben, benannt werden, und zehn, die aus dem Kreise der Einzelmitglieder von der Mitgliederversammlung gewählt werden. Gleichzeitig ist nach demselben Verfahren die entsprechende Zahl von Stellvertretern zu bestellen. Weiterhin gehören dem Hauptausschuss ein von der Mitgliederversammlung zu wählender Vorsitzender und der Geschäftsführer an. Die Amtsdauer beträgt drei Jahre. Der Hauptausschuss wählt für dieselbe Wahlzeit aus dem Kreise seiner Mitglieder je einen Stellvertreter des Vorsitzenden aus dem Kreis der Einzelmitglieder und der Verbandsmitglieder. Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Mitglieder des Hauptausschusses sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Zu Mitgliedern des Hauptausschusses können auch Vertreter der außerordentlichen Mitglieder nach Maßgabe des § 6 Abs. 4 der Satzung gewählt werden. Die Anzahl der Mitglieder des Hauptausschusses gem. Satz 1 bleibt hiervon unberührt. Weitere Vertreter der Geschäftsstelle der Gesellschaft nehmen an den Sitzungen des Hauptausschusses mit beratender Stimme teil.
- (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 ge-

hört mit beratender Stimme dem Vorstand und dem Präsidium an.

(2) Der Geschäftsführer leitet die Geschäftsstelle und ist Vorgesetzter der Mitarbeiter. Zum Abschluss und zur Kündigung von Arbeitsverträgen ist er berechtigt.

(3) Im Rahmen des ihm zugewiesenen Geschäftsbereiches vertritt der Geschäftsführer die Gesellschaft (§ 30 BGB). Er ist insoweit alleinvertretungsberechtigt.

§ 13 Ausschüsse

(1) Zur Beratung von besonderen inhaltlichen oder regionalen Aufgabenstellungen kann der Vorstand im Rahmen seiner Zuständigkeit Ausschüsse bilden. Zu Sitzungen der Ausschüsse können Personen, die als besonders sachkundig anzusehen sind, bei Bedarf beratend hinzugezogen werden. An den Sitzungen der Ausschüsse nehmen Vertreter der Geschäftsstelle teil.

(2) Die Vorsitzenden der Ausschüsse berichten dem Vorstand über das Ergebnis der Beratungen; sie können an den Sitzungen des Vorstandes mit beratender Stimme teilnehmen.

§ 14 Geschäftsjahr, Haushalts- und Rechnungsführung

(1) Das Geschäftsjahr der Gesellschaft ist das Kalenderjahr.

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

§ 15 Auflösung

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

§ 16 Übergangsregelung

- (1) Bis zur Verabschiedung einer Beitragsordnung gem. § 5 Abs. 2 durch die nach 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 gem. § 5 Abs. 2 der Satzung außer Kraft, ohne dass es hierfür eines gesonderten Beschlusses der Mitgliederversammlung bedarf. Die für das laufende Geschäftsjahr aufgrund der Übergangsregelung geleisteten Beiträge werden auf die nach der verabschiedeten Beitragsordnung bestehende Beitragspflicht angerechnet.

§ 17 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	BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
ADKA	Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker	BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol	BGH	Bundesgerichtshof
AG-TPG	Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes	BGR	Berufsgenossenschaftliche Regeln
AltPflG	Altenpflegegesetz	BgVV	Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin
AMG	Arzneimittelgesetz	BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
ApoG	Apothekengesetz	BMG	Bundesministerium für Gesundheit
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen	BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
ArbZG	Arbeitszeitgesetz	BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
Art.	Artikel	BQS	Institut für Qualität und Patientensicherheit
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	BSG	Bundessozialgericht
AVB	allgemeine Vertragsbedingungen	BVerfG	Bundesverfassungsgericht
Az.	Aktenzeichen	BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BAG	Bundesarbeitsgericht	BZU	Bezugsgröße „Unterkunft“
BetrSichV	Betriebssicherheitsverordnung	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
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	etc.	et cetera
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psycho- somatik	EU	Europäische Union
DKTIG	Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informati- onsverarbeitung GmbH	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
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung	IPQ	Internet Portal Qualitätsbe- richt
GKV	Gesetzliche Krankenversi- cherung	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ge- sundheitswesen
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Kranken- versicherung	IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein- Westfalen
GKV-WSG	Gesetz zur Weiterentwick- lung der Strukturreform in der gesetzlichen Kranken- versicherung	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 Klassifikati- on der Krankheiten, Verlet- zungen und Todesursachen	KHG	Krankenhausfinanzierungs- gesetz
i. d. F.	in der Fassung		

KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen	LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung
KHHygVO	Krankenhaushygieneverordnung	LSG NW	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz	mbH	mit beschränkter Haftung
KHStatV	Krankenhausstatistikverordnung	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz	MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
KIS	Krankenhausinformationssysteme	Mio.	Million
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention	MPG	Medizinproduktegesetz
KrPflG	Krankenpflegegesetz	MPV	Verordnung über Medizinprodukte (Medizinprodukte-Verordnung)
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
KV	Kassenärztliche Vereinigung	Nr.	Nummer
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	NRW	Nordrhein-Westfalen
LAG	Landesarbeitsgericht	o. g.	oben genannte
LAGA	Landesarbeitsgemeinschaft Abfall	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
LBFW	Landesbasisfallwert	OLG	Oberlandesgericht
LG	Landgericht	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel

OSP	Onkologischer Schwerpunkt	sog.	so genannt
OVG	Oberverwaltungsgericht	TEP	Totalendoprothese
PauschKHFVO	Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung	TPG	Transplantationsgesetz
		TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
PfG NW	Landespfleugesetz Nordrhein-Westfalen	u. a.	unter anderem
PKV	private Krankenversicherung	UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung	VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
PTCA	perkutane transluminale coronare 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
		v. H.	vom Hundert
RKI	Robert Koch-Institut	WHO	Weltgesundheitsorganisation/World Health Organisation
RSA-ÄndV	Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	Ziff.	Ziffer
SchV-KHG	Schiedsstellenverordnung Krankenhausfinanzierungsgesetz	ZTG	Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH
SG	Sozialgericht		
SGB	Sozialgesetzbuch		
SGG	Sozialgerichtsgesetz		

Geschäftsführer der KGNW
- Geschäftsführendes Präsidialmitglied -
Rechtsanwältin Matthias Blum

Geschäftsbereich I

- Sekretariat/Mitgliederverwaltung**
Dorothea Grabhorn
- Teil.Durchw.**
50/51
- Präsidium
 - Vorstand
 - Mitgliederversammlung
 - Verbandspolitik
 - Leitung der Geschäftsstelle
 - DKG-Vorstandsangelegenheiten
 - DKG-Finanzierungsausschuss
- DKG-Haushaltsausschuss
 - Gemeinsamer Bundesausschuss
 - Bundesschiedsstelle
 - Landesgeschäftsleitertragung
 - Landesausschuss für Krankenhausplanung
 - Landesgesundheitskonferenz
 - Landespflegesatzausschuss

Geschäftsbereich II

- Sekretariat**
N.N.
- Teil.Durchw.**
- Hauptausschuss der KGNW
 - Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV
 - DKG Fachausschuss Recht und Verträge
- Schiedsstellen nach § 114 SGB V und § 18a KHG
 - Gemeinsamer Bundesausschuss
 - Bundesschiedsstelle

Politik, PR und Presse

- Referatsleiter**
Lothar Kratz
- Teil.Durchwahl**
70
- Referentinnen**
Rechtsanwältin Brigitte Albers
Dipl.-Pol. Mirko Milnewitsch
- 73**
72
- Sekretariat**
Anke Fröhlen
- 71**
- Themen**
Gesundheitspolitik
- Landesgesundheitskonferenz
- Kontaktpflege zu den Landtagsfraktionen, Landesministerien und zu den Institutionen der Selbstverwaltung
- Grundsatzzfragen des Krankenhauswesens
- Kampagnenplanung
- Pressestelle
- Publikationen
- Veranstaltungsmanagement
- Internetredaktion, Newsletter-Europäisches Krankenhauswesen
- AG Ausländische Ärzte
- DKG-Kommission Europa und Internationales Krankenhauswesen

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

- Referatsleiter**
Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer
- Teil.Durchwahl**
20
- Referenten**
Dipl.-Wirtschaftsmath. Robert Fabber
Dipl.-Inform. Med. Klaus Kalkreuter
Dipl. Georg Nico Reinke
M.Sc. Med. Informatik Jakob Scholz
- 22**
23
26
25
- Sachbearbeitung/Datenverarbeitung**
Betriebswirtin (VWA) Astrid Stiller
- 24**
- Sekretariat**
Beate Luteremann
Natalie Findler
- 21**
28
- Themen**
- Qualitätssicherung, Zertifizierung
- Arzneimittelwesen, Blutversorgung, -produkte, Gefäßrisiko, Gefäßgüter
- Rettungsdienst
- Krankenhaustechnik, Medizinprodukte, Arbeitssicherheit
- Umweltschutz, Abfallwirtschaft, Krankenhaushygiene
- im Krankenhaus: Internet, Multimedia, Telemedizin, Datenschutz und -sicherheit, Datenübermittlung, 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 Daten-Information und -kommunikation
- Kommission Qualitätssicherung
- AG Organ spende

Medizin

- Referatsleiter**
Dr. med. Peter-Johann May
- Teil.Durchwahl**
30
- Referenten**
Dr. med. Miriam Böttge-Joest
Dipl.-Pflegewirt (FH) Christian Book
- 32**
33
- Sekretariat**
Beate Luteremann
Natalie Findler
- 21**
28
- Themen**
- Verbandspezifische medizinische Fragestellungen zu:
- Krankenhausfinanzierung/-planung
- Qualitätssicherung
- Pflege
- Disease-Management-Programmen
- Dokumentationssystemen
- Versorgungsstrukturen und -prozesse im Gesundheitswesen
- Sonderaufgaben
- Gremienbetreuung:
- Medizinischer Beirat der KGNW
- Fachausschuss für Medizin
- Kommission Hygiene
- Kommission Organ spende
- Kommission Psychiatrie
- Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
- Gemeinsamer Bundesausschuss:
- Unterausschuss Ambulante spezialärztliche Versorgung

Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 211 478 19 - 0
Telefax: +49 211 478 19 - 99
E-Mail: post@kgnw.de
Internet: www.kgnw.de

Finanzierung/Planung

- Referatsleiter**
Rechtsanwalt Richard Kösters
- Teil.Durchwahl**
10
- Referenten**
Dipl.-Kauffrau Ursula Fernholz-Grafte
Dipl.-Ges.-Oec. Thomas Spicker
Alexander Schrahe, M. Sc. HCM
Annette Noll, M. Sc. HCM
- 14**
13
12
47
- Sekretariat**
Yvonne Bergmann
- 11**
- Themen**
- Krankenhausfinanzierung:
- Pflegesatzfragen
- Bundespflegesatzverordnung
- Krankenhausentgeltgesetz
- Abrechnungsfragen
- Neue Leistungs- und Entgeltformen
- Integrierte Versorgung
- Wirtschaftlichkeitsfragen im Krankenhaus
- Landesbasistvertrag
- Vereinbarung im desweiterer Entgelte
- Leistungs- und Kostenstellung
- Krankenhausausplanung
- Pauschalförderung
- Einzelförderung
- Disease-Management-Programme
- Ausgleichsfonds gem. § 7 a KHG
- Finanzierung spezieller Leistungen
- Sozialpädiatrische Zentren
- Pathologie
- Heilmittel
- Gebührenterminungen
- Gremienbetreuung
- Fachausschuss für Planung und Förderung der KGNW
- Arbeitsgruppe Heilmittelvertrag
- DKG:
- Kommission Leistungsentgelte

Geschäftsstelle der Schiedsstelle KHG - Rheinland

- Sachgebieteitung**
Rosemarie Rehm
- Teil.Durchwahl**
60
- Sachbearbeitung/Sekretariat**
Martina Rabs
Chantal Müllers
- 41**
63

Recht und Personal

- Referatsleiter**
Rechtsanwalt Thorsten Gause
- Teil.Durchwahl**
40
- Referenten**
Assessor Joachim Klähn
Ass. Jur. Tanja Weber
Ass. Jur. Agnes Christoffel
Ass. Jur. Katharina Hübner
- 42**
43
44
80
- Sekretariat**
Anna Korth
- 41**
- Themen**
- Rechts- und Vertragswesen
- Rechtsberatung der Mitgliedverbände/Krankenhäuser
- Rechtsfragen zum Krankenhausfinanzierungsrecht (KHG, KHEntgelt, BPHV, PPV) und Sozialrecht (SGB, RVO, etc.)
- Belegarzt und Konsiliararzt
- Kooperationsverträge
- Allgemeines Wirtschaftsrecht
- Steuerrecht
- Allgemeine Vertragsbedingungen und Haftungsrecht
- Auswertung Rechtsprechung
- Personalwesen im Krankenhaus
- Grundsatzzfragen zum Arbeitsrecht
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Ausbildungsstätten
- Arztliches Berufsrecht
- Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- Bundes- und Landesverträge sowie
- Rahmenempfehlungen
- Gremienbetreuung:
- Fachausschuss für Personalwesen der KGNW
- DKG:
- Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation

Vorstandsbüro



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-Str. 20
53881 Euskirchen
www.die-fischer.net

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

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Kontakt

Humboldtstraße 31

40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 47819-52

Telefax: +49 211 47819-99

E-Mail: post@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de