

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Geschäftsbericht 2016





KG NW

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
Finanzierung und Planung	12
Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse	42
Medizin	80
Recht und Personal/Vorstand	95
Politik, PR und Presse	120
Finanzen, Personal und Organisation	140
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW	142
Satzung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	165
Abkürzungsverzeichnis	177
Organigramm	182
Impressum	183



Vorbemerkung



KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum

Die Tätigkeitsschwerpunkte der KGNW Geschäftsstelle im Berichtszeitraum 10.12.2015 bis 06.12.2016 sind im Folgenden kurz zusammengefasst: Für die Krankenhäuser und ihre Interessenvertretungen lag ein turbulenter, aufregender und ereignisreicher Berichtszeitraum vor. Es war mit der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG) und dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), des IT-Sicherheitsgesetzes und des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes sowie der Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eine hochaktive Zeit. Darüber hinaus rückte die Pflege mit der Reform der Pflegeausbildung im Kontext des Gesetzes der Bundesregierung zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) in den Mittelpunkt kontroverser Diskussionen. Schon zu Jahresbeginn sollte das Gesetz beschlossen werden, ist aber angesichts der weitreichenden Folgen mit Blick auf eine generalistische

Ausbildung noch weiterhin im gesetzgeberischen Verfahren.

Mit dem KHSKG wurden eine Vielzahl von Aufgaben zur Umsetzung für die Selbstverwaltung sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung auf den Weg gebracht. Im Zuge der Umsetzung sind insbesondere Vereinbarungen zu treffen für die Hochschulambulanzen im Rahmen des GKV-VSG, zu Zentrumszuschlägen, zur Vergütung ambulanter Notfallleistungen und zu Zuschlägen für Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse und – Richtlinien. Ferner standen und stehen die Umsetzung von Maßnahmen und Regelungen zum DRG-System im Hinblick auf eine Absenkung und Abstufung bei wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen, eine Korrektur der Anteile der übervergüteten Sachkosten, eines Katalogs nicht mengenanfälliger Leistungen und des Fixkostendegressionsabschlags sowie eine repräsentative Kalkulationsstichprobe im Fokus. Weitere zentrale Themenfelder bei der Umsetzung des KHSKG in der Verantwortung des G-BA, die auch zukünftig in der Diskussion stehen werden, betrafen das stationäre Notfallstufenkonzept, die Qualitätskontrollen durch den MDK, den Sicherstellungszuschlag, die Qualitätsverträge, die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie die qualitätsorientierten Zu- und Abschläge.

Mit dem Pflegezuschlag, der Tarifausgleichsrate und den Förderprogrammen für Pflegestellen und Hygiene wurden die finanziellen Rahmenbedingungen für die laufenden Kosten der Krankenhäuser verbessert. Gleichzeitig aber werden insbesondere von den Kostenträgern auf der Bundesebene immer wieder

Entscheidungen hinausgezögert oder in der Umsetzung verändert, sodass das vorgesehene Geld – zurzeit insgesamt 500 Mio. € – die Kliniken nicht erreicht. Dies betrifft insbesondere die Zentrumszuschläge, die Situation der Hochschulambulanzen und die stationäre Notfallversorgung. So wurde bei der stationären Notfallversorgung mit der Krankenhausreform zwar eine erste Verbesserung eingeleitet, aber die zentrale Kostenunterdeckung nicht gelöst.

Weitere zentrale Themen in Diskussionen auf Bundesebene, in deren Verlauf sich die KGNW eingebracht hat, waren der Struktur- und Innovationsfonds, die Qualität und Transparenz in der Krankenhausversorgung, mehrere Studien, Reports und Veröffentlichungen der gesetzlichen Krankenkassen zur Qualität und Struktur der Krankenhausversorgung, die Patientensicherheit und die IT im Krankenhaus sowie das Entlassmanagement.

Nachdem im KHSG, das in der Diskussion mit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe von der Krankenhausseite stark kritisiert wurde, der Investitionsbedarf der Krankenhäuser zwar anerkannt wurde, bleibt die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder weiterhin ungelöst.

Vor diesem Hintergrund haben sich die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu einem „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ zusammengeschlossen. Ziele des Bündnisses sind, das gesetzlich zur Investitionsförderung der Krankenhäuser verpflichtete Land und die Öffentlichkeit auf die Situation in den Krankenhäusern in NRW im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung

aufmerksam zu machen, um die nachweislich notwendigen Fördermittel zu erhalten. Mit dem Investitionsbarometer NRW hat das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) im Auftrag der KGNW eine Studie erstellt, die erstmals flächendeckend für ein Bundesland Zahlen und Fakten zur konkreten Investitionssituation der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vorlegt. Die Ergebnisse des Investitionsbarometers NRW geben erstmals detailliert Auskunft über den Bedarf, die Förderlücke und die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser in NRW und ihre Zukunft mit Blick auf die medizinische Versorgung. Was Kliniken seit Jahrzehnten spüren, wird nun erstmals durch die flächendeckend erhobene Studie belegt: Nordrhein-Westfalens Krankenhäuser sind strukturell unterfinanziert. 500 Mio. € investierte das Land 2014 in die Infrastruktur und Technik seiner Kliniken. Der tatsächliche Investitionsbedarf aber liegt jährlich bei 1,5 Mrd. €. Im Ergebnis beträgt die jährliche Förderlücke damit 1 Mrd. €.

Nach der Auftaktpressekonferenz am 26.04.2016 in Düsseldorf und der Vorstellung des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung und des Investitionsbarometers NRW“ wurden die Forderungen des Bündnisses in zahlreichen Gesprächen mit den politischen Entscheidern, Bündnispartnern und Spitzenvertretern weiterer Institutionen des Gesundheitswesens in der gesundheits- und krankenhauspolitischen Diskussion platziert. Bisher elf regionale Veranstaltungen (weitere sind in Planung), die von den Krankenhäusern als Bündnismitgliedern durchgeführt wurden, bildeten einen weiteren Schwerpunkt in der Kommunikation mit Medien, Entscheidungsträgern und der Öffent-

lichkeit. Zum Umsetzung des Bündnisses erhielten die Krankenhäuser ein Kommunikationspaket, einen Gesprächsleitfaden, zwei Broschüren und einen Flyer. Flankiert wird das Bündnis zudem mit dem Webseitenauftritt www.gesunde-krankenhaeuser.de.

Neben diesen gemeinsamen Aktivitäten der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und der KGNW im Rahmen des Bündnisses bezogen sich weitere Maßnahmen auf die Umsetzung des KHSG und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Landesebene. Zudem wurden zahlreiche weitere Aktivitäten mit Landesbezug initiiert und umgesetzt.

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 Bürger sowie Krankenhausmitarbeitern, insbesondere auch in der Landespolitik, auch in diesem Jahr eine sehr positive Resonanz. An der Initiative haben bereits 98 % der Krankenhäuser in NRW mit dem Ziel teilgenommen, die Bevölkerung über antibiotikaresistente Krankheitserreger, Infektionsschutz und Hygiene aufzuklären. Darüber hinaus empfahl die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in diesem Jahr allen Krankenhäusern in Deutschland eine Teilnahme an der Hygiene-Initiative „Keine Keime“ (www.keine-keime.de), die die KGNW initiiert hat. Zurzeit beteiligen sich Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Hessen und Baden-Württemberg an der Ausführung.

Mit der Umsetzung des Krankenhausplans NRW rückten die Rahmenvorgaben als Grundlage für

die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte in den Vordergrund. Nach wie vor stellt sich das Planungsgeschehen sehr heterogen dar, wobei der Krankenhausplan NRW 2015 mit Ablauf des Jahres 2016 in weiten Teilen umgesetzt sein dürfte. Es gibt viele Regionen mit abgeschlossenen Planungsverfahren, die allerdings noch nicht per Feststellungsbescheid umgesetzt wurden. In einigen Regionen stehen die Verfahren allerdings seit längerer Zeit still oder haben noch nicht begonnen. Im psychiatrischen Bereich ist zum Teil noch offen, wie sich das MGEPA zu einzelnen Detailfragen zum Psychatriekonzept verhält.

Die bereits am 26.03.2015 im MGEPA begonnenen Beratungen und Arbeiten zum Landespsychiatrieplan NRW wurden in mehreren Unterausschüssen und Arbeitsgruppen fortgesetzt. Nach zahlreichen Sitzungen und einer Fachtagung zum Landespsychiatrieplan NRW wurde seitens des MGEPA ein „Berichtsentwurf zu der beteiligungsorientierten Phase im Rahmen der Erstellung des Landespsychiatrieplans NRW“ erstellt und in der Sitzung des Lenkungsausschusses zum Landespsychiatrieplan erörtert. Zu diesem Berichtsentwurf wurde seitens der KGNW auf der Basis weiterer Beratungen in KGNW-Gremien grundsätzliche Hinweise zur abschließenden inhaltlichen Ausgestaltung des zukünftigen Landespsychiatrieplans NRW erarbeitet und dem MGEPA zugesandt.

Aktuell wird mit Blick auf die aktuellen Entwicklungen bei den weiteren Umsetzungen des Krankenhausplans NRW zum Teil auch der Strukturfonds in den Blick genommen. In den Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe einigten sich Bund und Länder mit dem Strukturfonds auf ein Instrument, das in das KHSG aufgenommen wurde. Der Fonds hat den Zweck, 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) mit einem maximalen Volumen von 1 Mrd. € zu fördern. Zudem sollen palliative Versorgungsstrukturen gefördert werden. Die Anträge der Länder an das zuständige Bundesversicherungsamt auf Auszahlung von Fördermitteln aus dem Strukturfonds sind spätestens bis zum 31.07.2017 beim Bundesversicherungsamt zu stellen. 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 Entwurfs von den Trägern der zu fördernden Einrichtung bereitzustellen und würden sich zur Ausschöpfung des Förderbetrags 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.

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. Die Finanzhilfen umfassen ausdrücklich auch Investitionen in Krankenhäuser. Auch werden die Mittel trägerneutral gewährt. Eine direkte Bereitstellung von Mitteln aus dem Kommunalinvestitionsförderungsfonds für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser i. S. 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.

Deutlich in den Fokus rückte auch in diesem Berichtszeitraum die externe und sektorenübergreifende Qualitätssicherung. So enthält das KHSG neben zahlreichen Regelungen zur Neuordnung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft auch zahlreiche Maßnahmen mit einem Bezug zur Qualität der Krankenhausbehandlung: planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Qualitätszu- und -abschlüsse, Qualitätsverträge, rechtssichere Mindestmengen, Zweitmeinung sowie Qualitätskontrollen durch den MDK. Bereits zuvor waren mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) das Entlassmanagement und mit dem E-Health-Gesetz (E-HealthG) der Medikationsplan und die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung aufgenommen worden.

Bei den Umsetzungsmaßnahmen zur externen stationären Qualitätssicherung lag neben der

Datenerfassung und Datenvalidierung mit der Vorlage des Abschlussberichts 2014 und dem Forschungs- und Entwicklungsauftrag zur Weiterentwicklung wieder ein Schwerpunkt auf dem Strukturierten Dialog. Nach dem Start des Projekts Ende 2014 wurde die „Feldphase“ Anfang 2016 abgeschlossen und in zwei Berichtsteilen, jeweils für die Leistungsbereiche der Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Kardiologie, dokumentiert. Am 23.11.2016 hat der Lenkungsausschuss QS-NRW die beiden Berichtsteile abgenommen. Die Ergebnisse fließen in die Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung durch G-BA und IQTIG ein.

Im Zusammenhang der G-BA-Richtlinie sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-Richtlinie) hat der G-BA die themenspezifische Bestimmung „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiografie“ im Rahmen der Qesü-RL beschlossen. Die Datenerfassung hat am 01.01.2016 begonnen. Zudem startet am 01.01.2017 das neue Qesü-Modul „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ (NWIF), welches den zweiten Bereich der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Rahmen der Qesü-RL darstellt.

Zu klären ist, wie die Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS-KH) für die Datenentgegennahme der Daten der Krankenhäuser im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsrichtlinie (Qesü-RL) zu organisieren ist. Hier hat die KGNW die Bereitschaft erklärt, die Datenannahmestelle Krankenhaus für sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu übernehmen, allerdings ist die Finanzierung noch nicht geklärt.

Ebenfalls im Kontext der Qualitätssicherung 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. 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 2016 zur Verfügung stehen. Ebenso wird die KGNW in Absprache mit dem Zweckverband Rheinland die Umstellung der G-IQI Indikatoren im QR-Check-Indikatorenset umsetzen. Ziel ist, auch diese für die Ganzjahresauswertungen 2016 zur Verfügung zu stellen.

Bundesweit sind im Jahr 2016 die Krankenhäuser verpflichtet, bis spätestens 15.11.2016 einen Strukturierten Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V für das Berichtsjahr 2015 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu erstellen. Hier hat der G-BA die Anforderungen zur Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr um differenzierte Angaben zu Personalzahlen sowie um Angaben zum Hygienemanagement erweitert, was zu einer Vielzahl von Anfragen der Häuser in der Geschäftsstelle geführt hat.

Mit Cyberattacken auf Krankenhäuser zu Beginn des Jahres rückte auch die IT-Sicherheit in den Krankenhäusern in den Mittelpunkt der Medien und der Öffentlichkeit. Die Attacken, die über schadhafte E-Mail-Anhänge verbreitet wurden und das vorliegende Dateisystem verschlüsselten, hatten zum Ziel, Geld für das Wiederent-

schlüsseln zu erbeuten. Dabei richteten sich die Attacken nicht gezielt auf die Gesundheitsbranche, vielmehr hatten sich die bekannten Zwischenfälle zufällig ereignet. Diese Angriffe hatten massive Auswirkungen auf den Regelbetrieb der Krankenhäuser und verdeutlichen den hohen Abhängigkeitsgrad klinischer Prozesse von digitaler Unterstützung. Die KGNW reagierte auf die Attacken, indem die Krankenhäuser zunächst zeitnah über den Sachstand informiert und darauf hingewiesen wurden, dass IT-Sicherheit nicht allein ein technisches Problem und eng mit der Sensibilisierung der Anwender bzw. Mitarbeiter verbunden ist. Darüber hinaus stellte die KGNW den Mitgliedern allgemeingültige Best-Practice-Ansätze zur Prävention und Schadensminimierung zur Verfügung. Auf Antrag der Piratenpartei hatte der Ausschuss Arbeit, Gesundheit und Soziales des NRW-Landtags zahlreiche Experten, so auch die KGNW, gebeten, Stellung zu nehmen.

Im Zusammenhang mit der Berichterstattung zu den Cyberangriffen und der Fortschreibung der Cybersicherheitsstrategie werden Krankenhäuser zukünftig als kritische Infrastruktur gewertet. 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. Zudem müssen die Betreiber alle zwei Jahre via Audit nachweisen, dass der Schutz ihrer IT- und

MT-Infrastruktur dem definierten branchenspezifischen Stand der Technik entsprechen.

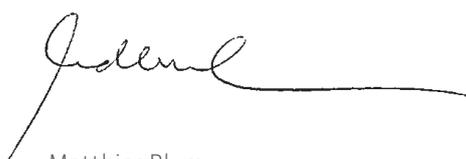
Diese Entwicklungen verdeutlichen auch, dass nutzerorientierte Telematikanwendungen im Gesundheitswesen voranschreiten. So fördert der Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW, der im 1. Quartal 2015 gestartet wurde, die Suche nach innovativen Ideen und Lösungen, die den Weg zu einer zukunftsfähigen und sektorenübergreifenden Versorgung und einer leistungsstarken Gesundheitswirtschaft in NRW ebnen oder fortsetzen sollen. Für den Wettbewerb werden bis zum Jahr 2020 ca. 40 Mio. € EU-Mittel aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) zur Verfügung gestellt. Mit dem Projekt „IE-Health NRW“ hat sich ein 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), 20 Krankenhäusern (assoziiert mit mehreren Arztnetzen), mehreren Softwareherstellern sowie der Fachhochschule Dortmund erfolgreich an diesem Wettbewerb beteiligt. Die Konsortialführung des Projekts liegt gemeinsam bei der KV-IT GmbH, der Healthcare IT Solutions GmbH und der KGNW. Strukturell wurde hierfür der „Digital Healthcare NRW e. V.“ gegründet und im Vereinsregister Düsseldorf eingetragen. Ziel des Projekts ist, die sektorenübergreifende integrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Beteiligung aller an der Behandlung mitwirkenden Einrichtungen und Professionen aufrechtzuerhalten und zu verbessern.

In einem weiteren Projekt, zu dem die KGNW in der zweiten Jahreshälfte 2015 und im Jahr 2016 gemeinsam mit der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse (TK), den Universitätskliniken in Münster und Aachen sowie kooperierenden Krankenhäusern, den Ärztekammern in NRW und zwei Arztnetzen einen Fördermittelantrag gestellt hat, fließen ca. 20 Mio. € im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses nach NRW. Das geförderte Projekt TEL-net@NRW zielt auf eine telemedizinische Unterstützung intensivmedizinischer und hygienerrelevanter Prozesse in einem sektorenübergreifenden Kontext ab. Das Projekt, das am 23.11.2016 auf der Landespresskonferenz u. a. durch NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens vorgestellt wurde, soll am 01.02.2017 starten.

Die KGNW hat gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) im vergangenen Jahr eine Analyse der Bettenauslastung über ein Kalenderjahr und für verschiedene Fachrichtungen im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse der bei der KGNW vorliegenden §-21-Daten durchgeführt. Ergänzend wurde eine stichprobenartige Umfrage an acht freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern vorgenommen, um neben der datenbasierten Auslastungsbestimmung auch der Reduktion von zur Verfügung stehenden Betten durch die Isolation von MRE-Patienten oder aufgrund einer palliativen Situation gerecht zu werden. Die vom DKI vorgelegten Ergebnisse der Untersuchung für das Jahr 2012 zeigen u. a., dass der zeitliche Verlauf der Bettenbelegung abhängig von der Jahreszeit/Saison, dem Wochentag, den Ferien und Feiertagen sowie dem Anteil von Elektivleistungen und dem jeweiligen Fachgebiet ist und dass die

Bettennutzungsvorgaben in einzelnen Fachabteilungen deutlich überschritten werden, so dass die zusätzliche Vorhaltung von Betten als Sicherheitsreserve erforderlich ist. Zudem wurde deutlich, dass zusätzliche Bettensperren sehr stark von der Art der Fachabteilung abhängen und teilweise markante Auswirkungen auf die Auslastung der verbleibenden Bettenkapazität zeigen und die fachabteilungsbezogenen Bettennutzungsvorgaben im Krankenhausplan 2015 kritisch hinterfragt werden sollten.

Weitere bestimmende landesweite Themen waren die Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts 2016 und 2017, die Verhandlungen zum Ausgleichfonds 2017, das Aufnahme- und Entlassmanagement als Schwerpunkte des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGBV, das Landeskrebsregistergesetz NRW sowie die Weiterentwicklung von CIRS-NRW und die Durchführung von Tagungen und Fachtagungen zu Themen wie Qualitätssicherung, Umweltschutz und Krankenhaus-IT und Medizintechnik.



Matthias Blum

Finanzierung und Planung

Aktuelle Gesetzgebung

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

Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG)

Ein besonderer Fokus lag in diesem Jahr weiterhin auf dem „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSKG)“.

Nachdem der Deutsche Bundestag das Krankenhausstrukturgesetz am 05.11.2015 in 3. Lesung beschlossen und der Bundesrat dem Gesetzespaket am 27.11.2015 abschließend zugestimmt hatte, trat das KHSKG in seinen wesentlichen Teilen zum 01.01.2016 in Kraft.

Das KHSKG sieht vielfältige Aufgaben für die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vor, die im Jahr 2016 zum Teil bereits in Vereinbarungen mündeten. Ein Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I bildete dabei die diesbezügliche Mitarbeit in den diversen Verhandlungsgruppen der DKG.

Vereinbarungsgegenstand	Termin
DKG, GKV, PKV: Vereinbarung des Näheren zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben (§ 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG)	31.03.2016
DKG, GKV, PKV: Absenkung/Abwertung der Bewertung von Leistungen mit Anhaltspunkten für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen (§ 9 Abs. 1c KHEntgG)	31.05.2016
DKG, GKV, PKV: Vereinbarung eines Konzepts zum Abbau bestehender Übervergütungen bei Sachkosten (§ 17b Abs. 1 Satz 6 KHG)	30.06.2016
DKG, GKV, PKV: Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen und Näheres zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags (§ 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG)	31.07.2016
DKG, GKV, PKV: Vereinbarung eines Konzepts für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage und deren Weiterentwicklung sowie geeignete Maßnahmen zur Umsetzung (§ 17b Abs. 3 Satz 6 und 7 KHG bzw. §§ 10 Abs. 2 Satz 1, 17d Abs. 1 Satz 7 KHG)	31.12.2016

Da die Zeitvorgaben für die einzelnen Themenbereiche sehr ambitioniert waren, konnten sie zum Teil nicht eingehalten werden. Die unterschiedlichen Positionen der Selbstverwaltungspartner konnten mitunter nicht zu einer Vereinbarung zusammengeführt werden, sodass bei einigen Themenbereichen die Bundesschiedsstelle angerufen wurde. Der aktuelle Sachstand zur Umsetzung der mit dem KHSG verbundenen Neuregelungen stellt sich wie folgt dar:

Abgeschlossene Vereinbarungen auf Bundesebene

- Vereinbarung gem. § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG zur Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 355/2016 vom 14.09.2016, KGNW-Rundschreiben Nr. 363/2016 vom 20.09.2016
 - Die Umsetzung ist bereits im DRG-Katalog 2017 enthalten (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 384/2016 vom 30.09.2016)
- Vereinbarung gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 358/2016 vom 14.09.2016, KGNW-Rundschreiben Nr. 410/2016 vom 12.10.2016)
 - Die Umsetzung ist bereits im DRG-Katalog 2017 enthalten (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 384/2016 vom 30.09.2016)
- Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 380/2016 vom 28.09.2016, KGNW-Rundschreiben Nr. 397/2016 vom 07.10.2016)
 - Die Vereinbarung enthält u. a. als Anlage den Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen und die Definition des Einzugsgebiets im Hinblick auf Leistungsverlagerungen.
- Vereinbarung gem. § 17b Abs. 3 Satz 6 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 419/2016 vom 18.10.2016)
 - Die erste Ziehung von 40 Krankenhäusern ist unter notarieller Aufsicht beim InEK am 31.10.2016 erfolgt.
 - Von diesen 40 Krankenhäusern befinden sich sieben in NRW.

Noch nicht abgeschlossene Vereinbarungen auf Bundesebene

- Vereinbarung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten.

Gem. § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG sollten die Vertragsparteien auf der Bundesebene bis zum 31.03.2016 das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG vereinbaren. Im Konfliktfall entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf

Antrag einer Vertragspartei. Aufgrund der konträren Auffassung des gesetzlichen Auftrags gestalteten sich die Verhandlungen als überaus schwierig. Während für die Kassenseite die Vorgabe von Kriterien als Voraussetzung für die Wahrnehmung besonderer Aufgaben im Vordergrund steht, liegt der Schwerpunkt des gesetzlichen Auftrags aus Sicht der DKG in einer Konkretisierung bzw. Beschreibung der besonderen Aufgaben. Der GKV-SV hat das Scheitern der Verhandlungen erklärt. Die Bundesschiedsstelle wurde zwischenzeitlich angerufen. Für den 08.12.2016 ist eine diesbezügliche Sitzung der Bundesschiedsstelle terminiert.

- Vereinbarung zu den Zuschlägen für Mehrkosten durch G-BA-Richtlinien

Gem. § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG werden die Vertragsparteien auf der Bundesebene beauftragt, Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien des G-BA zu vereinbaren. Bei Nichteinigung trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG die ausstehenden Entscheidungen. Im Vordergrund der Beratungen von GKV-SV und DKG stand dabei zunächst die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL). Aktuell wird auf Bundesebene weiter sondiert, ob eine Vereinbarung getroffen werden kann oder die Bundesschiedsstelle angerufen werden muss.

Vereinbarung eines Fixkostendegressionsabschlags auf Landesebene

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz ist in § 10 Abs. 13 KHEntgG neu geregelt worden, dass die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30.09. jeden Jahres, erstmals bis zum 30.09.2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag) vereinbaren. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG entstehen.

Im Jahr 2016 lag ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I in der inhaltlichen Vorbereitung der diesbezüglichen Verhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Dabei erfolgte eine enge Zusammenarbeit und ein regelmäßiger Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen der anderen Landeskrankenhausesellschaften.

Für das Jahr 2017 musste letztlich keine Vereinbarung eines Fixkostendegressionsabschlags auf Landesebene mehr erfolgen, da der Gesetzgeber die diesbezügliche Regelung in § 10 Abs. 13 KHEntgG durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung

und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) geändert hat.

Für die Jahre 2017 und 2018 werden die auf der Landesebene zu verhandelnde Höhe des Fixkostendegressionsabschlags und die Obergrenze für einen erhöhten Abschlag auf der Ortsebene gesetzlich festgelegt. Der Wert für die Landesebene wird auf 35 % festgelegt. Die Obergrenze für den erhöhten Abschlag auf Ortsebene wird auf 50 % festgesetzt. Insgesamt darf damit die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags in den Jahren 2017 und 2018 in keinem Fall 50 % überschreiten. Damit werden weit auseinanderliegende Verhandlungspositionen zur Höhe des Abschlags und langwierige Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren vermieden.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Die Bundesregierung hat am 03.08.2016 einen Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgelegt. Der Deutsche Bundestag hat das PsychVVG am 10.11.2016 in 3. Lesung beschlossen.

Die Regelungen des Gesetzes zielen auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab. Ziel ist es, die sektorenübergreifende Behandlung in der

psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern.

Im Einzelnen ist das PsychVVG durch die folgenden Schwerpunkte gekennzeichnet:

- Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem; dabei werden die Budgets einzelner Einrichtungen unter Berücksichtigung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung vereinbart,
- leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument,
- verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung,
- Kalkulation des Entgeltsystems auf der Grundlage empirischer Daten, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation sein soll,
- Verlängerung der Möglichkeit zur Anwendung des Psych-Entgeltsystems auf freiwilliger Grundlage um ein Jahr,
- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld,
- Weiterentwicklung der Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen.

Krankenhausfinanzierung

Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes für das Land NRW

Landesbasisfallwert 2016

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

Die Verhandlung zum Landesbasisfallwert 2016 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW begann nach Aufforderung der KGNW am 20.11.2015. Krankenhausseitig wurden die Verhandlungen erneut von der Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ der KGNW geführt.

Die Landesverbände der Kostenträger und die KGNW haben sich im Januar 2016 auf eine „Vereinbarung über den landesweiten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG für das Jahr 2016 in Nordrhein-Westfalen“ verständigt.

Ausgangsgrundlage der Verhandlungen war der Landesbasisfallwert 2015 ohne Ausgleich (3.190,81 €).

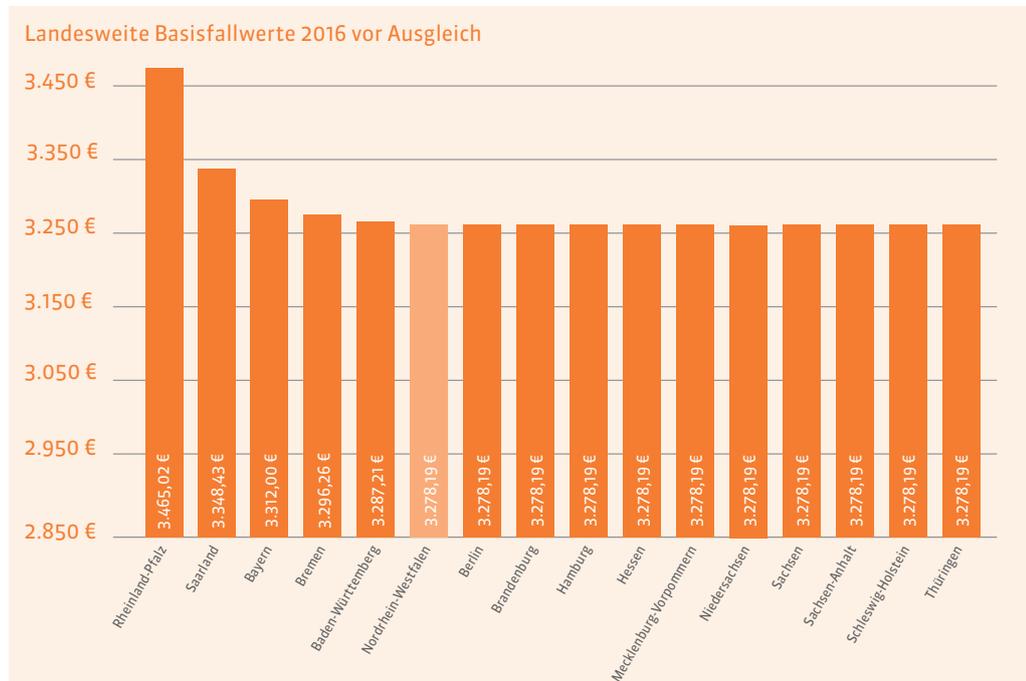
Unter Berücksichtigung der anteiligen Tariflohnrefinanzierung 2015 haben die Vertragsparteien den Landesbasisfallwert 2016 (ohne und mit Ausgleich) in Höhe von 3.278,19 € vereinbart.

Dieser Wert war für die Budgetverhandlungen 2016 nach § 4 KHEntgG maßgeblich und bei der Abrechnung zugrunde zu legen. Zugleich bildet dieser Wert den Ausgangswert für die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2017.

Die Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Leistungsmenge) beim Landesbasisfallwert 2016 beträgt 4.917.626,510 Casemix-Punkte. Dies entspricht einer Steigerung von 2,00 % (2015: 4.821.219,201 Casemix-Punkte).

Mit der getroffenen Landesbasisfallwertvereinbarung 2016 werden alle sich aus den Vereinbarungen der landesweit geltenden Basisfallwerte nach § 10 KHEntgG für die Vorjahre in Nordrhein-Westfalen ergebenden Berichtigungen und Ausgleichs abgegolten.

Der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts 2016 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“.



Quelle: eigene Abfrage, KGNW

Das MGPEA hat den von den Vertragspartnern vereinbarten landesweiten Basisfallwert für das Jahr 2016 mit Wirkung zum 01.02.2016 genehmigt.

Landesbasisfallwert 2017

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2017 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin am 21.11.2016.

G-DRG-System

Ein weiterer 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 aktiv 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 2016 auf eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 (FPV 2017) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2017 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

Fallpauschalenkatalog 2017

Der G-DRG-Katalog 2017 wurde von den Vertragspartnern im September 2016 auf Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart.

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2015

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	1.956	499.351	611,3	577	240.653	294,6	679	167.566	205,1	700	91.132	111,6
Baden-Württemberg	268	56.154	520	94	37.420	346,5	62	11.915	110,3	112	6.819	63,1
Bayern	360	76.000	595,3	161	54.223	424,7	48	8.723	68,3	151	13.054	102,2
Berlin	81	19.975	571,5	3	7.727	221,1	33	8.391	240,1	45	3.857	110,4
Brandenburg	56	15.305	619,3	22	8.259	334,2	15	2.689	108,8	19	4.357	176,3
Bremen	14	5.074	761,1	5	3.107	466	5	1.280	192	4	687	103
Hamburg	54	12.407	698,9	4	1.701	95,8	12	3.903	219,9	38	6.803	383,2
Hessen	162	36.130	588,9	52	19.436	316,8	42	9.273	151,1	68	7.421	121
Mecklenburg-Vorpommern	39	10.458	651,3	7	3.319	206,7	12	1.783	111	20	5.356	333,6
Niedersachsen	191	42.178	535,5	48	17.241	218,9	71	15.612	198,2	72	9.325	118,4
Nordrhein-Westfalen	352	119.900	675,4	79	37.340	210,3	235	73.775	415,6	38	8.785	49,5
Rheinland-Pfalz	90	25.282	627	16	9.230	228,9	56	14.341	355,7	18	1.711	42,4
Saarland	22	6.427	647,7	9	3.954	398,5	12	2.443	246,2	1	30	3
Sachsen	78	25.825	634,5	34	16.122	396,1	16	3.037	74,6	28	6.666	163,8
Sachsen-Anhalt	48	16.069	717,2	12	7.775	347	18	3.861	172,3	18	4.433	197,9
Schleswig-Holstein	97	16.150	567,7	16	6.960	244,7	31	3.263	114,7	50	5.927	208,3
Thüringen	44	16.017	740,2	15	6.839	316,1	11	3.277	151,5	18	5.901	272,7

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jahr 2015

In die Kalkulation des neuen G-DRG-Katalogs gingen die Falldaten aus 242 Krankenhäusern ein. Die Datenbasis der Systementwicklung verringerte sich somit gegenüber dem Vorjahr leicht um zwei 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 2017 für die Abrechnung verfügbaren Fallpauschalen beträgt 1.255.

Den Schwerpunkt bei der diesjährigen Systementwicklung bildete die Umsetzung der den Vertragsparteien auf Bundesebene durch das Krankenhausstrukturgesetz

(KHSG) vorgegebenen Eingriffe in die Kalkulation der Bewertungsrelationen des G-DRG-Katalogs.

Dies betrifft die Anpassung der Sachkosten gem. § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG, durch die eine Umverteilung von Bewertungsrelationen zwischen DRGs mit hohen Sachkostenanteilen zu solchen mit überdurchschnittlichen Personalkostenanteilen erfolgte. Die Sachkosten in den Kostenartengruppen 4a, 4b, 5, 6a und 6b der Kalkulations-Matrix wurden bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen gegenüber dem ursprünglichen Verfahren der Verwendung einer einheitli-

chen Bezugsgröße als Divisor für die Personal- und Sachkosten um 5,75 % abgewertet. Zur finanzierungsneutralen Ausgestaltung dieser Absenkung wurden die Personal- und Infrastrukturkosten korrespondierend pro DRG um 1,31 % aufgewertet.

Darüber hinaus wurde im Rahmen der Verhandlung vor der Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG eine Vereinbarung gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 zweiter Halbsatz KHG getroffen, wodurch die Bewertungsrelationen von fünf DRGs für operative Eingriffe an der Wirbelsäule (I10D bis I10H) und eine DRG für Revision und Ersatz des Hüftgelenks bei Arthrose (I47C) abgewertet wurden. Des Weiteren werden zwei DRGs für die konservative Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (I68D und I68E) abgesenkt, wenn das Krankenhaus in einer dieser DRGs mehr Fälle erbringt, als es dem Median aller krankenhausbezogenen Fallzahlen in Deutschland entspricht. Die Absenkung der Bewertungsrelationen entspricht analog zur Sachkostenanpassung 5,75 %, wobei die bereits vollzogene Sachkostenkorrektur dabei angerechnet wird. Die DRGs I68D und I68E mit den nach Überschreiten der Mediengrenze abgesenkten Bewertungsrelationen werden in den neu eingefügten Anlagen 1d) für Hauptabteilungen und 1e) für Belegabteilungen aufgeführt. Wie bei der Sachkostenanpassung erfolgte die Absenkung bzw. Abstufung von Bewertungsrelationen insgesamt finanzierungsneutral, indem die Personal- und Infrastrukturkosten der nicht abgesenkten DRGs entsprechend aufgewertet wurden.

Die bisherigen Fehler- und sonstigen DRGs wurden aufgeteilt in eine neue MDC 24 für die sonstigen DRGs, die weiter differenziert wurden, und in die Fehler-DRGs, unter denen jetzt nur noch die drei unbewerteten DRGs 960Z, 961Z und 962Z aufgeführt werden. Als Veränderungen zur verbesserten Abbildung spezifischer Fallkonstellationen sind die Einführung eines Splitkriteriums „Aufwendige Behandlung“ im Bereich von Extremkostenfällen in den medizinischen Partitionen sowie die Berücksichtigung von hoch pflegeaufwendigen Patienten über die Kodierung von Funktionseinschränkungen und der Bewertung von pflegerelevanten Diagnosen in der CCL-Matrix hervorzuheben. Für die Abbildung des Pflegeaufwandes werden in Zukunft durch eine vollständige Erfassung des Barthel-Indexes und die ab dem Datenjahr 2016 gültigen OPS-Kodes für Pflegestufen bzw. Pflegegrade weitere Fortschritte erwartet.

Bei den Zusatzentgelten wurden sechs bisher bewertete Zusatzentgelte für Arzneimittel wegen Auslaufen des Patentschutzes in die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte verschoben. Außerdem gibt es für Palliativdienste zwei neue unbewertete Zusatzentgelte (ZE2017-133, ZE2017-134).

Abrechnungsbestimmungen 2017 (FPV 2017)

Die Abrechnungsbestimmungen nach der FPV für das Jahr 2017 weisen keine inhaltlichen Änderungen gegenüber den Abrechnungsbestimmungen des Jahres 2016 auf. Neben redaktionellen Anpassungen enthält

die FPV 2017 die vom InEK vorgenommene Überleitung der nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen von der P67D in die P67E. Offen ist zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene derzeit noch, wie die Abrechnung der abgestuften DRG-Fallpauschalen aus Anlage 2 der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1c KHEntgG erfolgen soll. Derzeit finden hierzu Abstimmungen statt. Die Hinweise zur Abrechnung der abgestuften DRGs werden nicht in die FPV 2017 aufgenommen, sondern beispielsweise als „gemeinsame Umsetzungshinweise der Vertragsparteien“ veröffentlicht.

Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Auch in diesem Jahr bildete ein Tätigkeits-schwerpunkt 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 wiederum aktiv an der Erarbeitung der Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach der Bundespflegesatzverordnung, die den Krankenhäusern alljährlich per Rundschreiben in zwei Versionen – zum einen für nicht optierende Krankenhäuser und zum anderen für optierende Krankenhäuser – zur Verfügung gestellt werden.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich nach intensiven Verhandlungen im September 2016 auf eine Verein-

barung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2017 (PEPPV 2017) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2017 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

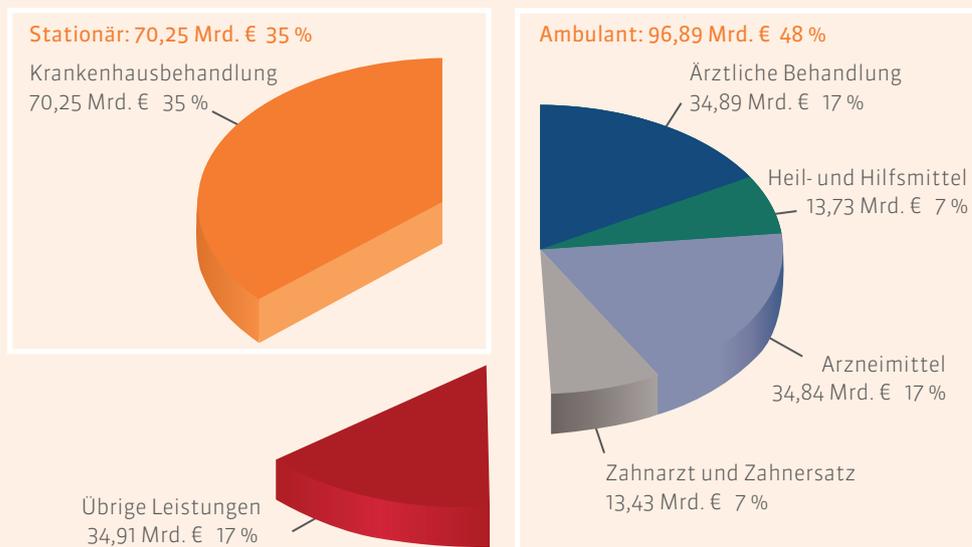
PEPP-Katalog 2017

Der PEPP-Katalog für 2017 zeigt nur geringfügige Veränderungen gegenüber dem Katalog 2016. Im Fokus der diesjährigen Systementwicklung stand in erster Linie eine eher zurückhaltende Weiterentwicklung der Klassifikation und der Ergänzenden Tagesentgelte. Hierdurch soll laut InEK in der Präsentation am 02.09.2016 Stabilität und Kontinuität zur Erleichterung des Umstiegs geschaffen werden. Im Einzelnen weist der PEPP-Katalog 2017 folgende Veränderungen auf:

- Die Anzahl der vollstationären PEPP in allen Strukturkategorien ist unverändert bei 34 (ohne Fehler und sonstige PEPP). In der textlichen Beschreibung wurden vereinzelt Anpassungen, fast ausschließlich in der Prä-Strukturkategorie, vorgenommen.
- Die Vergütungsklassen (VK) sind im Jahr 2017 über alle PEPP um 19 gesunken. In der Psychiatrie sind sie um insgesamt zwei VK gesunken. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sind zwei VK hinzugekommen. Die deutlichste Reduzierung hat es in der Psychosomatik gegeben. Dort sind die VK (von 52 auf 33) um 19 gesunken.

- Die Anzahl der bewerteten, teilstationären PEPP in der Anlage 2a ist im Vergleich zum Vorjahr in den Strukturkategorien Psychiatrie (4) und KJP (2) und Psychosomatik (1) unverändert geblieben. Die Bewertungsrelationen (BR) wurden in fünf PEPP zwischen 0,68 % und 1,64 % angehoben und in zwei PEPP, zwischen 0,65 % und 1,12 %, abgesenkt.
- Die unbewerteten PEPPs bei vollstationärer und teilstationärer Versorgung sind gegenüber dem Katalog 2016 unverändert.
- Im Bereich der bewerteten Zusatzentgelte (ZE) der Anlage 3 zum PEPP-Katalog hat sich die Anzahl infolge von Verschiebungen (6 ZE) in die Anlage 4 (unbewertete Zusatzentgelte) und Aufnahme eines neuen Zusatzentgelts um fünf ZE auf insgesamt 55 reduziert.
- Im Bereich der unbewerteten Zusatzentgelte hat es insgesamt eine Erhöhung von zwölf ZE gegeben. In 2016 waren hiervon sechs ZE bewertet und weitere sechs ZE wurden neu aufgenommen.
- 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.
- Die Anzahl der ergänzenden Tagesentgelte (ET) ist gegenüber 2016 unverändert. Die einzige Veränderung gegenüber dem Katalog 2016 ist, dass das ET02 für „Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens drei Merkmalen“ für die Behandlung mit drei Merkmalen (ET02.03) und vier Merkmalen (ET02.04) im Katalog mit differenzierten Bewertungsrelationen ausgewiesen wurde. Im Katalog 2016 wurde hier noch keine Differenzierung vorgenommen (ET02.01 bei drei und vier Merkmalen).
- In diesem Jahr konnte erstmalig die OPS-Änderung kalkulatorisch umgesetzt werden. Dies erfolgte durch einen Vorgriff auf die bereits für 2016 geltenden tagesbezogenen OPS-Kodes für Intensivbehandlung (9-619, 9-61a und 9-61b) mittels einer separaten Abfrage der Merkmale bei Intensivbehandlung auf Basis einer ergänzenden Datenbereitstellung.
- Für weitere Ergänzende Tagesentgelte wurden weitere Analysen durchgeführt. Es ergab sich aber keine ausreichende Datenlage aufgrund zu geringer Anzahl plausibler Datensätze und/oder Dominanz einzelner Krankenhäuser. Dies betraf die „Betreuung in der Kleinstgruppe bei Erwachsenen (9-640.1)“, die „Kriseninterventionelle Behandlung bei Erwachsenen (9-641)“ sowie die „Kriseninterventionelle Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-690)“.

Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit im Jahr 2015 – 202,05 Mrd. €



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

Abrechnungsbestimmungen 2017 (PEPPV 2017)

Es bestand Konsens zwischen den Vertragsparteien, dass Anpassungen nur in geringem Umfang vorgenommen werden sollen, um die Kontinuität bei dem Umstieg auf das PEPPV-System zu gewährleisten. Der GKV-Spitzenverband sah keinen Anpassungsbedarf an der PEPPV 2017. Die DKG hat das Thema Jahresüberlieger erneut in die Verhandlungen eingebracht, konnte sich mit dieser Forderung allerdings nicht durchsetzen. Insofern erfolgten lediglich redaktionelle Änderungen an den Abrechnungsbestimmungen.

Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V

Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 44. Sitzung am 22.09.2015 zur Festlegung gem. § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gem. § 87 Abs. 2g SGB V 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.

Der Landesverband der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des Orientierungs-

werts jeweils bis zum 31.01. eines jeden Jahres einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist.

Die AOK Rheinland/Hamburg hat mit E-Mail vom 20.11.2015 mitgeteilt, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen im Landesteil Nordrhein in einem Abstimmungsverfahren darauf geeinigt hätten, den Punktwert in Höhe von 10,4361 Cent ab dem 01.01.2016 als Abrechnungsgrundlage vorläufig zu vereinbaren. Diese Vereinbarung ist nicht mit der o. g. Vereinbarung zur regionalen Euro-Gebührenordnung durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam gleichzusetzen.

Deshalb sei, laut AOK Rheinland/Hamburg, sollte sich – derzeit nicht absehbar – der o. g. Punktwert im Laufe des Jahres 2016 dennoch ändern, wie im Jahr 2015 auch, auf einer Rechenkorrektur per DTA zu bestehen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe hat mit Schreiben vom 14.12.2015 den „Punktwert §§ 115b und 116b SGB V für das Jahr 2016“ mitgeteilt und diesen unter den Vorbehalt der Honorarverhandlungen mit der KV Westfalen-Lippe gestellt. Entsprechende Rechenkorrekturen müssten bei Vereinbarung eines anderen regionalen Punktwerts erfolgen.

Da für beide Landesteile die Höhe des Punktwerts als vorläufig bezeichnet wurde bzw. unter Vorbehalt gestellt wurde, hat die Geschäftsstelle den Mitgliedskrankenhäusern

vor dem Hintergrund der Schreiben der Kostenträger einen Textbaustein für eine Vorbehaltserklärung zur Verfügung gestellt. Dieser konnte gegenüber den Krankenkassen geäußert werden, sofern ein Vorbehalt krankenhauseseitig dokumentiert werden sollte.

Im Verlaufe des Jahres haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu der Vereinbarung des Punktwerts eine entsprechende Mitteilung übersandt.

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 383. Sitzung am 21.09.2016 zur Festlegung gem. § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gem. § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswerts für das Jahr 2017 wurde der Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen mit Wirkung zum 01.01.2017 auf 10,5300 Cent festgelegt, der als Grundlage der regionalen Gebührenordnungen dient.

Die KGNW hat diesen Beschluss zum Anlass genommen, die Krankenkassenverbände um zeitnahe Mitteilung eines Abrechnungspunktwerts zu bitten, damit die Krankenhäuser eine klare und einheitliche Abrechnungsgrundlage für das Jahr 2017 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 Bewer-

tungsmaßstab 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 spezialfachärztlichen 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 festge-

legt, 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.

Der ergänzte Bewertungsausschuss (erg. BA) hat beschlossen, dass die bisher vorgesehene Regelung zur Kürzung der Vergütung bei öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag in Höhe von 5 % ersatzlos gestrichen wird.

Damit vollzieht der erg. BA den mit dem KHSG zum 01.01.2016 in Kraft getretenen ersatzlosen Wegfall des Investitionskostenabschlags für Krankenhäuser, welcher sich bis zum 31.12.2015 gem. § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V ebenfalls auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bezog.

Im Hinblick auf das Abrechnungsgeschehen waren und sind Anpassungen des EBM notwendig.

Darüber hinaus hat der erg. BA weitere Beschlüsse zur Anpassung der abrechnungsfä-

higen Gebührenordnungspositionen in der ASV getroffen:

- Integration der Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)
- Anpassung eines Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses vom 20.06.2014 zur Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit von im Appendix noch nicht nachvollzogenen Änderungen im EBM.
- Überleitungen aufgrund bestimmter Änderungen bei Gebührenordnungspositionen des EBM
- Anpassungen des definierten Behandlungsumfangs zu bestimmten Konkretisierungen
- Vergütung von Sachkosten der Leistungen in der ASV

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.

Ambulante Notfallbehandlung

Durch das Krankenhausstrukturgesetz wurde mit § 87 Abs. 2a SGB V eine Erweiterung der Aufgaben des ergänzten Bewertungsausschusses eingeführt. Bis Ende 2016 sollten Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im EBM nach dem Schweregrad der Fälle differenziert werden. „Diese Differenzierung des EBM erfolgt [ausweislich der Gesetzesbegründung] durch den um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a. Um zeitnah eine angemessene Vergütung der ambulanten Notfall- und Notdienstversorgung im EBM zu gewährleisten, sind deshalb die Gebührenordnungspositionen bis spätestens zum 31.12.2016 nach dem Schweregrad zu differenzieren. Abgeschlossene Verträge nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 können dabei Berücksichtigung finden. Dadurch soll auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass ein Teil der Versicherten im Notfall krankenhausspezifische Notfallleistungen, ein Teil fachspezifische Notfallleistungen, die jedoch nicht immer zum Zeitpunkt des Notfalls und am konkreten Ort im ärztlichen Bereitschaftsdienst verfügbar sind und ein weiterer Teil der Versicherten lediglich allgemeine Notfallleistungen benötigt.“

Im Ergebnis des Projekts „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ von MCK/DGINA stehen einem durchschnittlichen Erlös von 32 € pro ambulanten Notfall Fallkosten von mehr als 120 € gegenüber. Mehr als zehn Millionen ambu-

lante Notfälle mit einem Fehlbetrag von 88 € pro Fall führen zu 1 Mrd. € nicht gedeckter Kosten (vgl. DKG, Pressemitteilung vom 17.02.2015). Die DKG hat einen entsprechenden Beschlussentwurf in die Beratungen der AG EBM des Arbeitsausschusses des ergänzten Bewertungsausschusses eingebracht, der die Ergebnisse des Gutachtens berücksichtigt. Trotz fortgeschrittener Zeit liegen dazu bislang weder von der KBV noch vom GKV-SV ausformulierte Beschlussentwürfe zur Neustrukturierung der Notfallvergütung vor.

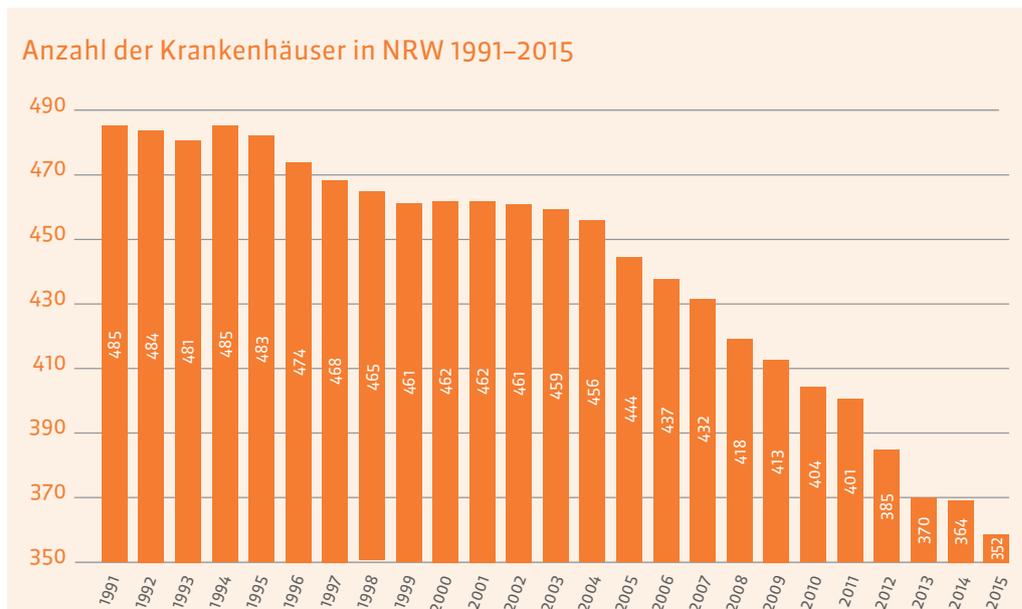
Heilmittelvertrag

Der Vorstand der KGNW hat in seiner 233. Sitzung am 24.05.2016 beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittel-

vertrag für den Landesteil Nordrhein (gem. § 125 Abs. 2 SGB V)“ fristgerecht zum 31.12.2016 zu kündigen und die Geschäftsstelle beauftragt, Verhandlungen für die Preise für das Jahr 2017 mit den Landesverbänden der Kostenträger im Landesteil Nordrhein aufzunehmen.

Mit der Umsetzung der gesetzlichen Regelung in § 125 Abs. 3 SGB V zur Festlegung einer Preisuntergrenze für die in den Jahren 2016 bis 2021 zu vereinbarenden Höchstpreise liegt nunmehr eine neue Orientierung für die Bemessung der Preise für die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vor.

Die Verhandlungen wurden im November 2016 aufgenommen.



Quelle: Statistische Berichte, Grunddaten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) 2015, 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 sollte 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 bildete auch in diesem Jahr einen Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I.

Im Fachausschuss für Planung und Förderung findet unter Beteiligung der Spitzenverbände ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zum Stand der regionalen Planungskonzepte in den jeweiligen Regionen statt. Nach wie vor stellt sich das Planungsgeschehen sehr heterogen dar, wobei der Krankenhausplan NRW 2015 mit Ablauf des Jahres 2016 in weiten Teilen umgesetzt sein dürfte. Es gibt viele Regionen mit abgeschlossenen Planungsverfahren, die allerdings noch nicht per Feststellungsbescheid umgesetzt wurden. In einigen Regionen stehen die Verfahren allerdings seit längerer Zeit still oder haben noch nicht begonnen. Zum Teil befinden sich Planungsverfahren im Anhörungsverfahren; darunter sind gezielte und nicht gezielte Konzepte. Im psy-

chiatrischen Bereich ist zum Teil noch offen, wie sich das MGEPA zu einzelnen Detailfragen zum Psychatriekonzept verhält. Aktuell wird bei den weiteren Planungen zum Teil auch der Strukturfonds in den Blick genommen.

Im Hinblick auf die zukünftige Ausweisung der speziellen Behandlung von Kohlenmonoxidvergiftungen (HBO) liegt ein Schreiben des MGEPA an die fünf Bezirksregierungen vor, das diesen aufgibt, die neuen Rahmenbedingungen/Strukturvorgaben von Versorgungseinheiten für HBO-Behandlungen bekannt zu geben und diesbezüglich regionale Planungskonzepte anzuregen. Erste Krankenhäuser befassen sich derzeit mit der Thematik.

Zur Umsetzung des Strukturkonzepts Geriatrie gibt es Hinweise von Krankenhäusern, dass die durch das geriatrische Screening bzw. Assessment entstehenden Kosten derzeit in den Vergütungen für allgemeine Krankenhausleistungen nicht berücksichtigt sind. Diesen Umstand wie auch die Fragen der Finanzierung der o. g. HBO-Behandlungseinheiten, hat die KGNW an die DKG übermittelt um dies in den Gesprächen im Rahmen der Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten ggf. zu thematisieren.

Zum Thema „Aktuelle Versorgungsmöglichkeiten von Schlaganfallpatienten in Nordrhein-Westfalen“ liegen nach Informationen des MGEPA 21 Anträge auf Übernahme

eines Versorgungsauftrags „Neurologische Frührehabilitation“ von Reha-Einrichtungen und Akutkrankenhäusern vor. In welchem Umfang bei diesen Anträgen bereits Kooperationsvereinbarungen zwischen Reha-Einrichtungen und im Krankenhausplan anerkannten Kliniken mit Abteilungen für Neurologie zum Tragen kommen, ist – so das MGEPA – derzeit nicht vollständig absehbar, da die Konzepte dem MGEPA zum überwiegenden Teil noch nicht entscheidungsreif vorgelegt wurden.

Planungsgrundsatz 11 (Ausbildungsplatzkapazitäten für Gesundheitsfachberufe)

Das aktuelle Planungsgeschehen und die damit einhergehenden Kapazitätsfestlegungen sind bereits seit Inkrafttreten des Krankenhausplans NRW 2015 „in der Schwebe“.

In der ersten Jahreshälfte des Jahres 2014 hat das MGEPA die Erstellung eines Erlasses zur Planung der Ausbildungskapazitäten angekündigt. Im vergangenen Jahr hat der Landesausschuss für Krankenhausplanung hierzu beraten und eine Unterarbeitsgruppe einberufen, die die Thematik weiter erörtert hat. Auf Basis einer Sitzung der Unterarbeitsgruppe im Juni 2015 hat das MGEPA angekündigt, den zu dieser Zeit vorliegenden Entwurf eines Erlasses zur Umsetzung des Planungsgrundsatzes 11 und des Anhangs F des Krankenhausplans zu überarbeiten. Ein Zeithorizont für eine weitere Beratung im Landesausschuss für Krankenhausplanung wurde nicht festgelegt.

Im Mai 2016 hat die Geschäftsstelle in den Gremien darüber berichtet, dass das MGEPA am 04.03.2016 einen Bericht „Sachstand Entwicklung der Ausbildungszahlen in den Pflegeberufen in NRW“ für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 09.03.2016 abgegeben hat.

Dort heißt es u. a.:

» Das Planverfahren führt faktisch zu einer Deckelung der Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Das MGEPA ist aktuell damit befasst, einen neuen Runderlass abzustimmen, der dem notwendigen Aufwuchs in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege angemessener entspricht. Geprüft wird, ob auf das aufwendige Planungsverfahren ggf. verzichtet werden kann, um einen Impuls für zusätzliche Ausbildungsplätze zu setzen. »

Das MGEPA hat die KGNW und die Krankenkassenverbände im Nachgang über das Ergebnis dieser Prüfung informiert und angekündigt, dass es beabsichtige, eine Verschärfung des Planungsverfahrens im Bereich der Ausbildungsstätten für die Berufe gem. § 2 Nr. 1a KHG vorzunehmen, indem die Gesundheitsfachberufe nicht mehr im Rahmen von regionalen Planungsverfahren geplant werden sollen.

Am 19.07.2016 sind die Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung über die konkreten Planungen informiert und um Stellungnahme bis zum 20.08.2016 gebeten worden.

Die Planung im Bereich der Ausbildungsstätten für Berufe gem. § 2 Nr. 1a KHG soll dadurch verschlankt werden, dass eine Planungsebene – die Planung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen regionaler Planungsverfahren (Ortsebene) – zukünftig entfällt. Die staatliche Anerkennung der Ausbildungsstätten soll hingegen als Planungsebene mit Platzobergrenzen erhalten bleiben.

Die KGNW hat dem Ministerium mit Schreiben vom 18.08.2016 eine entsprechend gefertigte Bewertung übersandt, die die skizzierte Verschlinkung des Planungsverfahrens begrüßt. In diesem Kontext wurde abermals auf die Bedeutung der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentenausbildung als ein wesentlicher Ausbildungsbaustein sowie die erforderliche Ausweitung der Studienplatzkontingente für den Masterbereich (Masterqualifikation der Lehrenden) hingewiesen.

Das MGEPA plant, den zuständigen Landtagsausschuss zeitnah über die Änderung zu informieren und das neue Verfahren vor Jahresende „scharf zu schalten“.

Mit Schreiben vom 03.11.2016 an das MGEPA hat sich die KGNW erneut für eine baldige Umsetzung der vorgesehenen Verfahrensanpassung ausgesprochen und den aktuellen Sachstand zum weiteren Verfahren erfragt.

Dies geschah vor dem Hintergrund, dass nach den Rückmeldungen aus dem Mitgliedsbereich aktuell der Abschluss laufender Planungsverfahren bei den Bezirksre-

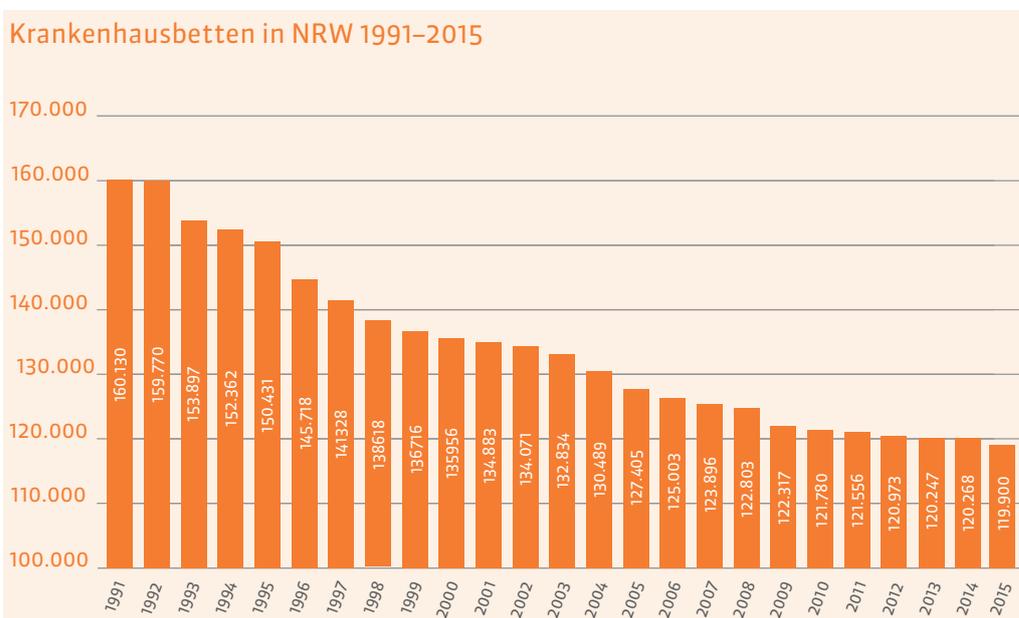
gierungen nahezu gänzlich „auf Eis“ gelegt worden zu sein scheint, da dort zunächst das geänderte Verfahren abgewartet wird.

Die KGNW hat gegenüber dem Ministerium erneut deutlich gemacht, dass sich die Krankenhäuser in den Planungsverfahren kurzfristig stärker als Ausbildungsgeber engagieren möchten und dies nicht nur den Bereich der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung, sondern auch die weiteren Gesundheitsfachberufe betrifft.

Fortschreibungen des Krankenhausplans NRW 2015

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

- S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie
- S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der S2k-Leitlinie „Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls – Rekanalisierende Therapie (Ergänzung 2015)“
- Versorgung des ischämischen Schlaganfalls – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie
- Patientensicherheit und Patientenschutz – Bericht des Sonderausschusses „Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ des Niedersächsischen Landtags



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2015

Die KGNW hat hierzu nach entsprechenden Gremienberatungen jeweils Stellung genommen und die grundsätzliche Problematik zur Nutzung von Leitlinien erneut erläutert sowie auf die Priorität der Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 hingewiesen. Abschließende Entscheidungen zu Fortschreibungen des Krankenhausplans NRW 2015 sind seitens des MGEPA bisher nicht erfolgt.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden die Voraussetzungen für einen bundeseinheitlichen Einstieg in eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung geschaffen. Sofern nicht durch Landesrecht nach § 6 Abs. 1a KHG die Geltung der planungsre-

levanten Qualitätsindikatoren ausgeschlossen oder eingeschränkt wird, werden die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gem. § 136c Abs. 1 SGB V Bestandteil des Krankenhausplans.

Vor diesem Hintergrund hat der G-BA in seiner Sitzung vom 17.03.2016 beschlossen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Empfehlung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu beauftragen. Hierbei ist zurückzugreifen auf vorhandene gem. der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) erhobene Qualitätsindikatoren.

Das IQTIG hat hierzu am 18.07.2016 einen Vorbericht vorgelegt. Die DKG hat dazu

im Rahmen ihres Beteiligungsrechts nach § 137a Abs. 7 SGB V eine Stellungnahme am 27.07.2016 abgegeben, an der die KGNW-Geschäftsstelle mitgearbeitet hat. Aufgrund der kurzen Beauftragungszeit wurde die Zeitdauer für die Verfassung der Stellungnahme auf zwei Wochen begrenzt.

Der Abschlussbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ wurde vom IQTIG am 31.08.2016 vorgelegt. Ziel des IQTIG ist es, ein Verfahren zu empfehlen, das am 01.01.2017 in den Regelbetrieb starten kann. Als Kriterium für diese erste Auswahl planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus der Praxis der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) ist das Potential eines Qualitätsindikators bewertet worden, erhebliche Patientengefährdung belastbar zu messen. Laut IQTIG wird im Rahmen dieses Auftrags „planungsrelevante Qualität im Hinblick auf einen möglichen Ausschluss aus dem Krankenhausplan konzeptionell gefasst als die Fähigkeit bzw. Unfähigkeit einer Krankenhausabteilung, eine mittels Indikatoren festgestellte Patientengefährdung in einem angemessen kurzen Zeitraum zu beseitigen“.

Ausgewählt wurden Leistungsbereiche, deren Fallzahl in der esQS einzeln oder in Kombination mehr als 50 % der Fälle des jeweiligen Fachgebiets abdeckt. Dies ist zutreffend auf die Fachgebiete „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ sowie „Herzchirurgie“, wobei im Abschlussbericht für das QS-Verfahrensbereich Herzchirurgie nach der Eignungsprüfung keine Indikatoren als planungsrelevante Indikatoren empfohlen werden konnten.

Die Qualitätsindikatoren wurden anhand der Kriterien

- Patientengefährdung als Versorgungsaspekt,
- Reife im Regelbetrieb,
- Erforderliche Risikoadjustierung und
- Evidenz für die Legitimität der

Anforderung des Qualitätsindikators auf ihre Eignung für Entscheidungen der Krankenhausplanung geprüft und bewertet.

Die empfohlenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des IQTIG sind:

Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)
 - QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
 - QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung
 - QI 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
- Geburtshilfe (16/1)
 - QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

- QI 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
- QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
- QI 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
- QI 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten
- QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
- Mammachirurgie (18/1)
 - QI 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS
 - QI 52279: Intraoperative Präparatradio-
grafie oder intraoperative Präparatsono-

grafie bei sonografischer Drahtmarkierung

- QI 52330: Intraoperative Präparatradio-
grafie oder intraoperative Präparatsono-
grafie bei mammografischer Drahtmar-
kierung

Hierzu hat das IQTIG ein Verfahren zur Erfassung und Übermittlung der planungsrelevanten Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser an die Landesplanungsbehörden entwickelt. Das vorgeschlagene Verfahren sieht vor, dass die im Rahmen der QSKH-RL erhobenen Daten von den Krankenhäusern quartalsweise an die QS-Strukturen auf Landesebene und von diesen an das IQTIG übermittelt werden.

Im nächsten Schritt hat der G-BA über die empfohlenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu beraten und einen Beschluss zu fassen.

Krankenhausförderung

Haushaltsplan(entwurf) 2017

Der geplante Haushaltsansatz für das Jahr 2017 in Höhe von 533,5 Mio. € ist im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2016 (516,7 Mio. €) um 16,8 Mio. € angestiegen (jeweils ohne Mittel aus dem Strukturfonds).

Jede Erhöhung der Krankenhausförderung in Richtung einer sachgerechten und gesetz-

konformen wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser für den Bereich der Investitionskosten – im Wege der öffentlichen Förderung – ist zu begrüßen.

Der geplante Haushaltsansatz 2017 deckt aber den bestehenden Investitionsbedarf im Krankenhausbereich bei weitem nicht. Weitere und deutlich größere Schritte bleiben zwingend notwendig.

Die Erhöhung des Haushaltsansatzes ergibt sich aus der Aufstockung des Haushaltsansatzes der Titelgruppen 61 (Pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)) und 70 (Pauschale Förderung der Errichtung von Krankenhäusern (Baupauschale) nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)) um 6 Mio. € beziehungsweise 10 Mio. €. Der Ansatz für die Titelgruppe 62 (Sonstige Zuweisungen und Zuschüsse nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)) wurde im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 Mio. € angehoben, um eine Anpassung an den erwarteten Bedarf vorzunehmen.

Titelgruppe 82 (Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur (Landesanteil)) beinhaltet die Kofinanzierungsmittel des Landes für den Strukturfonds in Höhe von 36 Mio. €. Die Verpflichtungsermächtigungen sinken damit im Vergleich zum Vorjahr um die Hälfte von 72 Mio. € im Jahr 2016 auf nunmehr 36 Mio. €.

Als Istausgaben 2015 sind 509,423 Mio. € aufgeführt. Das wesentliche Einsparpotential wurde in Titelgruppe 66 (Förderung der Investitionskosten durch besondere Beträge nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)) „erwirtschaftet“. Hier werden für 2015 keine Ausgaben dokumentiert, der Haushaltsansatz beträgt weiterhin 1,7 Mio. €.

Investitionsprogramm 2016

Mit Schreiben vom 17.06.2016 hat Ministerin Steffens der Landtagspräsidentin das Investitionsprogramm 2016 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 2016 gegenüber dem MGEPA Stellung genommen.

Mit dem Entwurf des Investitionsprogramms 2016 sind Ausgabemittel in Höhe von 197 Mio. € als Baupauschale veranschlagt. Dieser Betrag beinhaltet eine Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr um 7 Mio. €. Im Hinblick auf die allgemein bekannt und anerkannt deutlich zu niedrige Investitionsförderung durch die dafür zuständigen Bundesländer, kann diese Aufstockung als weiterer, wenn auch moderater Schritt hin zu einer sachgerechten Höhe der Fördermittel angesehen werden. Weitere und konsequentere Schritte sollten in den kommenden Jahren dringend folgen. Die Höhe der Ausgabemittel zur pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter bleibt mit 317 Mio. € leider unverändert, nachdem diese im vergangenen Jahr erhöht wurden. Auch hier halten wir weitere und konsequentere Schritte hin zu einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung für dringend notwendig.

Durch die ausweislich des Haushaltsplans NRW 2016 vorgesehene Absenkung der Titelgruppe 66 „Besondere Beträge“ (Förderung der Investitionskosten durch besondere Beträge nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)) für die Jahre 2016 bis 2018 von ehemals 7 Mio. € auf 1,7 Mio. € relativiert sich die o. g. Aufstockung der Baupauschale leider.

Es bleibt damit auch weiterhin bei einer gegenüber dem tatsächlichen Bedarf bestehenden, erheblichen strukturellen Investitionsunterfinanzierung durch das Land. 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 2016“ verwiesen.

Strukturfonds (nach dem KHSG)

Die mit dem Krankenhausstrukturgesetz umgesetzte Krankenhausreform beinhaltet neben vielen anderen Bereichen auch den sog. Strukturfonds. Der Strukturfonds löst das Problem der strukturellen Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser nicht. Er hat einen vollkommen anderen Zweck als die regelhafte Investitionsförderung des Landes. Daran ändert auch die Nennung des Strukturfonds in einem Zuge mit der Investitionsförderung in Kapitel 15 070 (Krankenhausförderung) nichts.

Der Strukturfonds hat ausdrücklich das Ziel, den Abbau von Überkapazitäten, die Kon-

zentration 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. Es 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.

Dass, wie positiv anzumerken ist, das Land beabsichtigt, den für NRW im Strukturfonds zur Verfügung stehenden Betrag in Höhe von rund 210 Mio. € (Bundes- und Landesanteil) für die Jahre 2016 bis 2018 vollständig auszuschöpfen, darf die ausdrücklich zu differenzierende Ausrichtung des – bundesweit angelegten – Strukturfonds nicht außer Acht lassen. Im Übrigen rechnet die Landesregierung bei der vollständigen Umsetzung mit einem Anteil der Träger, die Mittel aus dem Fonds erhalten, in Höhe von rund 17 Mio. €, sodass das Land 88,6 Mio. € zur Verfügung stellt.

Am 06.04.2016 hat das MGEPA eine Informationsveranstaltung zum Strukturfonds in NRW durchgeführt. Das nähere Verfahren in NRW wurde anhand eines Folienvortrags seitens des MGEPA beschrieben. Neben den gesetzlichen Grundlagen, den zur Verfügung stehenden Beträgen und der Darstellung zur Förderfähigkeit von Vorhaben wurde der in elf Punkte untergliederte Verfahrensablauf in NRW aufgezeigt. Außerdem wurde dar-

gestellt, dass keine Ausschlussfrist für die Antragstellung bestehe und diese fortlaufend möglich sei. Bei später Antragstellung sei ein Antrag des MGEPA beim BVA bis zum 31.07.2017 allerdings gefährdet.

Zuvor hat das MGEPA mit Schreiben vom 04.03.2016 die Bezirksregierungen gebeten, den Plankrankenhäusern ihres jeweiligen Zuständigkeitsbereichs weitergehende Informationen zur Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds in Nordrhein-Westfalen zukommen zu lassen. Das MGEPA bat die Bezirksregierungen zudem, diese Informationen mit einer Aufforderung zu einer Interessenbekundung bis zum 29.04.2016 seitens der Krankenhausträger zu verbinden.

Mit Schreiben vom 18.07.2016 hat das MGEPA darüber informiert, dass eine FAQ-Liste zum Krankenhausstrukturfonds veröffentlicht wurde.

Zum bisher bekannten Verfahren und Sachstand hat die KGNW im Hinblick auf die seitens der Bezirksregierungen angeforderten Interessenbekundungen erneut empfohlen, die genannten Fristen unbedingt einzuhalten, sofern geplant sei, Maßnahmen im Rahmen des Strukturfonds realisieren zu wollen.

Im Oktober 2016 hat das MGEPA nunmehr die FAQ-Liste aktualisiert und ein verbindliches Antragsformular zur Verfügung gestellt, das in vierfacher Ausführung an die örtlich zuständige Bezirksregierung zu richten ist.

Investitionsbewertungsrelationen (IBR)

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) beauftragte der Gesetzgeber im Jahr 2009 den GKV-Spitzenverband (GKV-SV), den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gem. § 10 KHG mit der Entwicklung leistungsorientierter Investitionspauschalen.

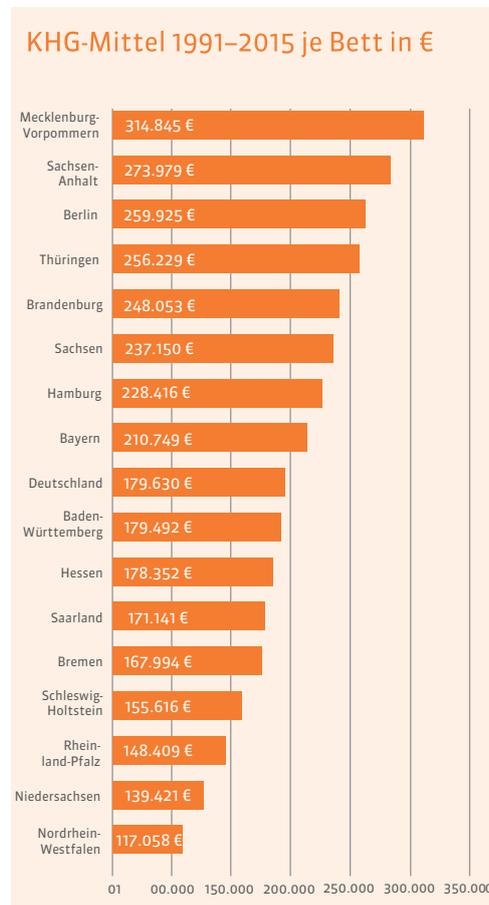
Am 07.03.2016 wurde der Katalog der Investitionsbewertungsrelationen 2016 durch das InEK präsentiert. Nach der erstmaligen Veröffentlichung im Jahr 2014 blieb im Vergleich zum Vorjahr die Vorgehensweise bei der Datenzusammenstellung in den Krankenhäusern, Datenprüfung und Erstellung der Kalkulationsbasis im InEK, der Berechnung der Bezugsgröße und der Bewertung der Zusatzentgelte unverändert. Insgesamt haben 43 Krankenhäuser erfolgreich an der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen (IBR) teilgenommen.

In der „Vereinbarung bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen gem. § 10 Abs. 2 KHG“ 2015 hatten sich die Vertragsparteien auf Bundesebene darauf geeinigt, dass das InEK neben dem Katalog in der Systematik des Jahres 2015 auch einen alternativen Katalog vorlegt, der sich an der Systematik (Spaltenaufbau) des DRG-Katalogs orientiert. Ein Vorteil der alternativen Katalogvariante gegenüber der bisherigen Ausführung konnte allerdings nicht identifiziert werden. Die zentralen Kritikpunkte lagen bei einer aufwendigeren Anwendung,

da fallindividuelle Abrechnungsinformationen benötigt werden, um die effektiven IBR zu ermitteln. Zudem hätte die Katalogvariante zu einer Schlechterstellung von Häusern mit einem tendenziell höheren Anteil an Langliegern geführt.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich aus diesem Grund geeinigt, die Darstellung des Katalogs beizubehalten. Die effektiven IBR ergeben sich somit wie im Vorjahr individuell für jeden einzelnen vollstationären Fall durch Addition der Bewertungsrelation/Fall (Spalte 5) mit der n-maligen ($n = \text{Anzahl Verweildauertage}$) Bewertungsrelation/Tag (Spalte 6). Bei unbewerteten vollstationären Leistungen der Anlage 3a des Fallpauschalenkatalogs sind die Bewertungsrelationen unverändert sowohl je Fall als auch je Berechnungstag ausgewiesen. Teilstationäre Leistungen werden im Katalog der IBR, unabhängig davon, ob sie bundesweit bewertet oder nicht bewertet werden konnten, mit einer Bewertungsrelation je Tag abgebildet. Für Zusatzentgelte erfolgte die Berechnung von IBR, sofern eine spezifische Anlagenausstattung mit der Leistungserbringung verbunden ist.

Neben dem Katalog der Investitionsbewertungsrelationen hat das InEK die Bezugsgröße für das Jahr 2016 veröffentlicht. Diese spiegelt die mittleren Investitionskosten je Fall wider und gibt somit einen Anhaltspunkt dafür, wie viel Investitionsmittel für ein Haus, ein Bundesland oder insgesamt in Deutschland nötig wären, um den jährlichen Investitionsbedarf zu decken. Die vom InEK veröffentlichte Bezugsgröße 2016 als



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

mittlere Investitionskosten je Fall beträgt 318,78 € (2015: 313,07 €). Berechnet werden diese mittleren Investitionskosten je Fall auf Basis der Fallmenge, die für die Berechnung der DRG-Fallpauschalen verwendet wurde. Enthalten sind somit vollstationäre Fälle in Haupt- und Belegabteilungen sowie Fälle der unbewerteten DRGs der Anlage 3a. Nicht enthalten sind teilstationäre Fälle, rein vorstationäre Fälle und Begleitpersonen. Auf Basis dieser Fallmengendefinition konnte für das Jahr 2016 unter Einbeziehung der Fallzahlsteigerung und Veränderung

des Baupreisindex ein bestandserhaltender Investitionsbedarf von rund 6 Mrd. € ermittelt werden. Hierin einbezogen sind alle DRG-Fälle sowie der BpflV-Bereich über eine Annahme zur IBR je BpflV-Fall (jeweils ohne Universitätskliniken). Die Förderung der Universitätskliniken ergibt sich aus den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau. Noch nicht berücksichtigt ist hierbei der jährliche Investitionsbedarf für Ausbildungsstätten sowie Forschung und Lehre.

Der GKV-SV, der PKV und die DKG haben sich auf den Katalog der Investitionsbewertungsrelationen in einer gemeinsamen Vereinbarung für 2016 geeinigt.

Als erstes Bundesland hat Berlin die Investitionsbewertungsrelationen in 2015 eingeführt und mit dem Ersten Gesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes die dortige Investitionskostenförderung zum 01.07.2015 weitgehend pauschaliert.

„Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“, Investitionsbarometer NRW

The image shows the cover of a report. The background is dark blue with various white medical icons like a heart, a cross, a person, a brain, and a Euro symbol. A large orange rectangle on the left contains the title in white text. Below the title is a white banner with a logo consisting of two overlapping hearts (one orange, one blue) and the text 'BÜNDNIS FÜR GESUNDE KRANKENHÄUSER Investieren aus Verantwortung'. To the right of this banner is the logo for 'KGNW Ihre Krankenhäuser in NRW'.

Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sind nach wie vor bei der Krankenhausförderung gravierend unterfinanziert. Die Haushaltsansätze decken seit Jahren bei weitem nicht den bestehenden Investitionsbedarf im Krankenhausbereich.

Aus diesem Grund hat der Vorstand in seiner 230. Sitzung am 24.09.2015 beschlossen, ein „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ ins Leben zu rufen.

Zentraler Baustein des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ ist das Investitionsbarometer NRW, das vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) im Auftrag der KGNW erstellt wurde. Dazu wurde eine umfangreiche Online-Befragung der förderfähigen Krankenhäuser in NRW durchgeführt. 313 Krankenhäuser nahmen an der Befragung teil und haben dabei Daten aus ihren testierten Jahresabschlüssen und ihrer Buchhaltung zur Verfügung gestellt. Die Teilnahmequote liegt bei 93 % aller Kliniken, die im Krankenhausplan aufgenommen und damit förderfähig sind.

Am 25.04.2016 hat das RWI das Investitionsbarometer NRW veröffentlicht und auf einer Pressekonferenz am 26.04.2016 wurden die Ergebnisse der Öffentlichkeit vorgestellt.

Mit dem Investitionsbarometer NRW liegen erstmals flächendeckend für ein Bundesland Zahlen und Fakten zur konkreten Investitionssituation der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bis auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vor. Die Ergebnisse des Investitionsbarometers NRW geben detailliert Auskunft über den Bedarf, die Förderlücke und die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser in NRW und ihre Zukunft mit Blick auf die medizinische Versorgung.

Das Ergebnis ist ein Appell an die Landespolitik: NRW investiert jährlich 1 Mrd. € zu wenig in seine Kliniken. 1,5 Mrd. € müsste das Land jedes Jahr in Krankenhäuser investieren. Tatsächlich stehen nur rund 500 Mio. € bereit (vgl. Schaubild).



**Der jährliche Investitionsbedarf:
1,5 Milliarden Euro**

Die Wissenschaftler des RWI haben im ersten Schritt den Investitionsbedarf für jedes Krankenhaus über dessen Sachanlagevermögen zu Anschaffungs- und Herstellungskosten ermittelt. Dabei wurde auch ein Benchmarking mit Krankenhäusern in Ostdeutschland durchgeführt, die aufgrund einer Sonderförderung in den neuen Bundesländern zwischen 1995 und 2014 zu dieser Zeit als auskömmlich investiert galten. Zu diesem Zweck wurde auf Jahresabschlussdaten aus dem Krankenhaus Rating Report 2015 des RWI zurückgegriffen.

**Die Fördermittel des Landes:
500 Millionen Euro**

Nach der Bestimmung des jährlichen Investitionsbedarfs wurde in einem zweiten Schritt von den Wissenschaftlern des RWI ermittelt, in welcher Höhe die Krankenhäuser im Jahr 2014 Fördermittel vom Land erhalten haben.

**Die Förderlücke:
1 Milliarde Euro**

Im dritten Schritt ergab sich für jedes Krankenhaus aus seinem Investitionsbedarf und der tatsächlichen Förderung durch das Land die Förderlücke.

**Der Investitionsstau:
12,5 Milliarden Euro**

Der Investitionsstau bildet die kumulierten Investitionsversäumnisse der Vergangenheit ab. Die Wissenschaftler des RWI analysierten dazu die Unterschiede zwischen den Sachanlagevermögen der NRW-Kliniken und der Krankenhäuser in Ostdeutschland. Dabei wurde berücksichtigt, dass sich die Investitionen zum Abbau des Investitionsstaus auf neue Anlagegüter beziehen müssen.

**Die eigenfinanzierten Investitionen 2014:
430 Millionen Euro**

Die Wissenschaftler des RWI haben eruiert, wie viel die Kliniken aus eigener Verantwortung jährlich selbst investieren, obwohl die gesetzliche Verpflichtung dazu beim Land liegt. Datengrundlage bildete die Befragung der NRW-Kliniken. Diese eigenfinanzierten Investitionen sind aufgrund der angespannten wirtschaftlichen Lage der NRW-Kliniken seit Jahren deutlich rückläufig. Sie können mittlerweile nicht mehr von allen Kliniken in NRW – gegebenenfalls auch nur anteilig – aufgebracht werden. Eigenfinanzierte Investitionen konnten die Förderlücke in der Vergangenheit nicht annähernd schließen. Der Investitionsstau ist weiter angewachsen.

Die vollständige Studie steht auf der Internetseite des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ neben vielen weiteren Informationen zur Verfügung (www.gesunde-krankenhaeuser.de).

Prof. Dr. Boris Augurzky, Projektleiter des RWI-Forschungsberichts, sieht bei einer strukturellen Bereinigung der Krankenhauslandschaft kaum eine Änderung des Investitionsbedarfs. Wenn eine Klinik schließen müsse, fielen laut RWI ca. 75 bis 85 % ihrer Investitionskosten beim Wettbewerber an, da die Patienten dann dort versorgt werden müssten und entsprechend Gebäude und Geräte vorhanden sein müssten. Wenn man bei einem Investitionsbedarf von 1,5 Mrd. € im Jahr 10 % der Krankenhäuser schließen würde, reduziere sich der Investitionsbedarf also nicht proportional um 150 Mio. €.

Der Investitionsstau in den Krankenhäusern nimmt stetig zu – mit sichtbaren Folgen. Schon heute müssen viele Krankenhäuser fällige Investitionen in eine moderne Infrastruktur aufschieben. Manchmal bleibt den Kliniken nur, dafür nicht vorgesehene Mittel einzusetzen, um drängendste Probleme zu lösen. Diese Mittel fehlen dann zur Finanzierung von Personal und Sachmitteln, wo sie einen unmittelbaren Nutzen für Patienten und Mitarbeiter entfalten würden.

Ein „Teufelskreis“, der letztendlich nur durchbrochen werden kann, wenn sich die Länder wieder auf die gesetzlich vorgegebenen Regelungen der Bau- und Investitionsförderung besinnen. NRW muss diese Rückbesinnung schnell und umfassend angehen, um auch zukünftig eine patientengerechte und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung in NRW sicherstellen zu können.

Die Krankenhäuser als unverzichtbarer Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge leisten nicht nur eine flächendeckende medizinische Versorgung. Sie schaffen auch Arbeitsplätze, generieren wirtschaftliches Wachstum und tragen zum Steueraufkommen bei. Sie haben eine hohe Bedeutung für die lokale Wirtschaft, für NRW und für Deutschland.

Das Investitionsbarometer NRW hat die Gesamt- und finanzwirtschaftliche Bedeutung von Krankenhausinvestitionen und -betrieb untersucht.

Über 253.000 Menschen sind in Nordrhein-Westfalens Krankenhäusern beschäftigt. Das RWI hat ermittelt, dass die NRW-Kliniken bereits heute rund 1 Mrd. € zum Steueraufkommen des Landes NRW und seiner Kommunen beitragen. In die Haushalte der Kommunen fließen davon 385 Mio. €, denen eine 40-prozentige kommunale Finanzierungsbeteiligung an den rund 500 Mio. €

Krankenhausfördermitteln des Landes gegenübersteht (rund 196 Mio. €).

Das Krankenhaus ist eine tragende Säule des Gemeinwesens – weit über die medizinische Versorgung hinaus. Insgesamt würden aus einem bedarfsgerechten Investitionsfördevolumen in Höhe von 1,5 Mrd. € rund 1 Mrd. € an Einnahmen und Minderausgaben der öffentlichen Haushalte resultieren, so das Investitionsbarometer NRW.

In Anbetracht der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklung in NRW verstärkt sich insofern das Unverständnis, weshalb eine am Bedarf ausgerichtete Investitionskostenförderung in NRW nicht längst auch als Chance für NRW entdeckt wurde. Das Investitionsbarometer NRW und damit die Investitionskostenunterfinanzierung war bereits mehrmals Gegenstand der Beratungen im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW.

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 Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-ARL) wurden neben der Anpassung der Rahmen-

vereinbarungen auch weitere redaktionelle Anpassungen der Gesellschaftsverträge der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung Disease-Management-Programme und der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme erforderlich. Die Anpassungen der Verträge sind im September 2016 vom BVA bestätigt worden.

Ausgleichsfonds

Verhandlungen zum Ausgleichsfonds 2017

Gem. der Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sowie Festlegung des Ausbildungszuschlags für Ausbildungsstätten der in § 2 Nr. 1a 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 2017 abgeschlossen.

Die Krankenhäuser in NRW sind mit Schreiben vom 23.06.2016 gebeten worden, die erforderlichen Daten – entsprechend der 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 2017 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 2017 ebenfalls wieder mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) abgestimmt.

Ausgleichsverfahren für das Wirtschaftsjahr 2015

Für das Ausgleichsjahr 2015 ist es möglich – aufgrund der sich abzeichnenden Liquiditätssituation des Fonds –, den Ausgleich mit den Krankenhäusern durchzuführen und zum 31.12.2016 das Jahr 2015 ausgleichstechnisch abzuwickeln.

Sobald die Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2017 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

Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG)

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz; KHSKG) wurde am 10.12.2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedet. Es enthält neben zahlreichen Regelungen zur Neuordnung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft auch zahlreiche Maßnahmen mit einem Bezug zur Qualität der Krankenhausbehandlung: planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Qualitätszu- und -abschläge, Qualitätsverträge, rechtssichere

Mindestmengen, Zweitmeinung, Qualitätskontrollen durch den MDK. Bereits zuvor waren mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) das Entlassmanagement und mit dem E-Health-Gesetz (E-HealthG) der Medikationsplan und die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung aufgenommen worden. All diese Themen erforderten im Jahr 2016 – und vielfach darüber hinaus – die Beratung über bi- und trilaterale Vereinbarungen sowie Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die KGNW hat sich aktiv an diesen Prozessen beteiligt.

Sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die am 15.12.2015 beschlossene sektorenübergreifende Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (QM-RL) am 15.09.2016 mit einem Änderungsbeschluss konkretisiert und veröffentlicht.

Die QM-RL fordert den Einsatz einer ganzen Reihe von QM-Instrumenten. Das reicht von Messen und Bewerten von Qualitätszielen über Patienten- und Mitarbeiterbefragungen bis zur Arzneimitteltherapiesicherheit.

Mit Verweis auf das Patientenrechtegesetz hat das BMG durchgesetzt, dass die

Instrumente Risikomanagement, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme, das Beschwerdemanagement im Krankenhaus sowie für die Nutzung von Checklisten bei operativen Eingriffen verpflichtend eingesetzt werden müssen.

Die Kommission Qualitätsmanagement und der Fachausschuss für Krankenhausorganisation gehen davon aus, dass die Krankenhäuser durch das bestehende Qualitätsmanagement die Erfüllung der gestellten Anforderungen in der Regel bereits weitgehend gewährleisten können.

Externe stationäre Qualitätssicherung (QSKH-RL)

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 3,18 Mio. Datensätze zu 351 Qualitätsindikatoren erhoben, davon über 715.244 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 14. Ergebniskonferenz am 25.10.2016 in Düsseldorf wurden die aktuellen Ergebnisse vorgestellt und diskutiert (siehe gesonderten Abschnitt dazu).

Datenerfassung (Verfahrensjahr 2015)

An dem externen stationären Qualitätssicherungsverfahren gem. § 137 SGB V haben sich für das Verfahrensjahr 2015 insgesamt 351 Krankenhäuser mit 435 Standorten in Nordrhein-Westfalen beteiligt. Von diesen wurden in den 20 auf Landesebene betreuten indirekten Leistungsbereichen 715.244 Datensätze (2014: 731.562; -2,4 %) für die Berechnung der Qualitätsindikatoren mit zusammen 251 Qualitätsindikatoren nach

einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert. Auf dieser Datenbasis wurden von der Geschäftsstelle QS-NRW auch 2015 wieder fast 4.800 Klinikauswertungen elektronisch an die Kliniken versandt. In den zehn auf Bundesebene betreuten direkten Leistungsbereichen kommt noch einmal eine größere Anzahl von Datensätzen für 136 Qualitätskennzahlen hinzu.

Datenvalidierung (Verfahrensjahr 2015)

Im Rahmen der Datenvalidierung in den Leistungsbereichen „Mammachirurgie“, „Pflege: Dekubitusprophylaxe“ und „Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“ wurden in zufällig ausgewählten Krankenhäusern Datensätze aus den Patientenakten erneut erfasst und mit der ursprünglichen QS-Dokumentation verglichen. Es wurden keine systematischen Falschdokumentationen

festgestellt. Bereits zum fünften 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 Datensätze dokumentiert wurden, als in der Sollstatistik dargelegt.

Strukturierter Dialog (Verfahrensjahre 2015 und 2014)

In 4.287 Fällen (2014: 4.075) wurde in NRW aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten der „Strukturierte Dialog“ eingeleitet. In diesem Zuge wurden 1.780 Hinweise (2014: 1.602) versandt und 2.507 Stellungnahmen (2014: 2.473) angefordert. Dabei zeigte sich erneut, dass die Kliniken die Qualität der Leistungserbringung bis auf wenige Ausnahmen kontinuierlich weiter verbessert haben. Im

Rahmen des „Strukturierten Dialogs“ werden Krankenhäuser auf Auffälligkeiten hingewiesen, zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, in 47 Fällen (Verfahrensjahr 2014) ergänzend Klinikgespräche geführt und bei Verbesserungsbedarf Zielvereinbarungen (n = 502; Verfahrensjahr 2014) geschlossen.

Abschlussbericht über den Strukturierten Dialog zum Verfahrensjahr 2014

Von der Geschäftsstelle QS-NRW wurde ein Bericht über die Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen für das Verfahrensjahr 2014 in der vorgegebenen bundeseinheitlichen Form erstellt und an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesandt. Der Bericht enthält u. a. auch Detailanalysen zu fünf Qualitätsindikatoren mit besonderem Analysebedarf aus Sicht der Bundesebene,

sieben mit Anfragen der AG externe stationäre Qualitätssicherung des G-BA, zwei mit Abweichungen des NRW-Durchschnitts vom Bundesreferenzwert und 18 Sentinel-Event-Indikatoren. Der Bericht der Geschäftsstelle QS-NRW an den G-BA wurde auf Beschluss des Lenkungsausschusses QS-NRW, wie schon im Vorjahr auch, im Internet veröffentlicht.

„Schneller besser“: Forschungs- und Entwicklungsauftrag zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs

Das Pilotprojekt zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs wurde Ende 2014 gestartet. Das erste Projektziel war, die Komplexität des Strukturierten Dialogs zu reduzieren (Schlagwort „weniger, aber intensiver“). Das zweite Projektziel hob darauf ab, den Strukturierten Dialog zu beschleunigen (Schlagwort „schneller erkennen, ob einer rechnerischen Auffälligkeit ein Qualitätsmangel zugrunde liegt“).

Dazu wurde der Strukturierte Dialog flexibilisiert, die Betrachtung der Indikatoren nach Typ differenziert und die Dokumentationsqualität unmittelbar validiert. Drittes Projektziel war eine Intensivierung der Analyse rechnerischer Auffälligkeiten vor dem Einstieg in den Strukturierten Dialog. Die „Feldphase“ wurde Anfang 2016 abgeschlossen und in zwei Berichtsteilen, jeweils für die Leistungsbereiche der Orthopädie und

Unfallchirurgie sowie der Kardiologie, dokumentiert. Am 23.11.2016 hat der Lenkungsausschuss QS-NRW die beiden Berichtsteile abgenommen. Die Ergebnisse fließen in die

Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung durch G-BA und IQTIG ein.

14. Ergebniskonferenz QS-NRW am 25.10.2016 in Düsseldorf

Die 14. Ergebniskonferenz QS-NRW am 25.10.2016 in Düsseldorf wurde von 286 Teilnehmern aus Krankenhäusern, Selbstverwaltung und Politik besucht.

Nach der Begrüßung durch Rudolf Henke (Präsident der Ärztekammer Nordrhein) und der Eröffnung durch Matthias Blum (Vorsitzender des Lenkungsausschusses QS-NRW, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft NRW) stand der Vormittag im Zeichen des Konferenzmottos „Das KHSG und die QS NRW bis 2020 – Neue Aufgaben und nächste Schritte für unser Gesundheitswesen“. Tom Ackermann (Vorstandsvorsitzender AOK NordWest), Dr. Ilona Köster-Steinbach (Verbraucherzentrale Bundesverband), Dr. Regina Klakow-Franck (Unparteiisches Mitglied Gemeinsamer Bundesausschuss), Dr. Christof Veit (Geschäftsführer des Instituts

für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen), Gerhard Herrmann (Leiter Abteilung Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf) und Matthias Blum (KGNW) haben die Themen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und in einer anschließenden Podiumsdiskussion vertieft.

Am Nachmittag wurden in Workshops die Ergebnisse des Verfahrensjahrs 2015 und aktuelle Entwicklungen in den fünf Themengebieten „Chirurgie, Schwerpunkt: Unfallchirurgie/Orthopädie“, „Perinatalogie, Schwerpunkt: Schnittstelle Geburtshilfe und Neonatologie“, „Kardiologie“, „Pneumologie“ und „Pflege/Dekubitus“ intensiv diskutiert und die Ergebnisse der Workshops im Plenum vorgestellt.

QR-Check: Qualitätssicherung mit Routinedaten

Im Berichtszeitraum 2016 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 Nord-

rhein 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 für Healthcare Research and Quality (AHRQ), die für QR-Check übersetzt und in die deutschen Klassifikationen übertragen worden waren, in das QR-Check-Indikatorenset aufgenommen und auch im Datenjahr 2016 fortgeführt. Außerdem wurden zehn ausgewählte Indikatoren der Qualitätsindikatoren Kirchlicher Krankenhäuser (QKK) in das QR-Check-Indikatorenset integriert. Im Zuge der Pflege und Weiterentwicklung wurde über eine Vielzahl von Änderungswün-

schen der Anwender von QR-Check-Indikatoren beraten. Die beschlossenen Änderungen werden für die Ganzjahresauswertungen 2016 zur Verfügung stehen.

Seit August 2016 sind die G-IQI-Indikatoren der Version 5.0 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 2016 zur Verfügung zu stellen.

Strukturierter Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V

Im Jahr 2016 sind die Krankenhäuser verpflichtet, bis spätestens 15.11.2016 einen Strukturierten Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V für das Berichtsjahr 2015 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 Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr um differenzierte Angaben zu Personalzahlen sowie um Angaben zum Hygienemanagement erweitert. Außerdem hat der G-BA beschlossen, dass die Qualitätsberichte auf der krankenhauseigenen Internetseite leicht auffindbar veröffentlicht werden müssen.

Betreuung bei Fragen zur Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts

Die KGNW hat im Rahmen des Qualitätstags am 29.06.2016 über die wesentlichen Änderungen bei der Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2015 informiert.

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. Fast 300 Krankenhäuser in NRW nutzen dieses Tool. Die KGNW unterstützte die Krankenhäuser in NRW bei der Erstellung der Qualitätsberichte durch intensive telefonische und elektronische Beratung bis zum letzten Abgabetermin am 15.11.2016.

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.

Nach intensiven Beratungen über die von den betroffenen Krankenhäusern eingebrachten Stellungnahmen hat der G-BA für das Berichtsjahr 2013 eine „Negativliste“ mit 13 Krankenhäusern veröffentlicht und gleichzeitig beschlossen, die Sanktionsregelungen für das Berichtsjahr 2014 auszusetzen.

In der QB-RL für das Berichtsjahr 2015 wurde der Begriff „Standort“ geschärft und der

G-BA hat eine Liste der Krankenhäuser und deren Standorte, für die eine gesonderte Berichtspflicht besteht, veröffentlicht (sog. Positivliste), gegen die ggf. Einspruch erhoben werden konnte.

Deutsches Krankenhausverzeichnis: Aktualisierung der Daten zu Struktur und Leistungsspektrum

Auch im Jahr 2016 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. Auch hier hat die KGNW ihre Mitglieder durch telefonische und elektronische Beratung unterstützt.



Die rund 180 Teilnehmer auf der Informationsveranstaltung zum „Klinischen Krebsregister NRW“ am 03.05.2016 informierten sich über die Umsetzung der neuen Meldepflichten im Krankenhaus. Die Veranstaltung wurde von der KGNW und den Vertretern des „Landeskrebsregister NRW (LKR)“ organisiert.

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 hatte 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 (MGPEA) 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 getragenen Epidemiologisches Krebsregister NRW gemeinnützige GmbH (EKR NRW gGmbH) fortzuführen und auf das Klinische Krebsregister NRW zu übertragen. Beide Register sollten demnach unter einem Dach geführt werden.

Am 01.04.2016 ist das Landeskrebsregistergesetz NRW in Kraft getreten. Am 03.05.2016 hat die KGNW gemeinsam mit dem Landeskrebsregister NRW (LKR) eine Informationsveranstaltung „Klinisches Krebsregister NRW: Umsetzung der neuen Meldepflichten im Krankenhaus“ durchgeführt. Aufgrund der positiven Resonanz der Veranstaltung und der Relevanz des gemeinsamen Austauschs über die Entwicklung der klinischen Krebsregistrierung wurden zentrale Informationen auf der KGNW-Homepage veröffentlicht. Des Weiteren wird eine weitere Informationsveranstaltung zum Thema „Klinisches Krebsregister NRW“ im Jahr 2017 folgen.

10. Krankenhaus-Qualitätstag NRW am 29.06.2016 in Herne



Die Referenten des 10. Krankenhaus-Qualitätstages NRW im Kongresszentrum der St. Elisabeth-Gruppe, organisiert von der KGNW in Kooperation mit der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG), beschäftigten sich mit konkreten Qualitätsverbesserungen im Krankenhaus.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung mit rund 130 Teilnehmern stand das Motto „Gemeinsam für Qualität“, und damit die Frage, wie gute Kooperation und Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen und Abteilungen über die Qualität im Krankenhaus gelingen kann.

Fünf Thesen zur Qualitätsentwicklung im Krankenhaus präsentierte Dr. Dirk Albrecht, Vorsitzender des KGNW-Fachausschusses für Krankenhausorganisation und Geschäftsführer der Contilia GmbH in Essen. Die wahrgenommene Verantwortung der Krankenhausleitung spielte eine zentrale

Rolle bei einer konsequenten Umsetzung einer zentralen Qualitätssteuerung durch Qualitätsindikatoren sowie der dezentralen Qualitätsverbesserung der Behandlungsprozesse auf Fachabteilungsebene. Ohne Qualität gebe es keinen Erfolg für das Krankenhaus. In einer anschließenden Podiumsdiskussion wurde die Zusammenarbeit des Qualitäts- und Risikomanagements mit dem Medizincontrolling thematisiert.

In drei Workshops am Nachmittag wurde der Schwerpunkt der Veranstaltung „Gemeinsam für Qualität“ unter verschiedenen Aspekten vertiefend thematisiert und in

kurzen „Take-Home Messages“ zusammenfassend präsentiert. Zum Ende der Veranstaltung stellten Katrin Stapenhorst, QM-Mitarbeiterin der Christophorus-Kliniken Coesfeld, und René Schubert, Geschäftsfüh-

rer der Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DK-TIG), die neuen Regelungen zur Erstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2015 vor.

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

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

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 654 Berichte (Stand: 15.11.2016) eingestellt und bewertet.

Die aus Vertretern der CIRS-NRW-Partner und Qualitäts- bzw. Risikomanagern aus Krankenhäusern und Praxen gebildete „CIRS-Gruppe NRW“ wählte aus den bei CIRS-NRW eingegangenen Meldungen besonders lehrreiche Fälle aus und kommentierte diese Fälle in einer unterhaltenden und dennoch instruktiven Form als „Bericht des Quartals“. Die vier Berichte des Quartals wurden in den Verbandspublikationen der CIRS-NRW-Partner vorgestellt. In Kürze wird ein Curriculum „Patientensicherheit“ auf www.CIRS-NRW.de bereitgestellt, das die Einrichtungen in NRW bei der Etablierung einer Sicherheitskultur unterstützen soll.

CIRS-Gipfel NRW 28.10.2016 in Düsseldorf

Der diesjährige CIRS-Gipfel NRW fand am 28.10.2016 im Ärztehaus Düsseldorf statt und wurde in diesem Jahr von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein organisiert. Mehr als 130 Ärzte und Pflegekräfte sowie Angehörige weiterer Gesundheitsberufe aus Krankenhäusern und Arztpraxen diskutierten über Fehlermeldesysteme, Fehlerkultur und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. Das diesjährige Motto „Alles gesagt – alles verstanden?“

thematisierte speziell eine gelungene Kommunikation in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. In den fünf Workshops wurden die Herausforderungen einer gelungenen Kommunikation aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und diskutiert und die Ergebnisse in kurzen „Take-Home Messages“ für die praktische Umsetzung in den Gesundheitseinrichtungen 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 2016“

Im Januar veranstaltete die KGNW zum zweiten Mal eine Fachtagung unter dem Motto

„Praxisdialog Krankenhaus-IT und -Medizintechnik“. Die erfolgreiche Veranstaltung bot rund 90 Teilnehmern, darunter IT-Leiter, Medizintechnik-Leiter, Geschäftsführer und Verbandsvertreter, praxisnahe Vorträge zu aktuellen Themen der Krankenhaus IT und MT. Der Schutz kritischer Infrastrukturen war zentrales Thema und die Auswirkungen des E-Health-Gesetzes für die Krankenhäuser wurden intensiv diskutiert. Abgerundet wurde die Veranstaltung durch einen Workshop zum Thema Alarmierung und Vernetzung im Krankenhaus.

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-, und Zahnarzt- und Psychotherapiepraxen vorgesehen. In der ersten Erprobungsstufe wird die Aktualisierung der Versichertenstammdaten und die Basisfunktionalität „Qualifizierte elektronische Signatur“ (QeS) getestet.

In den vergangenen Monaten konnten nach einer langen Phase des Projektstillstands einige Projekterfolge durch die gematik gemeldet werden. Durch das zum 01.01.2016 in Kraft getretene E-Health-Gesetz erhalten die Organe der Selbstverwaltung wie auch die gematik klare Vorgaben und Fristen, die bei Nichteinhaltung zu Sanktionen führen werden. Die KGNW begleitet den Prozess durch Mitwirkung in regelmäßig stattfindenden Workshops für die Landeskrankengesellschaften 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 vorbereitet. Im Frühjahr 2014 starteten die im Fachbeirat zum elektronischen Gesundheitsberuferegister (eGBR) vertretenen Verbände der Heil- und Hilfsmittelerbringer und der Gesundheitshandwerker eine Initiative zu einer zukünftigen Beteiligung der Leistungserbringer nicht approbierter Gesundheitsberufe an der Telematikinfrastruktur (TI). Ursächlich hierfür ist, dass für diese Gruppen derzeit drei verschiedene Netzanbindungen zu den Krankenkassen existieren, die von verschiedenen Parallelanbietern angeboten werden. Für jede dieser Netzanbindungen sind Gebühren zu entrichten. Ferner ist eine Kommunikation der Leistungsanbieter untereinander 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. Zwischenschlössen sich die Krankenhausgesellschaften einem Positionspapier der o. g. 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 Projekts möglichst vermieden werden.

Stufenplan „Nutzung der Telematikinfrastruktur durch die NRW-Krankenhäuser“

Wegen der Befürwortung der Einführung von nutzerorientierten 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 (E-Arztbrief) 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 Krankenseite 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 wirken sich ab Anfang 2017 auch direkt auf die Leistungserbringer in der Testregion Nordwest aus. Vor diesem Hintergrund hat die KGNW mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) abgestimmt, dass die Krankenhäuser eine zentrale Position bei der Konzeption und Durchführung der Tests in NRW einnehmen müssen. Das MGEPA beabsichtigt, in Anlehnung an die Beschlüsse des Ärztlichen Beirats zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur (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 (E-Arztbrief), den elektronischen Heilberuferausweis (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 und auch hinsichtlich der noch offenen Frage nach der Finanzierung der Umsetzung der einzelnen Stufen gibt es positive Entwicklungen zu verzeichnen.

Die Anregung des Ministeriums, die KGNW möge sich in einem Projektverbund gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und ersten Erprobungskrankenhäusern um Fördermittel im Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW bewerben, wurde umgesetzt. Der Förderantrag unter dem Projektnamen „Hand in Hand bestens versorgt – interdisziplinäre E-Health-Dienste für die Gesundheitswirtschaft in NRW“ (kurz „I/E-Health NRW“) wurde zum 01.09.2016 schlussendlich positiv beschieden. Mit diesem Schritt und dem Start des Verbundvorhabens sollte Stufe 1 des Stufenplans umgesetzt und in Teilen durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung mitfinanziert werden.

Mitarbeit in den NRW-Gremien zur Einführung der eGK und im Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastuktur 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 Telematikinfrastuktur in Nord-

rhein-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 Telematikinfrastuktur begleiten mit dem Ziel, die Praxistauglichkeit der Telematikanwendungen in der Testregion zusichern.

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

Nach der vom MGEPA in die Wege geleiteten Landesinitiative „eGesundheit.NRW“ stellen einrichtungsübergreifend verfügbare elektronische Fall- und Patientenakten ein Kernelement moderner Gesundheitssysteme für eine

bessere Kommunikation, Koordination und Dokumentation der Versorgung von Patientinnen und Patienten dar. Die KGNW beteiligt sich durch ihre Mitarbeit in den Gremien und Arbeitsgruppen der Landesinitiative.

Mitarbeit im Verein Elektronische Fallakte

Das Projekt „Elektronische Fallakte“ (EFA), das ab 2006 von mehreren privaten Klinikträgern mit Unterstützung des Fraunhofer-Instituts ISST in Dortmund konzipiert wurde, ist in 2016 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.

IHE-kompatible gemeinsame Weiterentwicklung von bvitg, IHE Deutschland und EFA-Verein unter Beteiligung der Pilotanwender für weitere Erprobungen angepasst.

Die KGNW hat ihre unterstützende Mitarbeit auch im Jahr 2016 u. a. durch ihre Mitgliedschaft und Mitarbeit im EFA-Verein und durch die Beteiligung in verschiedenen EFA- und EPA-Arbeitsgremien auf der Landesebene fortgesetzt.

So wurde mit der elektronischen Fallakte Version 2.0 (EFA 2.0) der aktuelle Standard als

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

Der Leitmarkt Wettbewerb Gesundheit NRW, der im 1. Quartal 2015 gestartet wurde, fördert die Suche nach innovativen Ideen und Lösungen, die den Weg zu einer zukunftsfähigen und sektorübergreifenden Versorgung und einer leistungsstarken Gesundheitswirtschaft in NRW ebnen oder fortsetzen sollen. Für den Wettbewerb werden bis zum Jahr 2020 ca. 40 Mio. € EU-Mittel aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) zur Verfügung gestellt. Das Projekt „I/E-Health NRW“ 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), 20 Krankenhäusern (assoziiert mit mehreren Arztnetzen), mehreren Softwareherstellern sowie der Fachhochschule Dortmund beantragt und durchgeführt. Die Konsortialführung 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 „Digital Healthcare NRW e. V.“ gegründet und im Vereinsregister Düsseldorf eingetragen. Mit Schreiben vom 31.08.2016 erhielt der Verein den Zuwendungsbescheid für das Projektvorhaben „I/E-Health NRW. Hand in Hand bestens versorgt – Interdisziplinäre E-Health-Dienste für die Gesundheitswirtschaft in NRW“. Die zuwendungs-

fähigen Aufwendungen des Vereins für das Projekt sind mit 2.751.179,00 € veranschlagt, dies ergibt auf Basis des Ansatzes einer 70-%-Förderung durch die EU und das Land NRW eine Fördersumme von 1.925.825,30 € für den Zeitraum von drei Jahren, beginnend ab dem 01.09.2016 für den Verein.

Das gesamte Projektvolumen beträgt 8,4 Mio. € mit einer beantragten Förderung durch die EU und das Land NRW in Höhe von 4,9 Mio. €. Der Vorstand der KGNW hat den Einsatz von jährlich 75.000 € beschlossen und ermöglicht somit über drei Jahre eine Fördersumme von 1,9 Mio. € an den Förderverein für den Aufbau der Basisinfrastruktur und die Projektkoordination. Zusätzlich fließen ca. 1,3 Mio. € an die teilnehmenden Krankenhäuser, die sich mit eigenen Projektanträgen bereit erklärt haben, die Entwicklung der Anwendungen zu begleiten und deren Pilotierung zu übernehmen.

Ziel des Projekts 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 Fallakten, 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 Interoperabilitätsvereinbarungen notwendig. Das Projekt setzt auf bereits existierenden Elementen auf und spezifiziert nutzer- und anwendungsorientierte Adaptionen.

Schlussendlich werden die Infrastruktur und Anwendungsdienste in vier Modellregionen in NRW anhand von spezifischen Versorgungsszenarien 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. Von dieser Entwicklung einer Blaupause für die intersektorale Kommunikation werden alle Krankenhäuser in NRW langfristig profitieren, die in ihrer Region und mit ihren Partnern elektronisch kommunizieren möchten. Bei der Arbeit im Projekt wird zudem die Migrationsfähigkeit in die Telematikinfrastruktur berücksichtigt, um keine Parallelstrukturen aufzubauen.

Erprobung sektorenübergreifender Verzeichnisdienste als Basis für einrichtungsübergreifende Mehrwertdienste

Die elektronische Fallakte (EFA) und der elektronische Arztbrief (E-Arztbrief) 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 E-Arztbrief-Projekte in Bochum und

Düren mit dem Ziel eines späteren flächendeckenden Angebots gestartet.

Das gemeinsame Projekt der KVWL, dem EFA-Verein, der KV-Telematik GmbH, der DKG, dem Universitätsklinikum der RWTH Aachen und der Healthcare IT Solutions ging mit dem 01.09.2016 in das EFRE-Projekt über. Ziel war und ist die gemeinsamen Erprobung sektorenübergreifender Verzeichnisdienste als Basis für einrichtungsübergreifende Mehrwertdienste, insbesondere der elektronischen Fallakte und des E-Arztbriefs.

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

Auch im Jahr 2016 war eine Reihe von Schlüsselfortschreibungen und Nachträgen umzusetzen. Im Regelfall beinhalten diese Ergänzungen zu Entgeltschlüsseln sowie 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 Trägern 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)

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

Im Rahmen eines gemeinsamen Projekts der Landeskrankenhausesgesellschaften 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 2016 an diesem Projekt beteiligt, die Daten der teilnehmenden Krankenhäuser zweckgebunden bei ihren Mitgliedshäusern erhoben und diese im Anschluss an die DKTIG weitergeleitet.

Für die Kalkulation des Landesbasisfallwerts werden die DRG-Daten jährlich auch von der KGNW erhoben, um im Rahmen der Verhandlungen der Argumentation der Kostenträger oder auch in einem potentiellen Schiedsstellenverfahren begeben

zu können. Für das Jahr 2015 stellten erstmals mehr als 98 % der dazu aufgeforderten Häuser ihre Daten für dieses Projekt zur Verfügung. Die Daten werden im Rahmen eines gemeinsamen Projekts der Landeskrankenhausgesellschaften zentral von der dazu beauftragten Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) in Leipzig strukturiert, gruppiert und aufbereitet. Die identifizierenden Merkmale Patienten- und Versicherungs-

nummer wurden bereits im Rahmen der Datensammlung pseudonymisiert.

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, wie etwa zuletzt bei der DKI-Studie zur Bettenauslastung in NRW.

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, rückwirkend ab dem Berichtsjahr 2011. 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 ebenso aktiv in die Beratungen der DKG-Arbeitsgruppe zur geplanten Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung beteiligt wie auch in den direkten Gesprächen der DKG mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Statistischen Bundesamt und dem GKV-Spitzenverband. Bei den Beratungen am 28.04.2016

im Bundesministerium in Bonn hat insbesondere der GKV-SV zum aktuellen Entwurf der novellierten Krankenhausstatistikverordnung eine um das Vielfache weitergehenden Ausweitung der ambulanten Leistungsdaten der Krankenhäuser eingefordert. Grundsätzlich unterstützen die Krankenhäuser eine sachgerechte Weiterentwick-

lung der Krankenhausstatistikverordnung. Allerdings darf die Novellierung seitens der Krankenhäuser zu keinem bürokratischen Mehraufwand führen. Der bürokratische und administrative Aufwand müsse auf ein Mindestmaß begrenzt werden. Auch vor diesem Hintergrund werden die geplanten zusätzlichen Datenerhebungen von der KGNW äußerst kritisch bewertet, denn sie übertreffen die in Zukunft nicht mehr zu liefernden Daten um ein Vielfaches. Einer Erfassung der ambulanten Behandlungsdaten stehen die Krankenhäuser grundsätzlich offen gegenüber. Strikt abzulehnen ist die nun geplante isolierte ambulante Leistungsstatistik der

Krankenhäuser. Ohne die Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereichs hätte eine solche Statistik auch für die Planungsbehörden keinen Mehrwert und würde den damit für die Krankenhäuser verbundenen, immensen Aufwand in keiner Weise rechtfertigen. Daher lehnen die Krankenhäuser ohne eine entsprechende Erhebung im vertragsärztlichen Bereich die vorgesehene Ausweitung der Statistik auf ambulante Krankenhausleistungsdaten strikt ab. Dieser und weitere Hinweise wurden dem Bundesministerium für Gesundheit am 07.07.2016 in einer Stellungnahme der DKG übermittelt.

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 Kran-

kenhäuser zur Vorbereitung der nächsten Budgetverhandlungen statistisch aus. In 2016 erfolgte die Bekanntgabe der Auswertungsergebnisse für das Budgetjahr 2015 im April.

ZTG-Kongress „eHealth.NRW“ am 05.10.2016 in Dortmund

Am 05.10.2016 veranstaltete das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) zusammen mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) den Kongress „eHealth.NRW“. Die Veranstaltung richtete sich nach der Eröffnung durch NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens schwerpunktmäßig am Thema Te-

lematikinfrastuktur (TI) aus. Dazu waren nach Präsentation eigens vom ZTG entwickelter Kampagnenfilme Akteure aus der Gesundheitswirtschaft zu Diskussionsrunden geladen. Am Abschlusspodium nahm der Geschäftsführer der KGNW Matthias Blum teil und unterstrich die wichtige Rolle der Krankenhäuser bei der Etablierung der TI.

IT-Sicherheit und Cyberattacken auf Krankenhäuser

Anfang des Jahres sind Krankenhäuser Opfer von Cyberattacken geworden, unter denen sich u. a. das Lukas Krankenhaus in Neuss befand. Die Attacken, die über schadhafte E-Mail-Anhänge verbreitet wurden und das vorliegende Dateisystem verschlüsselten, hatten zum Ziel, Geld für das Wiederentschlüsseln zu erbeuten. Dabei richteten sich die Attacken nicht gezielt auf die Gesundheitsbranche, vielmehr hatten sich die bekannten Zwischenfälle zufällig ereignet. Nichtsdestotrotz hatten die Angriffe massive Auswirkungen auf den Regelbetrieb der Krankenhäuser und verdeutlichen den mittlerweile hohen Abhängigkeitsgrad klinischer Prozesse von digitaler Unterstützung.

Die KGNW reagierte auf die Attacken, indem die Krankenhäuser zunächst zeitnah über den Sachstand informiert und darauf hingewiesen wurden, dass IT-Sicherheit nicht allein ein technisches Problem und eng mit der Sensibilisierung der Anwender

bzw. Mitarbeiter verbunden ist. Darüber hinaus stellte die KGNW den Mitgliedern allgemeingültige Best-Practice-Ansätze zur Prävention und Schadensminimierung zur Verfügung. Weiter initiierte das BSI in Reaktion auf die Attacken die Bitte, die Bedrohungslage seitens der Krankenhäuser realistisch einzuschätzen, und untermauerte die Bedeutung der Gesetzesinitiative zum Schutz kritischer Infrastrukturen (KRITIS), unter die auch Krankenhäuser fallen.

Auf Antrag der Piratenpartei hatte der Ausschuss Arbeit, Gesundheit und Soziales des NRW-Landtags zahlreiche Experten, so auch die KGNW, gebeten, Stellung zu nehmen. Hier wurde seitens der KGNW die zukünftige Rolle von Informationstechnik skizziert und darauf hingewiesen, dass ohne Anhebung der Mittelverfügbarkeit für Maßnahmen in Sicherheit und Innovationsfortschritt Krankenhäusern die Bewältigung von strategischen Herausforderungen schwerer fallen wird. Im Anschluss

an die Anhörung eröffnete sich zusätzlich der Dialog zwischen KGNW und Landeskriminalamt, der weitergeführt werden soll,

um Kompetenzen beider in die Thematik einzubinden.

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

Die DKG wurde im Jahr 2012 vom Bundesministerium des Innern informiert, dass im Zuge der Fortschreibung der Cybersicherheitsstrategie 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 hatte 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. Gleichermaßen werden Hard- und Softwarehersteller zur Mitwirkung bei der Beseitigung von bekannt gewordenen Sicherheitslücken verpflichtet. Darüber hinaus wurde der Aufgabenbereich des BSI durch das Gesetz deutlich 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 Medizintechnik(MT)-Infrastruktur müssen zukünftig an das BSI gemeldet werden. Zudem müssen die Betreiber alle zwei Jahre via Audit nachweisen, dass der Schutz ihrer IT- und MT-Infrastruktur dem definierten branchenspezifischen Stand der Technik entspricht.

Ebenfalls bereits 2015 nahm der Branchenarbeitskreis Gesundheit (BAKG) seine Tätigkeit auf, 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 vertreten, ebenso wie der Berufsverband der Krankenhaus-IT-Leiter (KH-IT), auf dessen Initiative der BAGG 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 Krankenhausge-

sellschaft hat in dem Branchenarbeitskreis Gesundheitswesen die Sprecherfunktion übernommen.

Im Jahr 2016 wurde die Arbeit intensiviert und zielte vor allem auf die Definition von Kriterien und Schwellwerten zur Einstufung von Krankenhäusern als Kritische Infrastrukturen ab. Zudem wurde beraten, wie ein branchenspezifischer Sicherheitsstandard aufgebaut sein kann.

Nach Inkrafttreten des 1. Lesung der Verordnung zur Bestimmung Kritischer Infrastrukturen nach dem BSI-Gesetz (BSI-KritisV) im Herbst 2016 für die Sektoren Informationstechnik und Telekommunikation (IKT), Wasser, Energie und Ernährung) laufen

derzeit die Abstimmungen zur Umsetzung der Rechtsverordnung BSI-KritisV „Korb 2“ für die Sektoren Finanzen, Transport und Verkehr sowie Gesundheit. Gegenstand der Beratungen sind die grundsätzliche Bestimmung der kritischen Dienstleistungen, Einschränkungen des Anwendungsbereichs der Rechtsverordnung sowie erste Diskussionen zu den betrachteten Prozessen und Anlagen.

Die Geschäftsstelle der KGNW wird den weiteren Prozess u. a. durch die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Krankenhaus-IT 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 i. S. 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 angeboten werden, die nicht die Möglichkeit haben, jede Entwicklung mitzuverfolgen.

Im Rahmen der Etablierung des Branchenarbeitskreises zum Thema KRITIS beteiligte sich die KGNW an der fachlichen Bewertung des Themas durch die DKG. Ein Schwerpunkt lag hierbei auf der Definition der Kriterien, anhand derer Krankenhäuser in Deutschland zukünftig als Kritische Infrastrukturen gewertet werden sollen. Zudem wurde durch die AG hinsichtlich eines kurzfristig zu erstellenden Branchenstandards entsprechende Vorarbeit geleistet und die Beauftragung eines externen Dienstleisters für eine Unterstützung in der Entwicklung vorbereitet.

Zusätzlich wurden weitere Themen, die aus dem Fachausschuss für „Daten-Information und -Kommunikation“ zur weiteren Bearbeitung empfohlen wurden, bearbeitet. Dazu gehörten im Jahr 2016 Beratungen zum

Thema Datenschutz, hier insbesondere zur Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme und zur neuen EU-Datenschutzverordnung und ihrer Auswirkung für die Krankenhäuser in Deutschland.

Änderung des Telemediengesetzes

Am 27.07.2016 ist das „Zweite Gesetz zur Änderung des Telemediengesetzes (TMG)“ in Kraft getreten. Die Neuregelungen konkretisieren, dass Anbieter von drahtlosen Zugangnetzwerken ebenfalls unter die Regelungen für Provider fallen. Dazu wurde dem § 8 der Abs. 3 angehängt, der bewirken soll, dass solche Anbieter nicht länger für Rechtsverletzungen der Nutzer i. S. der Störerhaftung belangt werden können. In § 2 Satz 1 Nr. 2a wird ergänzend definiert, wobei es sich um ein solches Netzwerk handelt.

Trotz der Änderungen ist weiter unklar, inwieweit die beabsichtigte Abschaffung der „Störerhaftung“ Anwendung in der Praxis finden wird und es so zu einer verbesserten Rechtslage der WLAN-Anbieter kommt. Der Europäische Gerichtshof hatte zuletzt am 15.09.2016 geurteilt, dass einem Beklagten zuzumuten sei, angemessene Schutzmaßnahmen zu ergreifen und die Nutzeridentitäten zu erheben. Demnach entgegnet das Urteil der Initiative der Bundesregierung, den Ausbau von freiem WLAN durch die Änderung der Gesetzgebung zu fördern.

Einführung des bundeseinheitlichen Medikationsplans

Seit dem 01.10.2016 haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf die Ausstellung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP), wenn sie drei oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente erhalten. Dieser Anspruch ergibt sich aus § 31a, der im Rahmen des Gesetzes zur sicheren digitalen Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) ins SGB V einzog. Die von GKV-SV, KBV und DAV (Deutscher Apotheker Verband) getroffene dreiseitige Vereinbarung wurde fristgerecht zum 31.04.2016 veröffentlicht und enthält

u. a. die technische Spezifikation in der Anlage 3. Ebenfalls wurden die Anspruchsvoraussetzungen und die Vergütung der zu erbringenden Leistung im Bundesmantelvertrag für Ärzte definiert. Daraus wird deutlich, dass die Erstausstellung eines Medikationsplans in der Regel durch einen Hausarzt erfolgt. Generell wird im Gesetzestext der niedergelassene vertragsärztliche Bereich adressiert, den Krankenhäuser jedoch über ihre ermächtigten Ärzte tangieren.

Bis zum 31.04.2017 wird die Vereinbarung um Regelungen der elektronischen Weiterverarbeitung fortgeschrieben, sodass die Daten in den Systemen der beteiligten Ärzte übertragen und auf Kriterien der Arzneimitteltherapiesicherheit geprüft werden können. Zum 01.01.2019 ist geplant, den Anspruch der Patienten auf Aktualisierung

und Erstaussstellung des BMP auf alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auszuweiten. Daraus ergibt sich für Krankenhäuser prospektiv die Entscheidung, wie die gesetzlich geforderte Teilhabe in den verwendeten Systemen und Prozessen realisiert werden kann und sollte.

Verordnung zur Änderung medizinprodukterechtlicher Verordnungen

Der zweiten Verordnung zur Änderung medizinprodukterechtlicher Verordnungen, die u. a. die Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV) als auch die Medizinproduktesicherheitsplanverordnung betreffen, hat der Bundestag am 23.09.2016 zugestimmt. Die Änderungen sollen demnach am 01.01.2017 in Kraft treten. Diese waren notwendig geworden, um auf die sich ändernden technologischen Rahmenbedingungen mit Medizinprodukten zu reagieren. Die letzten Änderungen sind auf das Jahr 2002 datiert.

Die Änderungen konkretisieren im Wesentlichen den Anwendungsbereich von Medizinprodukten, die Begriffsbestimmungen zu den Betreiberpflichten und die Benennung eines Beauftragten für Medizinproduktesicherheit. Für Krankenhäuser ergibt sich zum einen mehr Rechtssicherheit bei von Patienten ins Krankenhaus verbrachten

Medizinprodukten, zum anderen ein hoher Umsetzungsaufwand in der Etablierung der neuen Verordnungen. Hier sei vor allem auf die Einweisungspflicht verwiesen, die nun grundsätzlich auf sämtliche Medizinprodukte ausgeweitet worden ist.

Mit Änderung der MPBetreibV ist gleichzeitig auch der Leitfaden für Messtechnische Kontrollen seitens der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt (PTB) überarbeitet worden, auf den die MPBetreibV in aktueller Fassung verweist. Die Änderungen beziehen sich hauptsächlich auf das Kapitel 6.1, das an die neue DIN 6809-4 „Klinische Dosimetrie“ angepasst wurde, und die Neufassung von Kapitel 7.

Verfahrensordnung zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Sicherheitsklasse nach § 137h SGB V

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Änderung der Verfahrensordnung für die Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Sicherheitsklasse genehmigt, welche am 22.08.2016 in Kraft trat. Die Änderung der Verfahrensordnung wurde notwendig, da innerhalb des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes der § 137h neu geregelt wurde.

Durch die Neuregelungen ergibt sich der Umstand, dass fortan Anträge der erstantrags-

stellenden Krankenhäuser zentral an den G-BA und das InEK gerichtet werden müssen. Der G-BA klärt anschließend im Bewertungsverfahren, ob ein Zusatznutzen und das Potential einer Behandlungsalternative vorliegen. In der Verfahrensordnung an sich wird konkretisiert, welche Medizinprodukte unter die Bestimmungen der Verfahrensordnung und des Nutzenbewertungsverfahrens fallen und wobei es sich um ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept handelt.

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 in diesem Jahr beispielsweise der „Faktencheck Krankenhausstruktur“ der Bertelsmann-Stiftung, der Barmer GEK Report Krankenhaus 2016, der Ersatzkassenreport 2016 vdek sowie der GKV-Kliniksimulator des GKV-Spitzenverbands aufbereitet. Insbesondere der Faktencheck Krankenhausstruktur und der GKV-Kliniksimulator

zum möglichen Wegfall einzelner Krankenhausstandorte haben eine relativ große Resonanz in der Presse gefunden. Im Gegensatz zum „Faktencheck Krankenhausstruktur“ ist der GKV-Kliniksimulator methodisch transparent gestaltet und zugrunde gelegte Daten und Software sowie die methodischen Herangehensweisen sind detailliert und nachvollziehbar offengelegt. Der GKV-Kliniksimulator ignoriert aber, dass die in den entsprechend der Wegfallszenarien verbleibenden Krankenhäuser an anderen Orten die Kapazitäten entsprechend hochfahren müssten. Dafür wären enorme investive Anstrengungen erforderlich. Die Realisierung der Szenarien würde ansonsten zu einer massiven Angebotsverknappung und zu Wartezeiten für eine Krankenhausbehandlung führen, die niemand in Deutschland wolle.

Außerdem blieben insbesondere auch die Darstellungen im Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und weitere georeferenzielle Darstellungen der Versorgungssituation in Deutschland und NRW im Fokus der Geschäftsstelle. Zudem hat sich die KGNW-Geschäftsstelle seit 2013 in der Initiative zur „Guten kartographischen Praxis im Gesundheitswesen“ (GKPiG) enga-

giert. Ziel dieser Initiative war die Erstellung eines Handlungsleitfadens mit dem Ansatz, geografische Darstellungen von Gesundheitsdaten stärker als bisher nach wissenschaftlich und methodisch objektiven Kriterien zu gestalten. Der unter der Federführung des Leibniz Instituts für Länderkunde in Leipzig erstellte Leitfaden wurde 2016 veröffentlicht (www.health-geography.de).

Kooperationsvereinbarung mit dem Universitätsklinikum Bonn

Nach der ersten erfolgreichen Zusammenarbeit bei der Erstellung einer multiplen Tabellierung von Erreichbarkeitsdaten (Fahrdistanzintervalle ausgehend von allen Krankenhausbetriebsstätten und einer Distanzmatrix mit der Entfernung von jeder Krankenhausbetriebsstätte zu jedem Gemeindemittelpunkt in NRW) im Jahr 2015, haben die KGNW und das Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit des Universitätsklinikums Bonn (UK Bonn) in diesem Jahr ein zweites, daran anschließendes Projekt als „erweiterte GIS-Analyse der Krankenhausstandorte in NRW“ durchgeführt.

Während in dem ersten Projekt die Distanzen berechnet wurden, wurden in dem zweiten Projekt nun zeitliche Intervalle berücksichtigt. Ausgehend von den Krankenhausbetriebsstätten wurden dafür jeweils die Fahrzeitintervalle (10, 15, 20, 25, 30, 45, 60, 90, 120 Minuten) geostatistisch berechnet. Sie beschreiben, welche Gebiete innerhalb Nordrhein-Westfalens ausge-

hend von den einzelnen Standorten entlang des öffentlichen Wegenetzes in einer entsprechend Fahrzeit erreicht werden können. Um eine realistischere Datenbasis zu erhalten, wurden ergänzend auch die benachbarten Krankenhausstandorte in den angrenzenden Bundesländern Niedersachsen, Hessen und Rheinland-Pfalz berücksichtigt. Um diese wurden die im ersten Projekt ermittelten Distanzen ebenfalls erweitert.

Die Ergebnisse des Projekts werden für Dezember 2016 erwartet und 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 zu überprüfen. Insbesondere auch im Hinblick auf die Umsetzungen des NRW-Krankenhausplans 2015 bietet sich anhand dieser tabellierten Daten die Möglichkeit,

raumwirksame Auswirkungen verschiedener (Test-)Szenarien zu visualisieren.

Mithilfe solcher Informationen kann ermittelt werden, für welche Gemeinden in Nordrhein-Westfalen die dort lebende Bevölkerung (bzw. Bevölkerungsgruppen nach Alter oder Geschlecht) 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 Distanz bzw. Fahrzeit jeder Betriebsstätte zu jeder Gemeinde in NRW beinhaltet.

DKI-Studie „Analyse der Bettenauslastung“

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) ist im vergangenen Jahr mit dem Vorschlag an die KGNW herantreten, gemeinsam eine Analyse der Bettenauslastung über ein Kalenderjahr und für verschiedene Fachrichtungen im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse der bei der KGNW vorliegenden §-21-Daten durchzuführen. Diesem Vorhaben hat der Vorstand am 10.03.2015 unter der Prämisse, dass die Auswertung der §-21-Daten ausschließlich durch Mitarbeiter der KGNW-Geschäftsstelle erfolgt und dem DKI nur aggregierte Ergebnisdaten zur Verfügung gestellt werden, zugestimmt. Ergänzend wurde eine stichprobenartige Umfrage an acht freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern durchgeführt, um neben der datenbasierten Auslastungsbestimmung auch der Reduktion von zur Verfügung stehenden Betten durch die Isolation von MRE-Patienten oder aufgrund einer palliativen Situation gerecht zu werden.

Zur Ermittlung der Auslastung für jeden Behandlungsfall wurde anhand der §-21-Daten des Jahres 2012 die stundengenaue Aufenthaltsdauer in jeder aufgesuchten Fachabteilung berechnet. Auf diese Weise konnte für

jeden Tag und jede Fachabteilung ein NRW-weiter Auslastungsgrad bestimmt werden. Die vom DKI vorgelegten Ergebnisse der Untersuchung für das Jahr 2012 zeigen, dass ...

- ... der zeitliche Verlauf der Bettenbelegung abhängig von der Jahreszeit/Saison, dem Wochentag, den Ferien und Feiertagen sowie dem Anteil von Elektivleistungen und dem jeweiligen Fachgebiet ist.
- ... die Bettennutzungsvorgaben in einzelnen Fachabteilungen deutlich überschritten werden, sodass die zusätzliche Vorhaltung von Betten als Sicherheitsreserve erforderlich ist.
- ... auch Krankenhäuser, deren Auslastung sich im Rahmen der Bettennutzungsvorgaben befindet, an vielen Tagen im Jahr eine Auslastung von >100 % zeigen.
- ... zusätzliche Bettensperren sehr stark von der Art der Fachabteilung abhängen und teilweise markante Auswirkungen auf die Auslastung der verbleibenden Bettenkapazität zeigen.

- ... die fachabteilungsbezogenen Betten-nutzungsvorgaben im Krankenhausplan 2015 kritisch hinterfragt werden sollten, da diese aufgrund der sinkenden Verweildauer angepasst (gesenkt) werden müssten.

Die Studien zur Sekundärdatenanalyse und zur Befragung wurden in zwei detaillierten Berichten veröffentlicht. Die Ergebnisse

wurden zudem der Ministeriumsspitze am 11.04.2016 durch das DKI vorgestellt. Weiterhin wurde das Manuskript einer Kurzfassung für die Veröffentlichung in „das Krankenhaus“ eingereicht. Zusätzlich wurden die Ergebnisse am 05.10.2016 im Rahmen des Deutschen Kongresses Versorgungsforschung in Berlin in einer wissenschaftlichen Postersitzung präsentiert.

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

Auswertung der Betten und Patientenbewegungen 2015

Im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben erhebt die KGNW jährlich die Grunddaten gem. Krankenhausstatistikverordnung von allen Mitgliedskrankenhäusern, um diese insbesondere für krankenhauplane-

rische Fragestellungen auszuwerten. Mit Einverständnis der Krankenhausträger werden diese Daten von IT.NRW zur Verfügung gestellt.

Mit Abschluss der Datenauswertungen für das Berichtsjahr 2015 konnten die Übersichten und Berichte zu den Patientenbewegungen nach Fachgebieten (vollstationär) Ende Mai 2017 im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung gestellt werden.

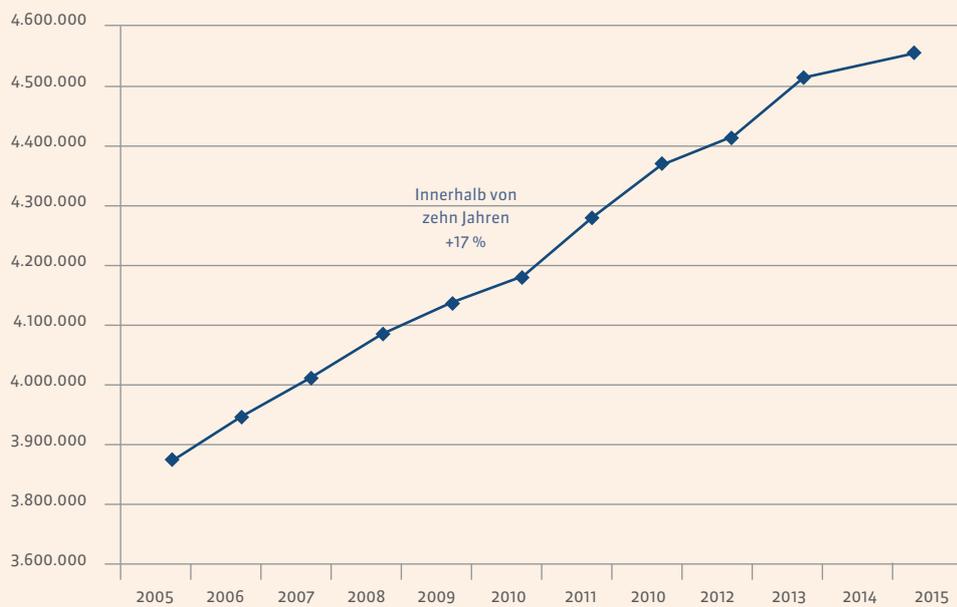
Die wesentlichen Ergebnisse im Überblick:

Mit insgesamt 4.529.890 vollstationär behandelten Fällen ist die Fallzahl im Jahr 2015 gering um 0,5 % gestiegen. Betrachtet man die vergangenen zehn Jahre, so sind im

Durchschnitt jährlich etwa 1,7 % Patienten mehr vollstationär behandelt worden als im Vorjahr (Abbildung 1).

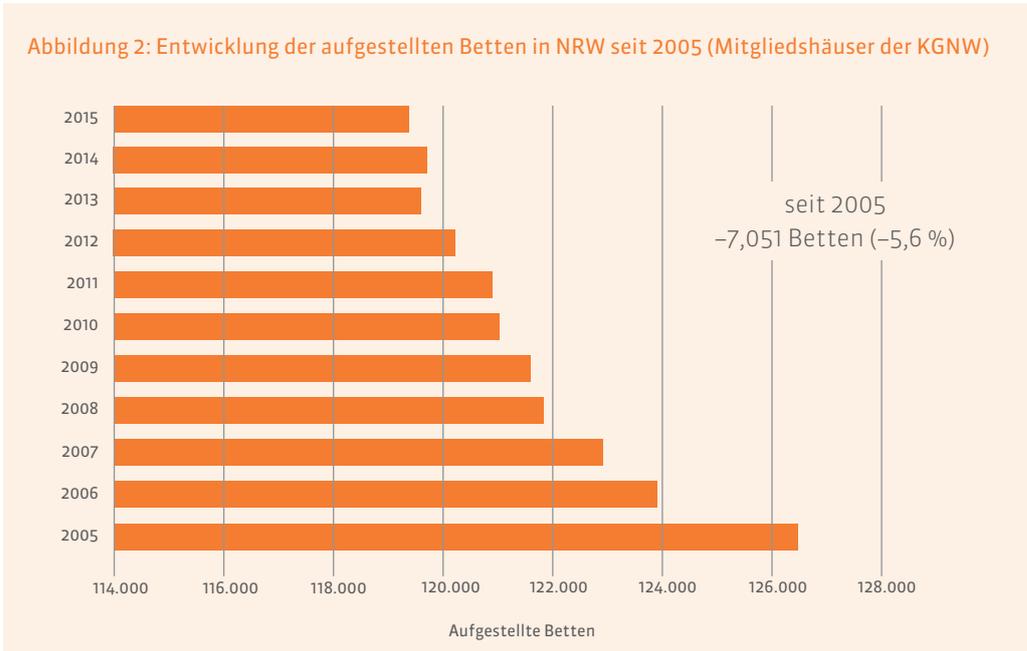
Die Berechnungs- und Belegungstage haben sich im Jahr 2015 gegenüber dem Vorjahr mit -0,2 % kaum verändert.

Abbildung 1: Entwicklung der Fallzahlen in NRW seit 2005 (Mitgliedkrankenhäuser der KGNW)



Quelle: eigene Abfrage, KGNW

Abbildung 2: Entwicklung der aufgestellten Betten in NRW seit 2005 (Mitgliedshäuser der KGNW)

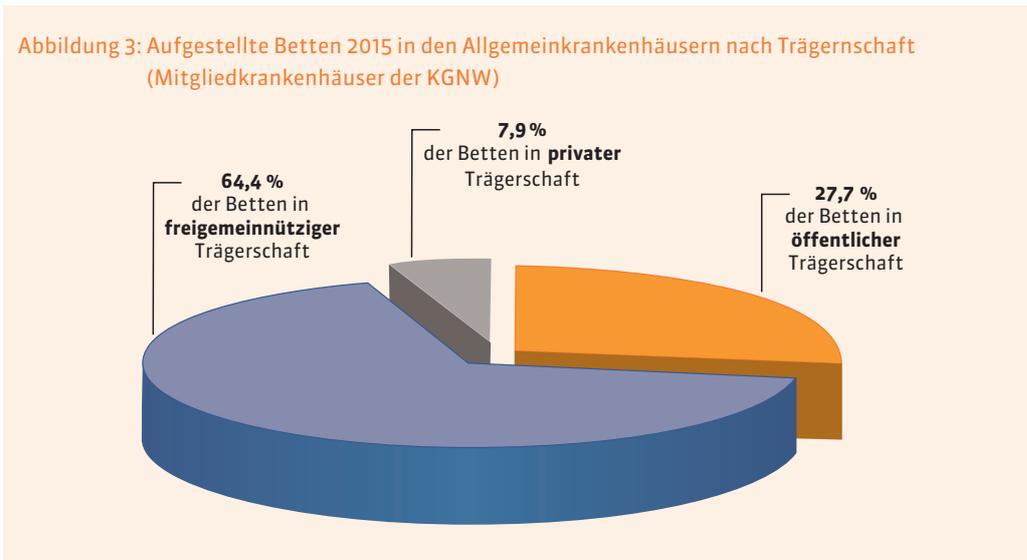


Quelle: eigene Abfragen, KGNW.

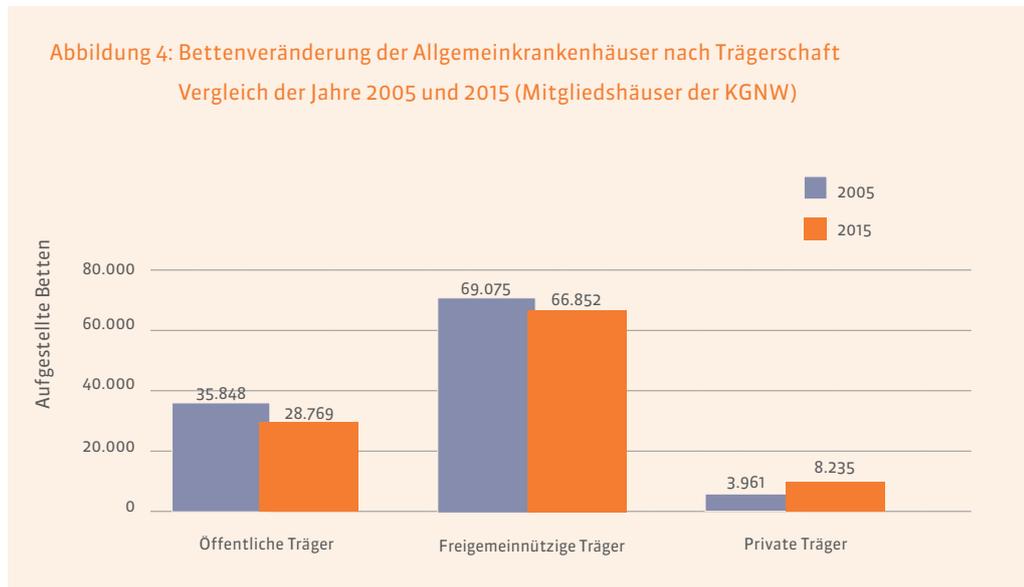
Die Zahl der aufgestellten Betten reduzierte sich im Berichtszeitraum 2015 um 0,2 % zum Vorjahr auf insgesamt 119.389 Betten. Im Vergleich zum Berichtszeitraum 2005 ergibt sich eine Bettenreduzierung von 5,6 % (Abbildung 2).

Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Krankenhausbetten in Allgemeinkrankenhäusern nach Krankenhausträgern. Mit einem Anteil von 7,9 % aufgestellter Betten in privater Trägerschaft liegt Nordrhein-Westfalen immer noch weit unter dem Bundesdurchschnitt (17,3 %).

Abbildung 3: Aufgestellte Betten 2015 in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)



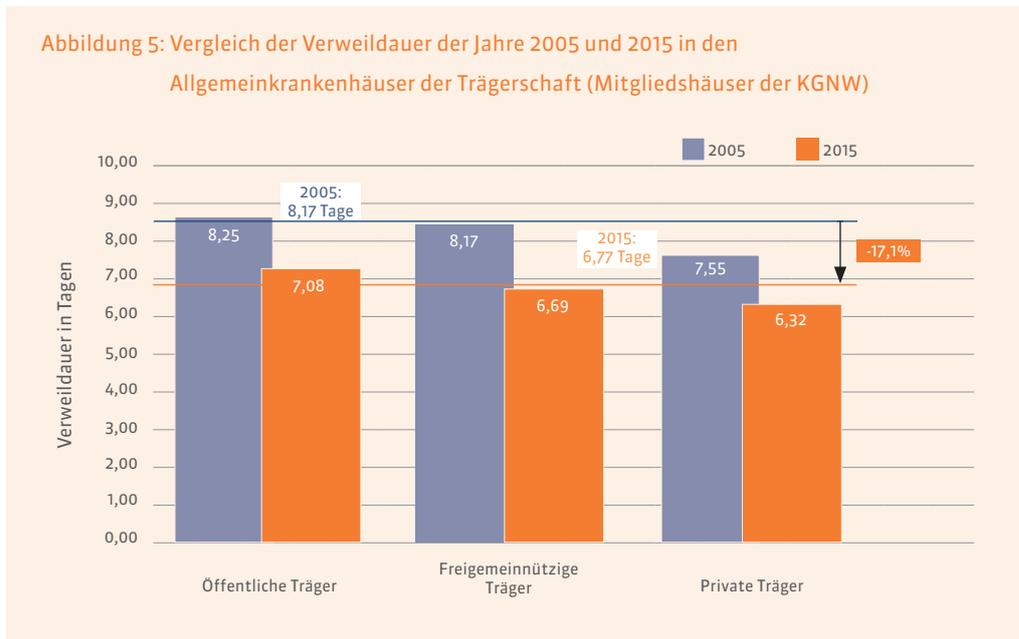
Quelle: eigene Abfragen, KGNW.



Quelle: eigene Abfragen, KGNW

Mit der ansteigenden Zahl der Krankenhausfusionen gibt es auch in der Trägerstruktur Veränderungen. Der Vergleich der Jahre 2005 und 2015 zeigt, dass sich die Zahl der aufgestellten Betten in den Allgemeinkrankenhäusern in privater Trägerschaft mehr als verdoppelt hat (Abbildung 4).

Die Bettenauslastung unserer Mitgliedskrankenhäuser ist im Berichtsjahr 2015 gegenüber dem Vorjahr mit 76,19 % konstant geblieben.



Der Rückgang der Verweildauer setzt sich auch 2015 fort. Die Patienten unserer Mitgliedshäuser lagen durchschnittlich 7,33 Tage im Krankenhaus, in den Allgemeinkrankenhäusern lag die Verweildauer bei 6,77 Tagen. Gegenüber dem Berichtszeitraum 2005

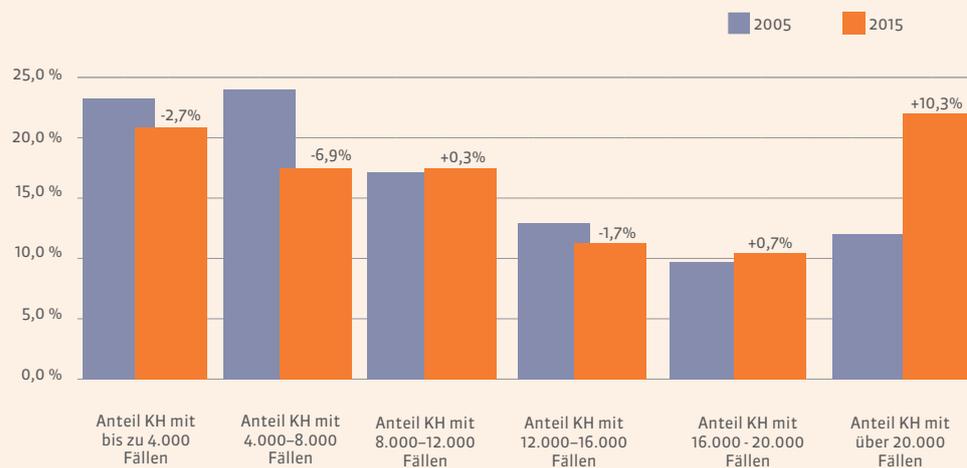
entspricht dies einer Verweildauerreduzierung von 17,1%. Die Abbildung 5 verdeutlicht diese Entwicklung in den vergangenen zehn Jahren differenziert nach Trägerschaft der Krankenhäuser.

**Tabelle 1: Verweildauerreduzierung in den Allgemeinkrankenhäusern je Fachgebiet
Vergleich 2005 und 2015 (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)**

Gebiet	Allgemeinkrankenhäuser			
	Verweildauer 2005	Verweildauer 2015	Veränderung in Tagen	Veränderung in %
Augenheilkunde	3,54	2,70	-0,84	-23,7
Chirurgie	8,33	6,42	-1,91	-22,9
darunter: Gefäßchirurgie	10,11	8,57	-1,54	-15,2
darunter: Thoraxchirurgie	9,78	9,21	-0,57	-5,8
darunter: Unfallchirurgie	8,63	6,27	-2,36	-27,3
darunter: Viszeralchirurgie	7,98	6,80	-1,18	-14,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,54	4,02	-1,52	-27,4
darunter: Frauenheilkunde	5,81	4,15	-1,66	-28,6
darunter: Geburtshilfe	5,19	3,91	-1,28	-24,7
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,68	3,63	-1,05	-22,4
Haut- und Geschlechtskrankheiten	7,69	5,55	-2,14	-27,8
Herzchirurgie	11,11	11,59	0,48	4,3
Innere Medizin	7,88	6,10	-1,78	-22,6
darunter: Angiologie	8,04	6,50	-1,54	-19,2
darunter: Endokrinologie	9,33	10,08	0,75	8,0
darunter: Gastroenterologie	7,03	5,79	-1,24	-17,6
darunter: Hämatologie	7,93	7,08	-0,85	-10,7
darunter: Kardiologie	5,88	5,19	-0,69	-11,7
darunter: Nephrologie	7,03	5,24	-1,79	-25,5
darunter: Pneumologie	7,31	6,35	-0,96	-13,1
darunter: Rheumatologie	12,22	8,23	-3,99	-32,7
Geriatric	15,28	14,89	-0,39	-2,6
Kinderchirurgie	4,43	3,40	-1,03	-23,3
Kinderheilkunde	5,40	4,50	-0,90	-16,7
darunter: Kinderkardiologie	6,43	5,31	-1,12	-17,4
darunter: Neonatologie	13,49	10,85	-2,64	-19,6
Kinder- und Jugendpsychiatrie	41,45	31,56	-9,89	-23,9
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	5,85	4,47	-1,38	-23,6
Neurochirurgie	9,75	8,96	-0,79	-8,1
Neurologie	8,29	6,62	-1,67	-20,1
Nuklearmedizin (Therapie)	4,12	3,07	-1,05	-25,5
Orthopädie	9,59	6,80	-2,79	-29,1
darunter: Rheumatologie	9,03	5,83	-3,20	-35,4
Plastische Chirurgie	6,60	5,92	-0,68	-10,3
Psychiatrie und Psychotherapie	23,94	23,07	-0,87	-3,6
darunter: Suchtkrankheiten ¹⁾		11,69		
Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik	48,28	50,83	2,55	5,3
Strahlentherapie	7,99	7,92	-0,07	-0,9
Urologie	6,34	4,79	-1,55	-24,4
Sonstige Fachbereiche	9,60	9,62	0,02	0,2
Insgesamt	8,17	6,77	-1,40	-17,1

Quelle: Daten gem. KHStatV, eigene Berechnungen; ¹⁾ in den Jahren 2002 bis 2006 nicht erhoben

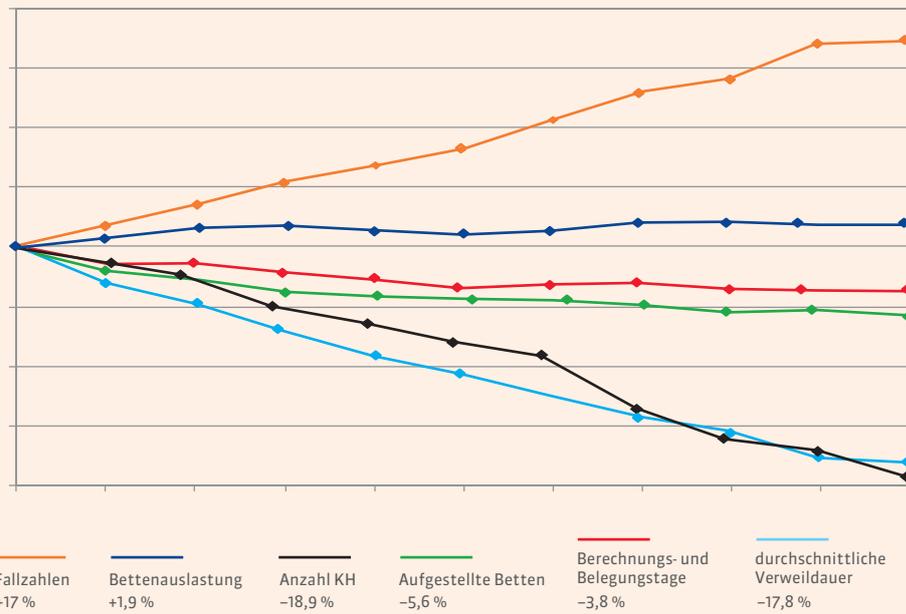
Abbildung 6: Aufteilung der Krankenhäuser in Fallzahlgruppen (nur vollstationäre Fälle)
Vergleich der Berichtsjahre 2010 (334 KH) und 2015 (380 KH)
(Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)



Während durch die zunehmende Zahl der Krankenhausfusionen die Zahl der kleineren und mittleren Plankrankenhäuser mit bis zu 500 Betten weiter abnimmt, erhöht sich dementsprechend die Zahl der größeren Krankenhäuser. Bei der Aufteilung unserer

Mitgliedshäuser in Fallzahlgruppen wird dies nochmals deutlich. Der Vergleich der Berichtsjahre 2010 und 2015 zeigt, wie sich in dem Zeitraum von nur fünf Jahren die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen verändert hat (Abbildung 6).

Abbildung 7: Entwicklung der Betten- und Belegungsdaten seit 2005 (Index)
(Mitgliedshäuser der KGNW)



Die Abbildung 7 vermittelt einen zusammenfassenden Überblick über die Entwicklung der statistischen Kennzahlen unserer

Mitgliedskrankenhäuser in den letzten zehn Jahren.

Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit

12. Krankenhaus-Umwelttag NRW am 21.09.2016 in Mönchengladbach



Im Haus der Erholung in Mönchengladbach fand der 12. Krankenhaus-Umwelttag statt. Die Teilnehmer informierten sich über aktuelle Herausforderungen zur Energieeffizienz im Krankenhaus.

Der Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW, die Fachvereinigung Krankenhaustechnik (FKT) und die KGNW veranstalteten am 21.09.2016 den 12. Krankenhaus-Umwelttag NRW. Dort referierten die Experten zu Wertstoffsammelsystemen

im Krankenhaus, zu den Entsorgungsanforderungen beim Krankenhausbau, über Energieeffizienz im Krankenhaus sowie aktuelle Gesetzgebungsverfahren im Umweltbereich.

Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern

Im Zuge der Umsetzung einer EU-Verordnung wurde das Luftverkehrsgesetz geändert und die darin festgelegten Anforderungen zum Betreiben von Hubschrauberlandestellen – auch an Krankenhäusern – verschärft. Krankenhäuser können für ihre Hubschrauberlandestellen eine Ausnahmeregelung der EU-Verordnung nutzen und die Landestellen als sog. „Public Interest Sites (PIS)“ anerkennen lassen. Die Anforderungen an die Ausge-

staltung einer PIS-Landestelle sind deutlich einfacher umzusetzen. Die KGNW informierte die Krankenhäuser über die in 2016 geringfügig geänderten Anforderungen. Die Umsetzung der baulichen und organisatorischen Anforderungen sowie die Übermittlung der in der EU-Verordnung geforderten Daten an die Luftfahrtunternehmen müssen bis zum 01.03.2018 abgeschlossen sein.

Abfallbeauftragten-Verordnung

Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) hat Anfang 2016 den Referentenentwurf einer Zweiten Verordnung zur Fortentwicklung der abfallrechtlichen Überwachung vorgelegt, mit der u. a. die Abfallbeauftragten-Verordnung (AbfBeauftrV) novelliert werden sollte. Die KGNW unterstützte die DKG bei der Formulierung einer Stellungnahme zu den verschärften und zum Teil unangemessenen Anforderungen an die Bestellung von Abfallbeauftragten im Krankenhäusern. Im Rahmen der Beratungen im Bundestag und Bundesrat wurden fast alle von der DKG geforderten Erleichterungen berücksichtigt und die AbfBeauftrV deutlich entschärft.

So ist nun sichergestellt, dass auch Hygienefachkräfte zu Abfallbeauftragten benannt werden können. Die Anforderungen an die Berufserfahrung wurde von zwei auf ein Jahr verkürzt und das im Referentenentwurf geforderte Führungszeugnis für Abfallbeauftragte wurde gestrichen. Außerdem wird in der Anlage 1 zur AbfBeauftrV in einer Einleitung zu den Lehrgangsinhalten klargestellt, dass nur die Kenntnisse vermittelt werden sollen, die für Erfüllung der Aufgaben eines Abfallbeauftragten bei dem Besitzer nach § 27 des Kreislaufwirtschaftsgesetzes (also z. B. Krankenhaus) erforderlich sind.

Gewerbeabfallverordnung

Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) hat im Juni 2016 den überarbeiteten Entwurf für eine neue Gewerbeabfallverordnung (GewAbfV) vorgelegt. Der Entwurf legt besonderen Wert auf eine möglichst getrennte Sammlung von Siedlungsabfällen und räumt der Wiederverwendung und dem Recycling Vorrang ein. Insbesondere sind Bau- und Abbruchabfälle nach der neuen Verordnung getrennt nach den Fraktionen Glas, Kunststoff, Metalle, Holz, Dämmmaterial, Bitumengemische, Baustoffe auf Gips-

basis, Beton, Ziegel (inklusive Fliesen) und Keramik zu sammeln, zu befördern und nach Maßgabe des Kreislaufwirtschaftsgesetzes vorrangig der Vorbereitung zur Wiederverwendung oder dem Recycling zuzuführen. Ausnahmen von der Pflicht zur Getrennthaltung sollen nur in seltenen Fällen gestattet werden. Dies würde zu einem erhöhten Kostenaufwand für die Entsorgung von Bauabfällen führen. Die KGNW wird die weiteren parlamentarischen Beratungen verfolgen und ihre Mitglieder hierzu informieren.

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 aktuell in hierzu eigens entwickelten Datenbanken. Aufgrund der gestiegenen Anforderungen und der technologischen in die Jahre gekommenen aktuellen Lösung (seit 1995) ist ein Umstieg auf eine Standardlösung im kommenden Jahr geplant.

IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle

Der IT-Service in der Geschäftsstelle wurde weitestgehend ausgegliedert und erfolgreich 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 Referats Medizin wurden zahlreiche Themen bearbeitet, die schwerpunktmäßig in anderen Referaten der KGNW angesiedelt sind. Dabei handelt es sich z. B. um die fachliche Begleitung der externen vergleichenden Qualitätssicherung sowie der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, des Landeskrebsregisters NRW, der Landesgesundheitskonferenz, der Versorgungs- und Krankenhausplanung und des MDK-Prüfverfahrens nach § 275 SGB V. Das Referat Medizin ist im Fachausschuss für

Krankenhausorganisation und Personalwesen, im Fachausschuss „Medizin“, in der Kommission „Hygiene“, in der Kommission „Psychiatrie“ sowie in den Arbeitsgruppen „Organspende“ und „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ 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 im 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 – Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse – der KGNW beschäftigte sich das Referat III – Medizin – mit der Weiterentwicklung und Pflege des QR-Check-Indikatorensets. Innerhalb der gemeinsamen Arbeitsgruppe mit dem Zweckverband Rheinland e. V. erfolgte schwerpunktmäßig eine Integration der aktuellen Version der G-IQI (German inpatient

quality indicators) in das Indikatorenset. Daneben werden sog. „Patient Safety Indikatoren (PSI)“ der „Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)“ in einem kontinuierlichen Prozess unter Hinzuziehung externen biometrischen und epidemiologischen Sachverständes 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 Infektionsepidemiologie“. Aus diesem Grund wurde von den Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Gesellschaft für

Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin) gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) 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 für eine rasche landesweite Umsetzung der curricularen Fortbildung der BÄK eingesetzt. Mittlerweile besteht in beiden Ärztekammern ein Kammerzertifikat „Krankenhaushygiene“. Ein gemeinsames Fortbildungskonzept wurde durch die Fortbildungseinrichtungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit weiteren Landesärztekammern entwickelt. Im laufenden Regelbetrieb steht das Referat III in weiterhin engem Kontakt mit den Ärztekammern und den an der Weiterbildung beteiligten „Supervisoren“ (Qualifikation u. a. Facharztanerkennung für das Gebiet Hygiene und Umweltmedizin oder für das Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie).

Gegen den Widerstand der DKG und der KGNW wurde im Bundesgesundheitsblatt Nr. 09/2016 die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker und -hygienikerinnen veröffentlicht. Diese Empfehlung reduziert bedauerlicherweise den Stellenwert der curricular fortgebildeten Krankenhaushygieniker und wird deshalb die Personalengpässe in der Krankenhaushygiene weiter verstärken, da die Attraktivität der curricularen Fortbildung hiermit deutlich sinken wird. Kliniken der Maximalversorgung müssen zukünftig ihre krankenhaushygienische Versorgung einschließ-

lich des Stellvertreters durch einen Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sicherstellen. Sonstige Kliniken und andere medizinische Einrichtungen haben, in Abhängigkeit vom Risikoprofil, eine konsiliarische Beratung durch einen Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie für besondere Fragestellungen vorzuhalten.

Mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung in der Krankenversicherung“ (Beitragschuldengesetz) wurde ein Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntGG zum 01.08.2013 in Kraft gesetzt und mittlerweile im Rahmen des KHSG bis 2019 verlängert.

Durch das Hygiene-Förderprogramm soll in den Jahren 2013 bis 2019 die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen, Fort- und Weiterbildung sowie externe Beratungsleistungen mithilfe von festen Kostenanteilen oder Festbeträgen gefördert werden. Das Referat III berät gemeinsam mit dem Referat I Krankenhäuser über das Hygiene-Förderprogramm und stellt für das Jahr 2016 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 Emp-

fehlung 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 HygMedVO 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 2 x jährlich) entsprechen und sich die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser an zumindest einem KISS-Modul (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) und an der „Aktion Saubere Hände“ beteiligen. Dies gilt ebenso für ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf MRSA, Regelungen zu einem

sektorenübergreifenden Informationsaustausch (z. B. MRE-Übergabebogen), einer klinischmikrobiologischen und klinischpharmazeutischen 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 Hygieneumfrage der KGNW hat das medizinische Referat mit dem MGEPA und dem Landeszentrum Gesundheit (LZG) einen Krankenhaushygienebericht NRW als neues Instrument der Hygiene-Initiative erarbeitet und die Umfrage im September/2016 gestartet. Die Ergebnisse dieser jährlich geplanten Befragung sollen jeweils im Frühjahr des folgenden Jahres in einer gemeinsamen Pressekonferenz des MGEPA, des LZG und der KGNW der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der Arbeitsschwerpunkt des Referats Medizin im Rahmen der Disease-Management-Programme lag 2016 in der Unterstützung und Beratung bei der Erstellung des Qualitätssicherungsberichts 2015 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 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. Nachdem es im Jahr 2015 bundesweit zu einem leichten Anstieg der Organspendezahlen gekommen war, sind bedauerlicherweise in 2016 sowohl auf

der Bundes- als auch auf der Landesebene erneut niedrigere Zahlen 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 zweimalig 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 = Klini-

ken 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 (u. a. 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 wurde seitens des MGEPA als Grundlage für die Novellierung des Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz (AG-TPG) genutzt, welche am 13.02.2016 in Kraft trat. Nunmehr bestehen eine neue Regelung, mit der die Krankenhäuser auf Verlangen zur Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsministerium oder dessen Beauftragten verpflichtet werden sowie eine Verpflichtung der Transplantationsbeauftragten zur Durchführung einer curricularen Fortbildung. Aufgrund entsprechender gesetzgeberischer Aktivitäten in anderen Bundesländern zur Festschreibung eines verpflichtenden Stellenschlüssels für Transplantationsbeauftragte (0,1 VK pro zehn Intensivbetten) ist eine zeitnahe Überarbeitung des AG-TPG NRW zu erwarten.

Deutsche Kodierrichtlinien für das Jahr 2017

Wie in den Vorjahren standen i. S. einer einheitlichen Kodierung Klarstellungen und Anpassungen an die ICD-10-GM, den OPS sowie an das G-DRG-System 2017 im Vordergrund.

Insgesamt wurden vier Kodierrichtlinien inhaltlich modifiziert, sechs Kodierrichtlinien aufgrund von Änderungen im ICD und OPS, drei DKR aufgrund von Regelwerksanpassungen im ICD und OPS und eine DKR aufgrund des Beschlusses des Schlichtungsausschusses Bund gem. § 17c Abs. 3 KHG vom 04.07.2016 angepasst. Die inhaltlichen Änderungen sind wie folgt:

In der DKR 0801 Schwerhörigkeit und Taubheit wurde klargestellt, dass Diagnosen aus H90. – Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung und H91. – Sonstiger Hörverlust auch bei stationärer Aufnahme zur Einführung eines Cochlea- oder Hörimplantats als Hauptdiagnose angegeben werden können. Ebenfalls klargestellt wurde, dass die Aufzählung der Situationen, in denen diese Codes als Hauptdiagnose kodiert werden können, nicht abschließend ist. In der DKR 1510 Komplikationen in der Schwangerschaft wurde zusätzlich zu einer ICD-10 bedingten Anpassung der Absatz „Schwangerschaft als Nebenbefund“ um eine Regelung zur Verwendung von

Diagnosen aus Z35. – Überwachung einer Risikoschwangerschaft ergänzt. In der DKR 1917 Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gem. Verordnung) wurde das Beispiel 1 durch ein neues Beispiel ersetzt, welches keinen Bezug zu einer medikamentösen Beeinflussung der Blutgerinnung aufweist. In die DKR 0201 Auswahl und Reihenfolge der Codes (bei Neubildungen) wurde eine Fußnote mit einem Verweis auf den Beschluss des o. g. Schlichtungsausschusses Bund aufgenommen.

Für insgesamt sechs Kodierrichtlinien wurden ausschließlich redaktionelle bzw. ICD-/OPS-bedingte Anpassungen vorgenommen. Zusätzlich zu den aufgrund des jährlichen Revisionsprozesses der genannten Klassifikationen erforderlichen Änderungen erfolgten auch Anpassungen einiger Formulierungen in den allgemeinen Kodierrichtlinien an das Regelwerk für die WHO-Ausgabe der ICD-10 (Band II) bzw. an die Hinweise für die Benutzung des OPS sowie in Anhang A (Grundregeln zur Verschlüsselung (WHO)).

ICD-10-GM Version 2017 und OPS-Version 2017

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 25.10.2016 die amtlich gültige Fassung der ICD-10-GM Version 2017 auf seinen Internetseiten veröffentlicht. Wie in jedem Jahr sind Änderungen eingegangen, die sich aus dem Vorschlagsverfahren für die ICD-10-GM Version 2017, dem Kalkulationsverfahren des InEK und dem jährlichen Revisionsverfahren der WHO ergeben haben. Neben redaktionellen Änderungen wurden Anpassungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten vorgenommen, bestehende Codes weiter differenziert und neue Codes eingeführt (z. B. neue Codes für sekundäre bösartige Neubildungen des Bindegewebes und andere Weichteilgewebe, Hämangiome, Adipositas, vaskuläre Myelopathien, intrazerebrale Blutungen, Herzinsuffizienz, akutes Nierenversagen).

Daneben sieht der OPS 2017 u. a. eine Neufassung des Absatzes zur Verwendung von „und“ in OPS-Klassentiteln und in den „Hinweisen zur Benutzung“ vor. Die Fälle, in denen ein „und“ i. S. von „und/oder“ zu verstehen ist, werden nunmehr vom DIMDI explizit genannt. An einigen Stellen erfolgten sprachliche Klarstellungen in den Klassentiteln. Der Absatz „Listen“ wurde um einen entsprechenden Hinweis zur Verwendung von „und“ in Lokalisationslisten ergänzt. Die beiden neugefassten Absätze der „Hinweise zur Benutzung“ befinden sich als Anhang auf der letzten Seite der vom DIMDI herausgegebenen Aktualisierungsliste zur Vorabfassung des OPS Version 2017.

DRG-System 2017

Wie bereits in den Vorjahren wurde das DRG-System klassifikatorisch nicht grundsätzlich, sondern in zahlreichen Details weiterentwickelt. Die Anzahl der Universitätskliniken hat sich von 13 auf zehn in der Kalkulationsstichprobe reduziert. Hieraus ergibt sich eine Verminderung der Gesamtfallzahl um ca. 5 %, dies betrifft insbesondere komplexe Versorgungsleistungen (u. a. bis zu 50 % der Organtransplantationen). Das InEK erarbeitete einen Vorschlag zu einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von Kalkulationskrankenhäusern (u. a. Ergänzung der bestehenden Auswahl freiwilliger Teilnehmer um maximal 40 ausgewählte Krankenhäuser, Sanktionsregelungen) sowie zu den Sachkosten und der Absenkung der Bewertungsrelationen. Die Gesamtzahl der DRGs ist um 35 auf nunmehr 1.255 (Verlauf 2013-2017: 1.187 vs. 1.196 vs. 1.200 vs. 1.220 vs. 1.255) angestiegen. Die Weiterentwicklung des PCCL (patientenbezogener Gesamtschweregrad = Summe der Komorbiditäten/Komplikationen -CCL- aller Diagnosen) erfolgte mehrstufig (2014 Modifikation der mathematischen Formel zur Berechnung des PCCL, 2016 Einführung zweier neuer Schweregrade – 5 und 6), für das Jahr 2017 wurde eine detaillierte Überarbeitung von Diagnosen, u. a. bei einer deutlichen Fallzahlzunahme, durchgeführt. Insgesamt konnten 1.503 Diagnosen überarbeitet und im Wesentlichen abgesenkt werden (55 Aufwertungen/Neuaufnahmen, u. a. Enteroko-

litis durch *Clostridium difficile*). Neben der bereits im vergangenen Jahr schwerpunktmäßig überarbeiteten Gastroenterologie, wurden in diesem Jahr die Pflege, die Orthopädie/Unfallchirurgie und die Kinderheilkunde besonders berücksichtigt. In der Pflege gibt der Barthel-Index, ähnlich wie die OPS-Kodes für die Pflegestufen/Pflegegrade, als standardisiertes Testverfahren einen guten Hinweis auf einen Pflegebedarf. Diese Codes aus U50/U51 kommen aber nur in wenigen Kliniken zur Anwendung. Die Neuregelung der Sachkosten führt zu einer Aufwertung der pflegeintensiven DRGs, gleichzeitig werden aber pflegerelevante Diagnosen abgewertet. In der Endoprothetik wird in 2017 erstmals ein Kostenunterschied bei Fällen mit einer Fraktur (Aufwertung) und Fällen mit einer Hüftgelenksarthrose festgeschrieben. Auch die Kinderheilkunde profitiert von der Neuberechnung des Sachkostenanteils, da deren DRGs eher personalintensiv sind, daneben hat sich die Anzahl der „Kinder-DRGs“ um 33 auf 273 und der entsprechenden Zusatzentgelte um 7 auf 51 erhöht. Erfreulich ist die Aufwertung der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, bedauerlich die weiterhin mangelhafte, da unterrepräsentierte Kalkulationsstichprobe für die multimodale Schmerztherapie. Für die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst bestehen nun zwei unbewertete Zusatzentgelte.

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/ Psychosomatik (PEPP)

Die Umbauten im PEPP-System sind für das Jahr 2017 in allen Systembereichen geringfügig ausgefallen, um eine Stabilität und Kontinuität für den Umstieg auf ein Bud-

getsystem des PsychVVG zu ermöglichen. Die Datengrundlage hat sich mit Ausnahme der Psychosomatik weiter verbessert.

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“, „Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen“ sowie einer „Verbesserung der geriatrischen Versorgung“. Bezüglich des Einweisungs- und Entlassmanagements wurden ab 07/2013 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 Maßnahmen 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 einen spezifisch psychiatrischen Kurzarztbericht. Dieser soll noch einer modellhaften Erprobung und Evaluation unterzogen werden. Die Arbeitsgruppe zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung hat zunächst zwei vorbildliche Modellregionen mit teilweise bereits evaluierten Projekten erörtert und plant derzeit auf Basis dieser Erkenntnisse weitere Schritte.

Landespsychiatrieplan NRW

Mit einer Auftaktveranstaltung am 26.03.2015 im MGEPA wurden die Arbeiten zum Landespsychiatrieplan NRW gestartet und mehrere Unterausschüsse (UA) und Arbeitsgruppen (AG) gebildet (z. B. 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). Am 05.02.2016 erfolgte eine Fachtagung zum Landespsychiatrieplan NRW, auf der auf Basis der ersten Zwischenergebnisse der Unterausschüsse und Arbeitsgruppen mit zahlreichen Expertinnen und Experten aus ganz Deutschland diskutiert wurde.

Nach zahlreichen Sitzungen der UA und AG wurde seitens des MGEPA ein „Berichtsentwurf zu der beteiligungsorientierten Phase im Rahmen der Erstellung des Landespsychiatrieplans NRW“ erstellt und in der Sitzung des Lenkungsausschusses zum Landespsychiatrieplan am 15.09.2016 erörtert. Zu diesem Berichtsentwurf wurde in der o. g. Sitzung des Lenkungsausschusses eine Frist für „schriftliche Äußerungen“ bis zum 28.10.2016 vereinbart. Die „schriftliche Äußerung“ der KGNW wurde durch die Mitglieder der AG Psychiatrie der KGNW 26.10.2016 erarbeitet und termingerecht an das MGEPA versandt. Neben der konkreten Überarbeitung einzelner Textpassagen formulierten die Mitglieder der AG Psychiatrieplanung vier grundsätzliche Hinweise zur abschlie-

ßenden inhaltlichen Ausgestaltung des zukünftigen Landespsychiatrieplans NRW:

Darstellung der stationären psychiatrischen Versorgung

In einigen Passagen des Berichts besteht trotz zwischenzeitlicher Anpassungen der Textierung weiterhin der Eindruck, dass in den stationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen die Patientinnen und Patienten gegen geltendes Recht und aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse annähernd „willkürlich“ behandelt werden. Ein solches Bild entspricht nicht der Realität und darf im Rahmen eines Landespsychiatrieplans NRW auch nicht gezeichnet werden. Wenn der Landespsychiatrieplan NRW – und so verstehen wir ihn – Empfehlungen für qualitative Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung aussprechen will, gehört dazu nicht allein eine weitere Entstigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen, sondern auch eine Entstigmatisierung der psychiatrischen Versorgung selbst.

Bewertungen und Schlussfolgerungen nicht ohne eine belastbare Datengrundlage

Teilweise erfolgen Bewertungen und Schlussfolgerungen ohne eine ausreichende Datengrundlage. Solche, in der Regel anekdotisch belegten „Fakten“ sollten nicht Eingang in einen Landespsychiatrieplan NRW finden, insbesondere dann, wenn sie durch

offiziell zugängliche Datenquellen widerlegbar sind (vgl. unsere diesbezüglichen Anmerkungen zum Kapitel „4.6.6.2. Bestandsaufnahme und Bewertung“).

Handlungsfelder mit Regelungskompetenz auf der Bundesebene

Im Bericht sind wesentliche Passagen enthalten (insbesondere zur sektorenübergreifenden Versorgung), deren Regelungskompetenz beim Bund liegt. Diese sind ohne bundesgesetzliche Regelungen nicht unmittelbar vor Ort umsetzbar, sondern das Land müsste sich zunächst auf der Bundesebene für entsprechende Regelungen starkmachen. Sofern zur Umsetzung zusätzliche finanzielle Mittel erforderlich sind (z. B. aufgrund zusätzlich benötigten Personals), müssten diese in den zu schaffenden bundesrechtlichen Regelungen zwingend mit enthalten sein. Ansonsten würden die Regelungen in der Patientenversorgung leerlaufen. Solange eine bundesgesetzliche Umsetzung diesbezüglicher Empfehlungen aus dem Landespsychiatrieplan NRW nicht erfolgt ist, können sie landesseitig nicht als Versorgungsstandard verlangt werden.

Handlungsfelder mit Regelungskompetenz auf der Landesebene

Der vorliegende Bericht weist grundlegende Abschnitte auf, dessen Regelungskompetenz beim Land liegt. Sofern zur Erfüllung der dortigen Empfehlungen Investitionen im Krankenhausbereich erforderlich sind (z. B. bauliche Veränderungen, Raumausstattun-

gen, Niedrigflurbetten etc.), muss das Land im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung zwingend die notwendigen investiven Mittel bereitstellen. Ansonsten können diesbezügliche Empfehlungen aus dem Landespsychiatrieplan NRW landesseitig nicht als Versorgungsstandard verlangt werden.

Laut dem Protokoll der Sitzung des Lenkungsausschusses zum Psychiatrieplan NRW am 15.09.2016 ist die Beteiligungs- und Berichtsphase nach Durchsicht und Berücksichtigung der „schriftlichen Äußerungen“ der Verbände abgeschlossen. Der Bericht wird nachfolgend ohne eine weitere Sitzung des Lenkungsausschusses im Internet veröffentlicht. Die Landesregierung wird, in Federführung durch das MGEPA, auf der Grundlage des Berichts einen Entwurf für den Landespsychiatrieplan NRW bis Ende Januar 2017 erstellen und diesen im Februar 2017 im Lenkungsausschuss vorstellen. Eine Erörterung des Entwurfs eines Landespsychiatrieplans im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist für März/April 2017 geplant. Ein offizielles Stellungnahmeverfahren ist entsprechend der derzeitigen Planung des MGEPA gleichsam im Frühjahr 2017 vorgesehen.

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG)

In den Jahren 2015 und 2016 erfolgten gesetzgeberische Aktivitäten des MGEPA zu einer Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG). Zu den Entwürfen eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG) wurden seitens der KGNW entsprechende Stellungnahmen erstellt. Im Anschluss hieran erfolgte eine Verbändeanhörung gem. § 35 GGO sowie eine Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit

und Soziales zum o. g. Gesetzesentwurf. In der o. g. Öffentlichen Anhörung wurden die grundsätzlichen Diskussionspunkte, u. a. die Vor- und Nachteile einer „offenen Unterbringung“ und die damit verbundenen strukturellen/finanziellen Aufwendungen der Krankenhäuser, die zusätzlichen Dokumentationspflichten, die Anwendung von Zwang und besonderen Sicherungsmaßnahmen sowie die Nutzung von Behandlungsvereinbarungen erörtert. Das Gesetzgebungsverfahren dauert aktuell noch an.

Innovationsfonds des G-BA

Die KGNW hat in der zweiten Jahreshälfte 2015 und im Jahr 2016 gemeinsam mit der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse (TK), den Universitätskliniken in Münster und Aachen sowie kooperierenden Krankenhäusern, den Ärztekammern in NRW und zwei Arztnetzen einen Fördermittelantrag zum Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gestellt. Das Projekt TELnet@NRW zielt auf eine te-

lemedizinische Unterstützung intensivmedizinischer und hygienerelevanter Prozesse in einem sektorenübergreifenden Kontext ab. Die mittlerweile durch den G-BA versandten vorläufigen Bescheide zur ersten Förderwelle zum Innovationsfonds weisen eine Fördersumme von 19.574.349,60 € für das Projekt TELnet@NRW aus. Das Projekt soll am 01.02.2017 starten.

Ambulante Notfallversorgung

In der Klausurtagung des Vorstandes der KGNW am 25. und 26.08.2016 in Schermbeck wurde die ambulante Notfallversorgung aus-

föhrlich diskutiert. Die Vorstandsmitglieder sprachen sich einstimmig für eine kurz- bis mittelfristige Neuordnung des Sicherstel-

lungsauftrages aus. Hierbei sei eine vollständige Übernahme des Sicherstellungsauftrages durch die Krankenhäuser als auch ein gemeinsamer Sicherstellungsauftrag mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere unter Berücksichtigung der Gewährleistung eines Fahrdienstes, denkbar. Zur Beschleunigung eines ohnehin aktuell erkennbaren „evolutionären“ Übergangs des Sicherstellungsauftrages vom KV-System zu den Krankenhäusern, sei eine modellhafte Erprobung zweckdienlich. Hierbei sollte jedoch direkt ein Projekt zur teilweisen Übernahme des Sicherstellungsauftrages angestrebt werden, da Zwischenlösungen (KV-Ambulanz und Notfallaufnahme in unmittelbarer räumlicher Nähe mit gemeinsamer Anmeldung) in regional unterschiedlicher Ausprägung bereits in der Regelversorgung angekommen seien. Ein besonderer Schwerpunkt sei hierbei auf eine strukturierte Datenerhebung im Modellverlauf und eine belastbare Evaluation zu legen. Zusätzlich sei eine flankierende Öffentlichkeitsarbeit aller Prozessbeteiligten (u. a. Kassenärztliche Vereinigungen, MGEPA, Krankenkassenverbände, Ärztekammern, KGNW, Beauftragter der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten, Patientenvertreter) notwendig.

In mehreren Bundesländern planen die Kassenärztlichen Vereinigungen ein neues Verfahren zur Überprüfung der durch die Krankenhäuser eingereichten Ambulanzabrechnungen und berufen sich hierbei auf die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (u. a. die Urteile vom 02.07.2014, Az.: B 6 KA 30/13 R und vom 12.12.2012, Az.: B 6 KA 5/12 R).

Laut der o. g. Urteile soll die Notfallbehandlung ausschließlich dem Zweck dienen, für den Patienten akut drohenden Schaden abzuwenden. Insoweit bestünde die Verpflichtung eines Krankenhauses in der Notfallambulanz zu klären, ob es sich bei dem geschilderten Patientenproblem tatsächlich um einen Notfall handeln würde und die Behandlung somit durch das Krankenhaus fortzuführen sei oder der Patient an einen niedergelassenen Vertragsarzt innerhalb der Regelversorgung verwiesen werden könne. Dieser Umstand gelte sowohl während als auch außerhalb der Zeiten der Regelversorgung. Der Rahmen der Notfallbehandlung müsse sich hierbei auf das absolut Notwendige beschränken (Anamnese und körperliche Untersuchung, z. B. abrechnungsfähig über die GOP 01210 in Höhe von 13,25 €, Notfallpauschale I-Tag), um das beschriebene Ziel einer Notfallversorgung zu erreichen.

In einer konsequenten (und realitätsfernen) Auslegung der genannten BSG-Urteile müssten die Mitarbeiter der Krankenhäuser in NRW nach einer vorherigen umfangreichen Anamnese und körperlichen Untersuchung (häufig werden auch eine zusätzliche Labor- und apparative Diagnostik notwendig sein), die lediglich mit einem zu erwartenden Betrag von ca. 13 € vergütet werden, eine sechsstellige Zahl von Patienten auf die vertragsärztliche Regelversorgung verweisen und letztendlich unbehandelt aus den Notfallambulanzen entlassen. Dieser Paradigmenwechsel wird kurz- bis mittelfristig keine Akzeptanz bei den Bürgerinnen und Bürgern sowie dem Personal der Notfallaufnahmen finden und zu „tumultartigen Szenen“ führen.

In einer streng rechtlichen Betrachtung bestehen derzeit jedoch für die Krankenhäuser in NRW und bundesweit keine substantiierten Argumente, um einer restriktiven Abrechnungspraxis der Kassenärztlichen Vereinigungen zu widersprechen. Insofern sollte kurzfristig durch das MGEPA ein „Runder Tisch Notfallversorgung“, unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Ärztekammern, der Krankenkassenverbände, der KGNW, des Beauftragten der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten, der Patientenvertreter sowie ggf. der Rettungsdienste

und der Feuerwehren eingerichtet werden. Der „Runde Tisch Notfallversorgung“ soll eine modellhafte Erprobung alternativer Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen in der ambulanten Notfallbehandlung planen und durchführen, eine zumindest NRW-weite (besser bundesweite) Aufklärungs- und Informationskampagne aller Selbstverwaltungspartner organisieren sowie zu den vorgenannten Punkten eine Bundesratsinitiative des Landes NRW zur Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland starten.

Pflegeberufereformgesetz/Pflegeberufegesetz

Im vergangenen Jahr wurden die Diskussionen um das Pflegeberufereformgesetz weiter fortgeführt. 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

Im Jahr 2015 wurden ein Referentenentwurf für das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) und die Eckpunkte für eine Aus-

bildungs- und Prüfungsverordnung veröffentlicht. Die KGNW hat sich auf bundespolitischer Ebene an der Erarbeitung des Positionspapiers der Deutschen Krankenh-

ausgesellschaft intensiv beteiligt. Ob in der aktuellen Legislaturperiode das beschriebene Gesetzesvorhaben noch abgeschlossen wird, ist derzeit ausgesprochen fraglich.

Pflegekammer NRW

Die Diskussionen zur Einrichtung einer Pflegekammer in NRW werden in unterschiedlicher Intensität seit 2006 geführt. Durch die Einrichtung einer Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz und aufgrund der aktuellen Entwicklungen in Schleswig-Holstein und Niedersachsen wurde dieses Thema erneut in NRW aufgegriffen. Das oberste Ziel einer Pflegekammer ist es, eine fachgerechte und professionelle Pflege der Bevölkerung sicherzustellen und die Berufsausübung der professionell Pflegenden zu überwachen und sicherzustellen. Im Rahmen einer Sachverständigenanhörung wurde auf Antrag der CDU-Fraktion im Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur möglichen Einrichtung einer Pflegekammer in NRW beraten. Nach Ansicht der CDU-Fraktion sei eine Interessenvertretung für Pflegenden erforderlich. Im Antrag heißt es, dass nur durch

eine Pflegekammer die Interessen der Berufsgruppe „sinnvoll gebündelt und kommuniziert werden“ können. Die Landesregierung solle alle dafür erforderlichen rechtlichen Schritte einleiten. Die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen sind in ihren Äußerungen zurückhaltender, wollen die Interessenvertretung der Pflegekräfte aber ebenfalls stärken. In Vorbereitung auf die Anhörung wurde von der KGNW eine Stellungnahme abgegeben, wonach die Gründung einer Pflegekammer in NRW als ein sinnvoller Schritt zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe erwogen werden sollte. In der Anhörung äußerten sich die Befürworter und Gegner einer Pflegekammer. Das weitere Vorgehen zur Gründung einer Pflegekammer in NRW ist derzeit noch offen. Es wird u. a. eine Befragung unter allen examinierten Pflegekräften erwogen.

Notfallsanitäterausbildung in NRW

Das zum 01.01.2014 in Kraft getretene Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG) hat das Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz – RettAssG) vom 10.07.1989 (BGBl. I S. 1384) abgelöst.

Diese neue rettungsdienstliche Ausbildung umfasst drei Jahre und dauert somit ein Jahr länger als die Ausbildung zur Rettungsassistentin und zum Rettungsassistenten. Die Auszubildenden haben zudem einen Anspruch auf eine Ausbildungsvergütung.

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

Nachdem in den Jahren 2014 und 2015 durch das MGEPA in Unterstützung durch alle am Rettungswesen beteiligten Organisationen, inklusive der KGNW, „Ausführungsbestimmungen zur Ausbildung zur Notfallsanitäterin/zum Notfallsanitäter in Nordrhein-Westfalen, Teil 1 und 2“ erstellt wurden, schloss

sich im Frühjahr 2016 die Formulierung eines Rahmenlehrplans für die Notfallsanitäterausbildung an den Rettungsdienstschulen in NRW durch eine Arbeitsgruppe des MGEPA an. Die KGNW hat sich an dieser Erarbeitung beteiligt und engagiert sich derzeit an einem Ausbildungskatalog für die klinischen Ausbildungsabschnitte der angehenden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter.

Recht und Personal/Vorstand

Referat IV wurde zur internen Beratung und Unterstützung der Referate und der Geschäftsführung in allen Rechtsfragen sowie bei rechtlichen Fragestellungen im Rahmen der Verwaltung des Ausgleichsfonds hinzugezogen.

Referat IV hat intern wie extern zu konkreten Rechtsfragen im Krankenhausplanungs- und Krankenhausfinanzierungsrecht, Sozialrecht, Chefarztvertragsrecht, Datenschutzrecht, zu Fragen der ärztlichen Schweigepflicht sowie zur Vertragsgestaltung im Krankenhaus im Hinblick auf Kooperationen sowie Wahlleistungs- und Behandlungsverträge nebst den dazugehörigen Allgemeinen Vertragsbedingungen Stellung genommen.

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

Die Organisation von Gremien- und Mitgliedschaftsangelegenheiten sowie die Vor- und Nachbereitung der Wahlen und Benennungen der Funktionsträger und Gremien der KGNW und die Beratung in Satzungsfragen gehören ebenfalls zu den Tätigkeitsschwerpunkten.

Selbstverwaltungsaufgaben

Selbstverwaltung 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 die ehemalige ambulante Behandlung gem. § 116b SGB V (alt) von der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gem. § 116b SGB V abgelöst. In den vergangenen Jahren hat der hiermit geschaffene eigenständige Versorgungsbe-

reich insbesondere in Nordrhein-Westfalen zunehmend Gestalt angenommen.

Aktueller Sachstand zur Umsetzung

Bereits in den Jahren 2014 und 2015 sind aufbauend auf der allgemeinen und krankheitsübergreifend geltenden ASV-Richtlinie (ASV-RL) die ersten erkrankungsbezogenen Konkretisierungen in Kraft getreten, die potentiellen Leistungserbringern erstmalig die Möglichkeit eröffnet haben, an der ASV teilzunehmen. Konkret handelte es sich

dabei um die Tuberkulose und Mykobakteriose, die gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie das Marfan-Syndrom. Im Laufe dieses Jahres hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die sukzessive Erarbeitung der erkrankungsbezogenen Konkretisierungen fortgeführt, so dass am 01.06.2016 die Konkretisierung zur pulmonalen Hypertonie und am 10.08.2016 zu den gynäkologischen Tumoren in Kraft getreten ist (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 302/2016 vom 29.07.2016, Nr. 194/2016 vom 03.05.2016, Nr. 119/2016 vom 10.03.2016).

Die inzwischen in mehreren Erkrankungsbereichen erbringbaren ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen sowie die mit dem Anzeige- und Abrechnungsverfahren einhergehenden zahlreichen Nachfragen generierten einen erheblichen Beratungsbedarf. Im Jahr 2016 wurden sowohl im Landesbereich Nordrhein als auch im Landesbereich Westfalen-Lippe mehrere Teilnahmeanzeigen an den erweiterten Landesausschuss gerichtet, die entweder in mündlichen Sitzungen oder im schriftlichen Umlaufverfahren beschieden wurden. Zudem wurden diverse Änderungs- und Erweiterungsanzeigen bearbeitet und beschieden. 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 vorgehende Prüfungsphase der einzelnen Anzeigen stark eingebunden war.

Weitere Beratungen und Konkretisierungen in der Selbstverwaltung

Entsprechend der Vorgehensweise in den vergangenen Jahren, bedurfte es auch im Jahr 2016 eines Erörterungsgesprächs mit den Kostenträgern des erweiterten Landesausschusses für den Landesbereich Westfalen-Lippe zwecks Abstimmung eines Haushaltsplans für die durch das Betreiben des erweiterten Landesausschusses entstehenden Kosten. Trotz der überschaubaren Anzeigeneingänge wurden die hohen Gesamtaufwendungen der die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Westfalen-Lippe vorhaltenden Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe auch für das Jahr 2016 zunächst prognostisch beibehalten. Die KGNW, die gegenüber der KVWL signalisierte, dass die erheblich geringer angesetzten prognostischen Gesamtkosten im Landesbereich Nordrhein auch die Zielvorgabe für Westfalen-Lippe darstellen und daneben eine transparentere Verfahrensweise in Bezug auf die Abrechnung der Gesamtaufwendungen erstrebenswert sei, konnte sich mit ihren Forderungen durchsetzen. Neben einer Reduzierung der für das Haushaltsjahr 2016 angesetzten Kosten annähernd um die Hälfte, konnte eine Umstellung des gesamten Abrechnungsverfahrens erzielt werden, das sich zukünftig wesentlich transparenter darstellt und ohne Vermengung zahlreicher Wirtschaftsjahre auskommt.

Wie in den Vorjahren 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 der Grundsatzzfragen als auch als Verhandlungsebene im Vorfeld der erweiterten Landesausschüsse dient. Die inhaltliche Auseinandersetzung erstreckte sich überwiegend auf die Beratung der Anzeigeformulare für die pulmonale Hypertonie und die gynäkologischen Tumoren sowie die Klärung offener Rechtsfragen, die sich in solche allgemeinerer Art als auch solche, die sich im Zuge des im Vorjahr in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes und den damit einhergegangenen Neuerungen ergaben, teilten.

In Ergänzung zu den vorgenannten im Zusammenhang mit der Umsetzung des § 116b SGB V angefallenen Aufgaben, war das Referat IV auch in diesem Jahr erneut federführend mit der Organisation der seit 2012 bestehenden und mit der fortwährenden Umsetzung des § 116b SGB V befassten Arbeitsgruppe der Landeskrankenhausesellschaften (LKG-AG § 116b SGB V) betraut. Im Rahmen dieser LKG-AG fand eine Sitzung statt, zu der 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.

Landesschlichtungsausschuss NRW (§ 17c Abs. 4 KHG a. F.)

Mit Inkrafttreten der Änderungen durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 10.12.2015 in § 17c Abs. 4 und Abs. 4b KHG zum 01.01.2016 hat der vorläufige Landesschlichtungsausschuss Nordrhein-Westfalen (vLSA NRW) entsprechend der bereits erfolgten Abstimmung der Trägerorganisationen seine Tätigkeit zum 31.12.2015 eingestellt. Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 084/2016 vom 11.02.2016 hat die KGNW ihre Mitgliedskrankenhäuser darüber informiert, dass die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens vor Erhebung einer sozialgerichtlichen Klage mit Beginn des Jahres 2016 nicht mehr erforderlich ist.

Seit Beginn der Amtszeit des vLSA NRW am 01.09.2014 bis zum Stichtag 31.12.2015 sind insgesamt 850 Schlichtungsanträge bei der Geschäftsstelle eingegangen, von denen 427 Anträge in vier Spruchkörpern bearbeitet wurden. 41 Schlichtungsanträge wurden durch Rücknahme oder Unzulässigkeit beendet. In den restlichen bearbeiteten Verfahren wurden vom vLSA NRW 386 Schlichtungsvorschläge unterbreitet. Exakt die Hälfte der Schlichtungsvorschläge (193) wurde von beiden Parteien angenommen. Die anderen 193 Schlichtungsvorschläge wurden – vornehmlich von nur einer Partei – abgelehnt. Die Mehrzahl der Anträge (68 % der Fälle) wurde von Krankenhäusern eingebracht. In 21 Verfahren wurden von den Parteien ein freiwilliger „gemeinsamer“ Schlichtungsantrag gestellt (Streitwert über 2.000,- €).

Die Verfahren konnten entsprechend dem Eingang bis Mitte Juli 2015 bearbeitet, Verfahren mit Rechnungsdatum aus 2011 teilweise noch im November/Anfang Dezember 2015 zur Bearbeitung weitergeleitet werden. Im überwiegenden Teil der Verfahren aus 2011 und fast allen anderen laufenden Verfahren konnten noch spätestens im Dezember 2015 die erforderlichen Bescheinigungen ausgestellt werden. Derzeit ist noch ein Klageverfahren gegen den vLSA NRW auf Rücknahme des Schlichtungsvorschlags vor dem Sozialgericht anhängig. Entsprechend einer Mitteilung des Sozialgerichts ist die-

ses Verfahren auch zur Erörterung vorgesehen.

Alternativ zu dem bisherigen obligatorischen Schlichtungsverfahren regelt § 17 Abs. 4 KHG (neu), dass sich die Parteien gemeinsam und freiwillig auf eine unabhängige Schlichtungsperson verständigen können. Zweck ist die auch zukünftige Ermöglichung der Überprüfung der Ergebnisse einer MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V. Diese Möglichkeit wird in der Praxis bislang jedoch nicht umgesetzt.

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 haus-

ärztlichen 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 2016 den Vorsitz des Lenkungsausschusses übernommen, den landesbezogenen Bericht der Koordinierungsstelle NRW für das Jahr 2015 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 soll sich in Grenzfällen abstimmen und ggf. gemeinsame Prüfkriterien entwickeln. 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 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 2016 nicht erforderlich. Referat IV hat jedoch auch im Jahr 2016 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.

Selbstverwaltung Bundesebene

Die Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) nach § 17c Abs. 2 KHG

Die im Juli 2014 zwischen dem GKV-Spitzenverband sowie der DKG unter Einbeziehung der Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG abgeschlossene Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) nach § 17c Abs. 2 KHG wurde in der Krankenhauspraxis erheblich kritisiert. Daher ist diese durch die DKG fristgemäß zum 31.12.2015 gekündigt worden. Aufgrund dessen haben die DKG und der GKV-Spitzenverband über den Inhalt einer überarbeiteten Fassung der PrüfvV verhan-

delt und sich abschließend geeinigt. Über die wesentlichen Änderungen sowie die inhaltliche Bewertung des Verhandlungsergebnisses durch die DKG berichtete die KGNW mit dem Rundschreiben Nr. 585/2015 vom 22.12.2015.

Das Unterschriftenverfahren bezüglich der Überarbeitung der PrüfvV, der Vereinbarung über die elektronische Datenübermittlung nach § 11 Abs. 1 PrüfvV sowie der 13. Fortschreibung der 301-Vereinbarung ist Anfang des Jahres 2016 abgeschlossen worden. Alle drei Vereinbarungen treten zum 01.01.2017

in Kraft bzw. sind ab diesem Zeitpunkt anzuwenden (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 099/2016 vom 23.02.2016 und 166/2016 vom 08.04.2016). Um Auslegungsschwierigkeiten hinsichtlich einzelner Regelungen der überarbeiteten PrüfvV zu vermeiden, hatten der GKV-Spitzenverband und die DKG zum Ziel, im Laufe des Jahres 2016 gemeinsame Umsetzungshinweise zur neuen PrüfvV zu erarbeiten, um eine einheitliche Anwendung der überarbeiteten PrüfvV zum 01.01.2017 in der Praxis zu gewährleisten.

Die Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG gestalteten sich jedoch schwierig. Insbesondere war der GKV-Spitzenverband überwiegend nicht bereit, auf Änderungsvorschläge der DKG einzugehen. In der Sitzung des DKG-Fachausschusses „Recht und Verträge“ am 08.11.2016 einigten

sich die Vertreter der Landeskrankenhausesellschaften darauf, dass an gemeinsamen Umsetzungshinweisen festgehalten werden soll. Diese umfassen jedoch nur die zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband unstrittigen Punkte. Die DKG plant deshalb, eine Aufstellung aller dissidenten Punkte zu erarbeiten und sodann in Form eines Rundschreibens zu veröffentlichen.

Aufgrund des hohen Informationsbedarfs hinsichtlich der neuen PrüfvV hat die KGNW mit dem Rundschreiben Nr. 361/2016 vom 19.09.2016 die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ihrer Mitgliedskrankenhäuser zu einer Informationsveranstaltung „PrüfvV und Aufwandspauschalen“ am 01.12.2016 in Düsseldorf eingeladen. Damit soll die Möglichkeit des Informationsaustausches noch vor Inkrafttreten der überarbeiteten PrüfvV



Die KGNW hatte ihre Mitglieder zu einer Informationsveranstaltung „PrüfvV und Aufwandspauschalen“ am 01.12.2016 in Düsseldorf eingeladen.

geschaffen werden, um den Mitgliedskrankenhäuser einen einfacheren Umstieg auf die Neuregelungen zu ermöglichen.

Anfang des Jahres 2017 plant die KGNW eine zusätzliche Veranstaltung, um den Mitar-

beiter und Mitarbeiterinnen der Mitgliedskrankenhäuser, die im Dezember 2016 nicht an der Informationsveranstaltung teilnehmen können, eine weitere Möglichkeit zur Beantwortung ihrer Fragen und eine Hilfestellung zur PrüfvV zu geben.

Gesetzesinitiativen/-änderungen

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Verordnungsmöglichkeiten im Rahmen des Entlassmanagements

Bereits im vergangenen Jahr hat die KGNW darüber berichtet, dass mit dem am 23.07.2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Rahmen des Entlassmanagements dahingehende Neuerungen verbunden sind, 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 (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 374/2015 vom 27.08.2015).

Bis heute scheidet die konkrete Umsetzung allerdings weiterhin an den im § 39 Abs. 1a SGB V vorgegebenen Voraussetzungen. Demgemäß bedarf es neben einem gesonderten G-BA-Beschluss für sämtliche vorgenannten zu verordnenden Mittel einer

die Einzelheiten ausgestaltenden und auf Bundesebene zwischen der DKG, der KBV und dem GKV-SV zu treffenden Rahmenvereinbarung. Da diesbezüglich keine Einigung zwischen den Verhandlungspartnern erzielt werden konnte (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 182/2016 vom 22.04.2016 und Nr. 060/2016 vom 02.02.2016), setzte am 13.10.2016 das erweiterte Bundesschiedsamt den Rahmenvertrag nach § 39 Abs. 1a S 9 SGB V zum Entlassmanagement fest. Dieser Vertrag tritt jedoch erst zum 01.07.2017 in Kraft. Bis dahin können keine Verordnungen i. S. des § 39 Abs. 1a SGB V ausgestellt werden (KGNW-Rundschreiben Nr. 438/2016 vom 02.11.2016)

Terminservicestellen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe haben zum 23.01.2016 den im Zuge der Neuerungen durch das GKV-VSG im § 75 Abs. 1a SGB V verankerten Auftrag zur Einrichtung von Terminservicestellen, der der künftigen Reduzierung der Wartezeiten von Patienten auf Facharzttermine dienen soll, erfüllt. § 75 Abs. 1a SGB V sieht vor, dass, sofern die zuständige Terminservicestelle sich außer Stande sieht, die vorgesehenen Vermitt-

lungsfristen mittels eines Termins bei einem vertragsärztlichen Leistungserbringer einzuhalten, sie dem Patienten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus vorzuschlagen hat, sofern es sich nicht um eine Routineuntersuchung oder Bagatellerkrankung handelt.

Korrespondierend hiermit haben die KBV und der GKV-SV gem. § 75 Abs. 1a Satz 10 SGB V bereits am 16.12.2015 als Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) eine „Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen“ geschlossen. Diese Vereinbarung enthält mit Blick auf die von Krankenhäuser vorzunehmende „aushelfende“ ambulante Behandlung Regelungen, die in deutlichem Widerspruch zu der gesetzgeberischen Intention der §§ 75 Abs. 1a, 76 Abs. 1a sowie 120 Abs. 3a SGB V stehen. Im Kern wird durch die vorgenannte Anlage 28 des BMV-Ä die Einhaltung des Facharztstatus anstelle des Facharztstandards gefordert sowie die Beantragung und Verwendung der versorgungsspezifischen Betriebsstättennummer (BSNR) sowie der lebenslangen Arztnummer (LANR) für die behandelnden Krankenhausärzte verbindlich vorgegeben.

Die Geschäftsstelle hat gegenüber den Mitgliedskrankenhäusern ihre Bedenken hinsichtlich der seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen geforderten Beantragung einer LANR und des Vorhaltens des Facharztstatus geäußert. Gleichzeitig wurde empfohlen, bei Interesse an entsprechenden Terminvergaben, die Leistungsbereitschaft mittels eines von Referat IV erarbeiteten und

per Rundschreiben zur Verfügung gestellten Musterschreibens gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen und diese unter den Vorbehalt der Geltung der vom Gesetzgeber vorgesehenen Rahmenbedingungen zu stellen (KGNW-Rundschreiben Nr. 039/2016 vom 22.01.2016).

Krankenhäusern, die der vorgenannten Empfehlung gefolgt sind, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mitgeteilt, an den in der Anlage 28 des BMV-Ä gestellten Anforderungen festzuhalten und folglich die Teilnahme der Krankenhäuser an Terminservicestellenfällen von der Beantragung einer LANR sowie dem Vorhalten des Facharztstatus abhängig zu machen. Für Krankenhäuser, die der Empfehlung der KGNW gefolgt sind, bedeutet dies, dass die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung ihnen vorerst keine Terminservicestellenfälle vermitteln wird. Insofern ist allerdings zu beachten, dass sämtliche Beteiligte derzeit von einer allenfalls sehr geringen Inanspruchnahme der Krankenhäuser ausgehen, da die Kassenärztlichen Vereinigungen darum bemüht sind, vorrangig Vertragsärzte zu weiteren Terminvergaben zu mobilisieren.

Aus den vorgenannten Gründen hält die KGNW an ihrer Handlungsempfehlung fest, da auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die sich für eine gesetzeskonforme Umsetzung und eine entsprechende Änderung des BMV-Ä einsetzt, nur durch ein möglichst geschlossenes Auftreten der Krankenhäuser unterstützt werden kann.

Information und Beratung/aktuelle Rechtsprechung

Ablehnung der Zahlung bzw. Rückforderung der Aufwandspauschale infolge der Rechtsprechung des BSG zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit

Infolge der Rechtsprechung des BSG zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit verweigern die Krankenkassen häufig die Zahlung der Aufwandspauschale bei „Kodierprüfungen“ und insbesondere die AOK Rheinland/Hamburg fordert bereits gezahlte Aufwandspauschalen zurück.

Eine Musterverfahrensvereinbarung mit der AOK Rheinland/Hamburg ist leider gescheitert. Die AOK Rheinland/Hamburg hat Ende 2015 zahlreiche Klagen (flächendeckend) auf Rückerstattung von Aufwandspauschalen „bei Prüfungen in Kodierfragen“ erhoben (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 011/2016 vom 08.01.2016). Alle betroffenen Krankenhäuser müssen den Klageweg bis auf Weiteres individuell beschreiten. Die KGNW unterstützt die Mitgliedskrankenhäuser aufgrund dessen bei der flächendeckenden Klage und koordiniert diese, soweit möglich.

Hierzu hat die KGNW den betroffenen Krankenhäusern ein Muster für die Klageerwiderung zur Verfügung gestellt, um den Krankenhäuser zu helfen, die keinen Anwalt mandatiert haben, und um die Kosten und den Aufwand so gering wie möglich zu halten. Weiterhin hat die KGNW einen spezialisierten Rechtsanwalt ausgewählt, der ein Rechtsgutachten erarbeitet hat, welches der Musterklageerwiderung beigelegt

werden kann (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 029/2016 vom 18.01.2016 und Nr. 123/2016 vom 11.03.2016). Die KGNW ist ebenfalls um Vernetzung der bereits beteiligten Rechtsanwälte bemüht. Hierfür und hinsichtlich der Anzahl der Verfahren sowie der zu erwartenden Gerichtsentscheidungen ist die KGNW auf Informationen der Mitgliedskrankenhäuser angewiesen. Vereinzelt Verfahren werden von der KGNW im Rahmen des Prozesskostenfonds begleitet.

Zwischenzeitlich hatte die AOK Rheinland/Hamburg in zahlreichen Schriftsätzen beantragt, die Klagen mit Blick auf die beim LSG NRW anhängige Entscheidung des SG Gelsenkirchen vom 07.01.2016 ruhend zu stellen. Mit Rundschreiben Nr. 239/2016 vom 15.06.2016 hatte die KGNW empfohlen, diesem Antrag nicht zuzustimmen, da die aktuell beim LSG NRW in der Berufung anhängige Entscheidung des SG Gelsenkirchen nicht die flächendeckende Rückforderung von Aufwandspauschalen betrifft und sich nicht so dezidiert mit der BSG-Rechtsprechung auseinandergesetzt hat wie beispielsweise die Entscheidungen der Sozialgerichte Mainz, Detmold und Dortmund.

Am 13.09.2016 hat das SG Aachen mit zwei Entscheidungen (nicht rechtskräftig) die Klagen der AOK/Rheinland Hamburg auf Rückforderung der Aufwandspauschale zugunsten der Krankenhäuser abgewiesen. Daraufhin hat die KGNW ihre Empfehlung dahingehend geändert, dass unter Verweis auf die Aktenzeichen dieser Urteile dem

Antrag der AOK Rheinland/Hamburg auf Ruhendstellung der Verfahren in Sachen Rückforderung von Aufwandspauschalen nun zugestimmt werden kann (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 365/2016 vom 20.09.2016)

In Bezug auf bereits gezahlte Aufwandspauschalen aus 2012 hat die IKK classic begonnen, Verjährungsverzichtserklärungen einzufordern, und hat bei Nichtunterzeichnung mit Verrechnung gedroht. Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 365/2016 vom 20.09.2016 hat die KGNW den Krankenhäusern geraten, die Verzichtserklärung nicht zu unterzeichnen und der Verrechnung durch die IKK classic unter Hinweis auf das Verrechnungsverbot in Nordrhein-Westfalen sowie die positiven Entscheidungen des SG Aachen zu widersprechen. Hierfür hat die KGNW ein Musterschreiben zur Verfügung gestellt. Für diejenigen Krankenhäuser, die dennoch eine Verjährungsverzichtserklärung unterzeichnen wollen, hat die KGNW eine eigene Verzichtserklärung erarbeitet, da das Muster der IKK classic erhebliche Mängel aufwies. Das von der KGNW erstellte Muster wurde den Krankenhäusern ebenfalls mit dem o. g. Rundschreiben zur Verfügung gestellt.

Weiterhin ist zu berichten, dass das vom BSG „erfundene“ sachlich-rechnerische Prüfregime zunehmend von den Sozialgerichten als unzulässige Rechtsauslegung bzw. Rechtsfortbildung eingestuft und nicht mitgetragen wird. Dieses „Prüfinstitut“ sollte durch die gesetzliche Klarstellung des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V zumindest für Zukunft nicht mehr relevant sein.

Trotz der zunehmenden Kritik hat das BSG mit Urteilen vom 25.10.2016 in vier Fällen entschieden, dass vor dem 01.01.2016 durchgeführte Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung auch bei fehlender Rechnungsminde rung keine Pflicht der Krankenkasse zur Zahlung der Aufwandspauschale auslösen. Die Neuregelung des § 275 Abs. 1c Satz 4 gelte demnach nicht rückwirkend (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 462/2016 vom 15.11.2016). Derzeit liegt nur der Terminbericht des BSG vom 26.10.2016 vor. Eine genauere Analyse der Urteile ist daher erst mit Vorliegen der Entscheidungsgründe möglich.

Die mit den KGNW-Musterverfahren „Rückforderung von Aufwandspauschalen“ geführte Streitfrage wurde jedoch nicht entschieden und ist weiterhin offen.

Ambulante Notfallbehandlung

Neue Abrechnungssystematik mit rückwirkender Geltung zum 01.01.2008

Einen weiteren Beratungsschwerpunkt im Jahr 2016 betraf die vom Bewertungsausschuss neu geschaffene und von den Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzte Abrechnungssystematik im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung.

Das Bundessozialgericht hatte in seinen Urteilen vom 12.12.2012 (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 rückwirkend beseitigt (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 503/2012 vom 21.12.2012 und Nr. 156/2013 vom 22.04.2013).

Diese Vorgaben des Bundessozialgerichts veranlassten den Bewertungsausschuss zu seinen in den 341., 344. und 354. Sitzungen gefassten Beschlüssen, die die Erhöhung der Punktzahlen für die die Mehrfachkontakte ausweisenden Gebührenordnungspositionen, die rückwirkende Aufspaltung der bisherigen Notfallpauschale je nach zeitlicher Inanspruchnahme sowie die ersatzlose und

rückwirkende Streichung der Besuchsbereitschaftspauschale vorsahen. Der Umstand, dass eine rückwirkende Korrektur bestandskräftiger Honorarbescheide ausscheidet, hat zur Folge, dass die Neuerungen erneut lediglich diejenigen Krankenhäuser, die quartalsweise Widersprüche gegen die um die Besuchsbereitschaftspauschalen reduzierten Abrechnungs-/Honorarbescheide eingelegt haben, tangieren. Folglich hat der Bewertungsausschuss sich über die Vorgaben des Bundessozialgerichts hinweggesetzt, indem er Beschlüsse gefasst hat, auf deren Grundlage eine nachträgliche Vergütung der Besuchsbereitschaftspauschalen für den Zeitraum vom 01.01.2008 bis zum 31.03.2015 seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen ausscheidet und eine Manifestierung der Ungleichbehandlung erfolgt (KGNW-Rundschreiben Nr. 063/2015 vom 09.02.2015, Nr. 100/2015 vom 03.03.2015, Nr. 172/2015 vom 10.04.2015, Nr. 302/2015 vom 08.07.2015, Nr. 357/2015 vom 11.08.2015).

Die Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses wurde von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlich betrieben:

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat die seitens der Krankenhäuser quartalsweise eingelegten Widersprüche gegen die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen und die sich anschließenden Abrechnungsbescheide aus dem Zeitraum 1/2008 bis 1/2015 auf Grundlage der vom Bewertungsausschuss beschlossenen rückwirkenden

Änderungen des EBM abschließend mittels eines Widerspruchsbescheides beschieden. Aufgrund des damit umgesetzten rückwirkend ersatzlosen Wegfalls der Besuchsbereitschaftspauschale hat die KGNW den betroffenen Krankenhäusern empfohlen, zur Verhinderung der Bestandskraft des in der Gesamtschau benachteiligenden Widerspruchsbescheides fristgemäß Klage zu erheben (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 242/2016 vom 15.06.2016). Zu diesem Zweck hat die Geschäftsstelle eine Musterklageschrift mit dem die KGNW-Musterverfahren führenden Prozessanwalt abgestimmt und den Mitgliedshäusern zur Verfügung gestellt. Die vorgenannte Musterklageschrift kann zur Klärung der abstrakten Rechtsfragen der Besuchsbereitschaftspauschalen und des floatenden Punktwertes genutzt werden (KGNW-Rundschreiben Nr. 263/2016 vom 01.07.2016).

Die KGNW konnte zudem zwecks Geringhaltung des administrativen und finanziellen Aufwandes mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Einigung hinsichtlich des Betriebes von drei Musterverfahren erreichen, in deren Folge mit Ausnahme der Musterverfahrenshäuser alle übrigen Verfahren bis zum Abschluss des Instanzenzuges ruhend gestellt werden konnten (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 347/2016 vom 06.09.2016).

Aufgrund der formalen Umsetzung der in den vorgenannten Widerspruchsbescheiden ausgewiesenen Nachvergütungsbeträge im Abrechnungsbescheid für das Quartal I/2016, bedurfte es – trotz aktuell fehlender

Ungleichbehandlung, die quartalsweise Widersprüche erforderlich machen würde – ausnahmsweise eines Widerspruches gegen den vorgenannten Abrechnungsbescheid unter Hinweis auf die in dieser Sache bereits anhängige. Auch insoweit hat Referat IV den Mitgliedskrankenhäusern einen Musterwiderspruch zur Verfügung gestellt Klage (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 296/2016 vom 27.07.2016).

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) hat dagegen Krankenhäusern aus ihrem Landesbereich vermeintliche Vergleichsangebote unterbreitet, die die vorgenannten rückwirkenden Änderungen des EBM umsetzen und zugleich einen krankenseitigen Verzicht auf die Besuchsbereitschaftspauschale enthalten. Die Geschäftsstelle hat den betroffenen Krankenhäusern unter ausführlicher rechtlicher Würdigung und Zurverfügungstellung eines entsprechenden Musterschreibens ausdrücklich davon abgeraten, diesen für sie in der Gesamtschau höchst ungünstigen Vergleich abzuschließen, da die KVWL lediglich die vom Bewertungsausschuss gefassten Beschlüsse umsetzt und den Krankenhäusern gleichwohl suggeriert, zu ebendieser Nachvergütung nicht verpflichtet zu sein, indem sie zur Auszahlung der darin ausgewiesenen Nachvergütungsbeträge nur bereit war, sofern die betroffenen Krankenhäuser im Gegenzug – trotz entgegenstehender höchstrichterlicher Rechtsprechung – ihre Widersprüche für erledigt erklären und infolgedessen auf die Geltendmachung der Besuchsbereitschaftspauschalen verzichten (KGNW-Rundschreiben Nr. 221/2016 vom 30.05.2016).

Darauf folgend hat die KVWL die KGNW im Oktober 2016 darüber informiert, dass die von den Krankenhäusern in Sachen Besuchsbereitschaftspauschale (Quartale I/2009 bis I/2015) eingelegten Widersprüche beschieden und die Widerspruchsbescheide voraussichtlich Mitte November 2016 versendet werden. Die KGNW geht davon aus, dass die Widersprüche auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss beschlossenen rückwirkenden Änderung des EBM bezüglich der ambulanten Notfallbehandlung und des damit einhergehenden ersatzlosen Wegfalls der Besuchsbereitschaftspauschale dahingehend negativ beschieden werden. Bedauerlicherweise lehnt es die KVWL

ab, den Ausgang der mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein abgestimmten Musterverfahren in Sachen Besuchsbereitschaftspauschale abzuwarten bzw. sich der in diesen Verfahren getroffenen Entscheidung anzuschließen. Die KVWL ist weiterhin nicht bereit, entsprechende Musterverfahren mit der KGNW abzustimmen. Die KGNW empfiehlt daher gegen die Widerspruchsbescheide fristgerecht Klage zu erheben und versucht weiterhin Musterverfahren mit der KVWL abzustimmen, um den Aufwand zu minimieren. Eine rudimentäre Musterklage wird den Krankenhäusern ebenfalls zur Verfügung gestellt werden (KGNW-Rundschreiben Nr. 446/2016 vom 07.11.2016).

Floatender Punktwert

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein sah ab dem 01.10.2014 für Leistungen der ambulanten Notfallversorgung außerhalb des organisierten ärztlichen Notfalldienstes einen floatenden Punktwert vor, der aus rechtlicher Perspektive nicht zu beanstanden war (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 222/2015 vom 2015). Gleichwohl ließ sich aus dem Umstand, dass der gestaffelte Punktwert im 4. Quartal 2014 ausschließlich bei der Abrechnung ambulanter Notfallleistungen der Krankenhäuser Anwendung fand und im vertragsärztlichen Bereich erst ab dem 01.01.2015 umgesetzt wurde, eine weitere Ungleichbehandlung herleiten.

Einzig für das relevante 4. Quartal 2014 hat Referat IV den betroffenen Mitgliedskran-

kenhäusern im Landesbereich Nordrhein empfohlen, im Rahmen der quartalsweisen Widersprüche neben den fehlenden Besuchsbereitschaftspauschalen ausdrücklich auch den gestaffelten Punktwert zu rügen.

Vor dem Hintergrund, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein im Rahmen der vorgenannten Widerspruchsbescheide auch den floatenden Punktwert in der oben beschriebenen und eine Ungleichbehandlung darstellenden Art und Weise umgesetzt hat, wird auch dieser Punkt Inhalt der erwähnten Musterverfahren werden.

Der seit dem 01.01.2015 daneben eingeführte abgestaffelte Punktwert für Notfallleistungen innerhalb der Notdienstzeiten führt hingegen keine Ungleichbehandlung herbei,

da die Regelungen ab diesem Zeitpunkt für sämtliche Leistungserbringer entsprechend umgesetzt wurden.

Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V – Urteil des BSG

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 364/2016 vom 20.09.2016 berichtete die Geschäftsstelle über eine Entscheidung des BSG vom 31.05.2016 (B 1 KR 39/15 R). Darin setzte sich der 1. Senat des BSG mit Abrechnungsfragen im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V auseinander.

Das BSG stellt zunächst fest, dass für die Abrechnung der Grundpauschale im Rahmen einer Weiter- und Mitbehandlung nach fachgleicher Überweisung ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich sei, der eine direkte Interaktion voraussetze. Der Kontakt am Operationstag sei daher nicht geeignet, die Abrechenbarkeit der Grundpauschale zu erfüllen, wenn der Patient dabei narkotisiert sei und deshalb keine Kommunikation mit dem Arzt erfolgen könne. Damit beendete das BSG einen jahrelangen Abrechnungstreit. Auswirkungen auf die Krankenhäuser hat die Entscheidung insofern, als dass die Abrechnung der Grundpauschale bei fachgleicher Überweisung neben der Konsultationspauschale zwar grundsätzlich möglich ist, jedoch einen zusätzlichen Arzt-Patienten-Kontakt, bei dem eine direkte Kommunikation stattfindet, voraussetzt.

Des Weiteren entschied das BSG, dass präoperative Laboruntersuchungen im Rah-

men des ambulanten Operierens nur dann abgerechnet werden können, wenn sie nach § 1 des AOP-Vertrages als AOP-Leistung mitgeteilt worden seien und es sich um fachgebietsbezogene Leistungen handele. Eine fehlende Mitteilung könne auch nicht als Annex zu einer von der Mitteilung umfassten Katalogleistung nach § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag ersetzt werden, weil dies nur hinsichtlich fachgebietsbezogener Leistungen möglich sei. Die Festlegung der Fachgebietsgrenzen für ambulante Operationen nimmt das BSG wiederum nach der zur Zeit der Leistungserbringung geltenden Weiterbildungsordnung vor. Da präoperative Laborleistungen demnach nicht zum Fachgebiet der Gynäkologie zählten, verneinte das BSG einen Vergütungsanspruch.

Die Entscheidung des BSG widerspricht aus Sicht der Geschäftsstelle sowie der DKG sowohl dem Sinn und Zweck als auch dem Regelungsgehalt des AOP-Vertrages. So sind prä-, intra- und postoperative Leistungen per Se nicht Gegenstand des AOP-Kataloges und dementsprechend auch nicht für eine Mitteilung vorgesehen. Zum anderen lässt das BSG bei seiner Entscheidung außer Acht, dass die Frage der Fachgebietsbezogenheit anhand der Abrechnungsbestimmungen des EBM über fachgebietsbezogene diagnostische Leistungen und nicht anhand des alleinigen Abstellens auf die Weiterbildungsordnung zu beantworten ist. Die DKG hat sich mittlerweile mit dem GKV-Spitzenverband in Verbindung gesetzt, um eine gemeinsame Verständigung der Vertragspartner des AOP-Vertrages zu dieser Problematik zu erreichen.

Radiojodtherapie

Mit Urteil vom 17.11.2015 (Az.: B 1 KR 18/15 R) hat das BSG in Bezug auf die vollstationäre Durchführung einer Radiojodtherapie eine aus Sicht der KGNW sachgerechte Entscheidung getroffen: Darf aufgrund der Rechtsordnung eine medizinisch notwendige Versorgung nur stationär erbracht werden, ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen erforderlich. Die GKV hat bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die rechtlichen Strukturvorgaben zu beachten, nicht damit in Einklang stehende Behandlungen dürfen von der Krankenkasse

nicht gewährt werden. Auch in den Fällen, in denen sich aus der Rechtsordnung die Pflicht zur vollstationären Behandlung ergibt, erfolgt die vollstationäre Aufnahme ausschließlich aus medizinischen Gründen. In diesen Fällen ist die vollstationäre Leistungserbringung alternativlos und aus medizinischen Gründen erforderlich. Sieht die Rechtsordnung ausschließlich eine vollstationäre Leistungserbringung vor, entfällt dadurch nicht die medizinische Indikation (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 023/2016 vom 15.01.2016).

Weitergeltung vereinbarter Entgelte für NUB

Hinsichtlich der Weitergeltung vereinbarter Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 061/2016 vom 02.02.2016 über ein Urteil des Landessozialgerichts Hessen vom 17.09.2015 (Az.: L 8 KR 96/13) berichtet. § 15 Abs. 2 KHEntgG gilt laut diesem Urteil auch für fallbezogene Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) i. S. des § 6 Abs. 2 KHEntgG. Vereinbarte Entgelte für eine NUB gelten daher weiter, bis ein neues Entgelt dafür vereinbart oder von der Schiedsstelle festgelegt wird.

Mit dieser Entscheidung ist – soweit ersichtlich – erstmals obergerichtlich festgestellt worden, dass § 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG auch auf NUB-Entgelte anwendbar ist. Nach Ablauf der Geltungsdauer einer NUB-Vereinbarung können die bis dahin vereinbarten krankenhausespezifischen Entgelte somit der Höhe nach weiter erhoben werden. Dies gilt jedenfalls dann, wenn das Krankenhaus die Voraussetzungen einer neuen NUB-Vereinbarung für den Folgezeitraum erfüllt, da diese nach Ansicht des LSG Hessen den Rechtsgrund für die Erhebung darstellt.

Festsetzung einer Mindestmengenanzahl für Perinatalzentren

Weiterhin hat das BSG mit Urteil vom 17.11.2015 (Az.: B 1 KR 15/15 R) entschieden, dass die Festsetzung einer Mindestmengenanzahl von 14 Geburten für die Versorgung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener in Perinatalzentren des Levels 1 durch den G-BA rechtmäßig erfolgt ist. Weder das Verfahren der Entscheidungsfindung des G-BA noch die konkrete Festlegung der Mindestmengenanzahl von 14 Geburten mit einem Gewicht von unter 1.250 g seien zu beanstanden. In diesem Urteil hat der 1. Senat des BSG seine Auffassung deutlich gemacht, dass eine Mindestmengenregelung

ein Instrument der Qualitätssicherung ist. Handelt es sich um eine planbare Leistung, bei der die Erwartung berechtigt ist, dass ein Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität besteht, ist eine Mindestmengenregelung alternativlos. Dies bedeutet, dass eine Abwägung, ob ein milderes, aber gleich wirksames Qualitätssicherungsinstrument besteht, das weniger einschneidend als die Mindestmengenregelung ist, künftig nicht mehr vorgenommen werden muss (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 192/2016 vom 29.04.2016).

Personalanforderungen der QBAA-RL

Mit Rundschreiben Nr. 371/2016 vom 22.09.2016 hat die KGNW über das Urteil des BSG vom 19.04.2016 (Az.: B 1 KR 28/15 R) zu den personellen Voraussetzungen der G-BA Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauch-aortenaneurysma (QBAA-RL) informiert. Die von der QBAA-RL geforderten personellen und fachlichen Anforderungen sind demnach von Krankenhäusern vollumfänglich zu erfüllen. Dazu gehört auch das Absolvieren eines Leitungslehrganges durch die Stationsleitung der Intensivstation auf Grundlage einer entsprechenden DKG-Empfehlung. Fehlt es daran, darf das Krankenhaus die Leistung nicht gegenüber Patienten der GKV erbringen. Mit diesem Urteil macht das BSG deutlich, dass Merkmale der Struktur-

qualität, die zulässigerweise in Richtlinien des G-BA festgelegt werden, durch die Krankenhäuser bei entsprechender Leistungserbringung vollumfänglich zu erfüllen sind. Nur wenn die vorgegebenen Qualitätsstandards eingehalten werden, kann die jeweilige Leistung gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden. Welche Qualitätsanforderungen in personeller und/oder sachlicher Hinsicht dabei vom Krankenhaus zu berücksichtigen sind, muss unter strenger Beachtung des Wortlauts der jeweiligen G-BA-Richtlinie ermittelt werden.

Beratungen zur PrüfvV

In Beratungsgesprächen mit den Mitgliedskrankenhäusern wurde häufig problematisiert, ob es sich bei der Vierwochenfrist zur Unterlagenübersendung gem. § 7 Abs. 2 S. 3 der derzeit gültigen PrüfvV um eine Ausschlussfrist handelt. Mit einer Entscheidung des SG Köln vom 04.05.2016 wurde dies in Nordrhein-Westfalen erstmals bejaht. Das SG hat diese Regelung auch als von der Ermächtigungsnorm des § 17c Abs. 2 KHG gedeckt angesehen. Aus Sicht der KGNW führt diese Auslegung der PrüfvV zu einer untragbaren Beweislastverteilung zu Lasten der Krankenhäuser und einer letztlich von der Kasse autark bestimmbaren Höhe des unstrittigen Rechnungsbetrages. Die Rechtsfolge dieser Entscheidung ist, dass aufgrund der bloßen Einleitung eines Verdachts-/Standardprüfauftrages (ohne Vortrag ernsthafter und substantiierter Zweifel) den Krankenhäusern die Vergütung verwehrt wird. Die Berufung gegen dieses Urteil ist vor dem LSG NRW anhängig. Ob die Verlängerung der Unterlagenübersendungsfrist in der ab dem 01.01.2017 geltenden PrüfvV zu einer Verbesserung führt, bleibt abzuwarten.

Ferner ist zu beobachten, dass die Krankenkassen (Knappschaft, AOK, teilweise Barmer GEK) vermehrt die Übersendung der Einweisungsscheine von den Krankenhäusern fordern. Übermitteln die Krankenhäuser diese nicht, erfolgt keine Vergütung durch die Krankenkassen. Zur Begründung wird dabei auf § 3 S. 2 PrüfvV verwiesen, wonach die Prüfung auf der Grundlage der Daten, die von den Krankenhäusern nach § 301

SGB V in Verbindung mit den hierzu getroffenen Vereinbarungen korrekt und vollständig zu übermitteln sind. Die Kassen berufen sich sodann auf Punkt 1.2. der Anlage 5 zur § 301-Vereinbarung (Durchführungshinweise), wonach der durch den einweisenden Vertragsarzt auszustellende Vordruck „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ (Einweisungsschein) an die zuständige Krankenkasse zu schicken ist. Anderenfalls werde die Abrechnung der Krankenhäuser nicht fällig. Aus Sicht der KGNW und der DKG besteht weder eine gesetzliche noch eine aus der Rechtsprechung abzuleitende Verpflichtung der Krankenhäuser, die Einweisungsscheine zu übermitteln. Dennoch ist zu bedenken, dass es einen vergleichbaren Verweis wie in der PrüfvV vorher nicht gegeben hat. Da die PrüfvV auf die Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V verweist und die Durchführungshinweise nach § 9 Abs. 3 der Datenübermittlungsvereinbarung als Anlagen Bestandteil dieser Vereinbarung sind, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Sozialgerichte im Klageverfahren der Auffassung der Krankenkassen folgen.

Ein weiterer Beratungsschwerpunkt war die Frage, ob im Rahmen der PrüfvV (Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V) Begehungen durch nichtärztliche Mitarbeiter des MDK durchgeführt werden dürfen. Eine belastbare Anspruchsgrundlage für Krankenhäuser zur Begutachtung durch MDK-Ärzte lässt sich aus Sicht der KGNW nicht erkennen. Der Medizinische Dienst ist hinsichtlich seiner Personalaufstellung gesetzlich nicht auf Ärzte be-

schränkt. § 279 Abs. 5 SGB V besagt, dass die Fachaufgaben des medizinischen Dienstes von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen werden. Infolgedessen kann die Regelung des § 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V wohl nur als ein Indiz dafür gesehen werden, wonach lediglich Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt sein sollen, die Räume des Krankenhauses zu betreten. Aus diesen Gründen erscheinen die Erfolgsaussichten gering, durch Information der Auf-

sichtsbehörde des Medizinischen Dienstes gegen diesen vorzugehen. Daher verbleibt nur die Möglichkeit, im Wege der Klage dem Gutachten des Medizinischen Dienstes, das im Gerichtsverfahren den Parteivortrag der Krankenkasse darstellt, entgegenzutreten. Die gleichen Grundsätze gelten aus unserer Sicht auch für die Erstellung von Gutachten durch nichtärztliche Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes.

Wahlleistungen durch Honorarärzte

Nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 16.10.2014 (III ZR 85/14) können Honorarärzte zwar allgemeine Krankenhausleistungen erbringen, nicht jedoch wirksam in die interne Wahlarztkette einbezogen werden. Der BGH hat mit diesem Urteil – bestätigt durch das Bundesverfassungsgericht – die Möglichkeiten eines Krankenhausträgers, wahlärztliche Leistungen auch durch Honorarärzte erbringen zu lassen, deutlich eingeschränkt und entschieden, dass ein im Krankenhaus tätiger Honorararzt seine operative Tätigkeit gegenüber Patienten nicht als Wahlleistungen i. S. des § 17 KHEntG erbringen und im Wege individueller Vergütungsabrede gesondert abrechnen könne. Nach Auffassung des BGH lege § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntG den Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte abschließend fest. Eine Wahlleistungsvereinbarung mit dem Krankenhausträger oder eine gesonderte Vergütungsvereinbarung mit dem behandelnden Arzt, die davon ab-

weichen, seien gem. § 134 BGB nichtig. Über das Urteil des BGH zur Liquidation wahlärztlicher Leistungen durch Honorarärzte hat die Geschäftsstelle mit den KGNW-Rundschreiben Nr. 337/2015 vom 27.07.2015, Nr. 493/2014 vom 25.11.2014 und Nr. 449/2014 vom 22.10.2014 ausführlich informiert. Somit dürfte allein die Anstellung weiterhin als (derzeit) rechtssicherste Variante für die wahlärztliche Erbringung von Kernleistungen im Krankenhaus in Betracht kommen.

Der Auffassung des BGH folgten bereits mehrere Instanzgerichte. Aktuell hat das Landgericht (LG) Stuttgart mit Urteil vom 04.05.2016 (Az.: 13 S 123/15) – unter Bezugnahme auf das Urteil des BGH – entschieden, dass eine Erweiterung des Kreises der liquidationsberechtigten Ärzte gegenüber den Vorgaben des § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntG in einer Wahlleistungsvereinbarung unzulässig sei, mit der Rechtsfolge, dass die Wahlleistungsvereinbarung insgesamt unwirksam

sei und der Wahlarzt keinen Vergütungsanspruch habe. Die Revision wurde nicht zugelassen, weil aus Sicht des LG sämtliche entscheidungserheblichen Rechtsfragen vom BGH bereits geklärt seien. Gegen die Entscheidung ist Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt worden. Auch wenn das Urteil des LG Stuttgart somit noch nicht rechtskräftig ist, gibt es dennoch Anlass, erneut davor zu warnen, sowohl bei der Formulierung der Wahlleistungsvereinbarung als auch bei der Formulierung der nach § 17 Abs. 2 KHEntgG erforderlichen Patienteninformation eine vom Wortlaut der gesetzlichen Vorschriften abweichende Formulierung zu wählen.

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 231/2016 vom 09.06.2016 und Nr. 267/2016 vom 04.07.2016 hat die Geschäftsstelle über diese Entscheidung informiert und den Krankenhausträgern dringend geraten, ihre Wahlleistungsvereinbarungsformulare zu überprüfen und ggf. anzupassen, um Liquidationsausfälle zu vermeiden.

Die KGNW setzt sich auf Bundesebene für eine entsprechende positivrechtliche Klärstellung zur Zulässigkeit der Erbringung wahlärztlicher Leistungen auch durch Honorarärzte ein.

Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten

Krankenhäuser sind bei Kooperationen mit Honorarärzten sowie auch im pflegerischen Bereich von der Problematik einer möglichen Scheinselbstständigkeit betroffen. Letztlich kommt es für die Beantwortung der Frage, welches Rechtsverhältnis im konkreten Fall vorliegt, stets auf eine Gesamtwürdigung aller maßgebenden Umstände des Einzelfalles an. Sowohl die arbeitsrechtliche als auch die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung der Honorararztstätigkeit orientiert sich nach der Rechtsprechung an den Kriterien der Weisungsgebundenheit und der organisatorischen Einbindung.

Die Sozialgerichtsbarkeit hat in den letzten Jahren vermehrt über den sozialversicherungsrechtlichen Status von Honorarärzten und Honorarpflegekräften im Krankenhaus

entschieden. Die Mitglieder wurden per Rundschreiben informiert (KGNW-Rundschreiben Nr. 344/2014 vom 18.08.2014 zum sozialversicherungsrechtlichen Status von Honorarärzten; KGNW-Rundschreiben Nr. 356/2015 vom 11.08.2015 zur Scheinselbstständigkeit von Honorarpflegekräften).

Während eine selbstständige, honorarärztliche Tätigkeit in bestimmten Bereichen unter Einhaltung einzelner Voraussetzungen auch nach derzeitiger Rechtslage noch gestalt- und umsetzbar erscheint, dürfte dies für Honorarpflegekräfte im Krankenhaus nach Auffassung der Geschäftsstelle kaum noch möglich sein. Die von personellen Engpässen im Pflegebereich betroffenen Krankenhausträger müssen Auslastungsspitzen mit kurzen Teilzeitanstellungen oder im

Wege der Arbeitnehmerüberlassung von einem Personaldienstleister oder einer anderen Klinik ausgleichen, um nicht das Risiko der Nachentrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen und weiteren Sanktionen der Scheinselbstständigkeit einzugehen.

Aus dem Mitgliederbereich wurde insbesondere über Prüfungen der Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) berichtet. Danach geht die Tendenz derzeit in die Richtung, dass die DRV zunächst bei jeglicher Tätigkeit von Honorarärzten im Krankenhaus ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis unterstellt. Die Entscheidungen zur Statusfeststellung durch die

DRV sind zeitweilig kaum nachzuvollziehen, wodurch weitere sozialgerichtliche Verfahren vorprogrammiert sind. Vereinzelt wird auch über Durchsuchungen der Zollfahndung im Rahmen von Ermittlungen wegen Beschäftigung von Scheinselbstständigen berichtet. Die Feststellung einer schein-selbstständigen Mitarbeit ist neben den arbeitsrechtlichen Folgen mit Nachzahlungen von Beiträgen zur Gesamtsozialversicherung, Unfallversicherung, Zusatzversorgung und ggf. Lohnsteuer verbunden. Letztlich besteht auch die Möglichkeit, wegen Vor-enthaltung und Veruntreuung von Arbeitsentgelt nach § 266a StGB und Steuerhinterziehung nach § 370 AO strafrechtlich belangt zu werden.

Honorarärzte im Rettungsdienst

Derzeit sorgt auf Bundesebene insbesondere die Rechtsprechung zur Frage der Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten im Rettungsdienst für Verunsicherung. Aktuell hat das Bundessozialgericht (BSG) die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ein Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Mecklenburg-Vorpommern vom 28.04.2015 (L 7 R 60/12) abgewiesen (KGNW-Rundschreiben Nr. 348/2016 vom 07.09.2016). Das Urteil des LSG, in dem dieses die Sozialversicherungspflicht von im Rettungsdienst des Landes Mecklenburg-Vorpommern auf Honorarbasis beschäftigten Notärzten bestätigt hatte, ist somit in Rechtskraft erwachsen. Berücksichtigt man jedoch in diesem Kontext, dass Honorar-Notärzte schon aus der Natur dieser Tätigkeit heraus eher weisungsun-

abhängig agieren, ist folglich nicht auszuschließen, dass diese Rechtsprechung auch für die honorarärztliche Tätigkeit in Krankenhäusern Relevanz entfalten könnte. In NRW haben bisher die Sozialgerichte Duisburg (Urteil vom 22.03.2013, S 21 R 1532/12, bestätigt vom LSG NRW mit Beschluss vom 30.12.2013, L 8 R 406/13 B ER) und Detmold (Urteil vom 17.11.2009, S 8 R 219/06) eine abhängige Beschäftigung von Notärzten verneint.

Ressortübergreifende Abstimmung auf Bundesebene

Der Stellenwert, den die honorarärztliche Tätigkeit in der Versorgungspraxis zwischenzeitlich eingenommen hat, wurde auf Bundesebene in einem verbände- und ressortübergreifenden Fachgespräch beraten. Die aktuelle Rechtsprechung könnte den Handlungsdruck in der Politik zur Lösung des Problems möglicherweise erhöhen, da insbesondere in Flächenländern negative

Auswirkungen auf die Sicherstellung von rettungsdienstlichen Leistungen befürchtet werden. Die beteiligten Ministerien wollen zusammen mit der DRV hierzu eine ressortübergreifende Abstimmung vornehmen (siehe KGNW-Rundschreiben Nr. 312/2016 vom 04.08.2016). Eine entsprechende Gesetzesinitiative wird derzeit diskutiert.

Fazit

Der Einsatz von Honorarkräften bleibt weiterhin problembehaftet und dürfte auch aus finanzieller Sicht zukünftig noch unattraktiver sein. An der ursprünglichen Emp-

fehlung, Ärzte nach Möglichkeit in einem Angestelltenverhältnis zu beschäftigen, um das höchste Maß an Sicherheit zu erlangen, ändert sich nichts.

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und EU-Notfallpatienten

Behandlung von Flüchtlingen

Aufgrund bestehender Unsicherheiten bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen bei der Behandlung von Flüchtlingen hat sich die Geschäftsstelle mit der Bitte um Unterstützung an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) gewandt. Die im Rahmen der Besprechung im MGEPA, an der auch Vertreter der Bezirksregierung Arnsberg sowie des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW teilgenommen haben, erwirkten Informationen und Klarstellungen wurden den Mitgliedern zur Verfügung gestellt (KGNW-Rundschreiben Nr. 584/2015 vom 22.12.2015, Nr. 048/2016 vom 27.01.2016, Nr. 054/2016 vom 28.01.2016).

Umfrage zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen sowie EU-Notfallpatienten hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft über die Landeskrankenhausgesellschaften eine bundesweite Umfrage zur Versorgungssituation durchgeführt. Die Abfrage sollte dazu dienen, das Versorgungsaufkommen in den Krankenhäusern einzuschätzen und ausstehende Abrechnungssummen bzw. nicht gedeckte Kosten der Versorgung zu erfassen.

An der Umfrage in NRW haben sich 63 Krankenhäuser (von insgesamt 342 Mitgliedskrankenhäusern; Beteiligungsquote: 18,42 %) beteiligt. Die erwartete Fallzahlsteigerung (1. Halbjahr/2. Halbjahr bis 30.11.2015) wird in der ambulanten sowie in der stationären Versorgung auch anhand der gemeldeten Zahlen deutlich und liegt z. B. bei den registrierten Flüchtlingen zwischen ca. 180 % (stationäre Behandlungen), 220 % (ambulante Behandlungen außerhalb der Erstaufnahmeuntersuchung) und 370 % (Erstaufnahmeuntersuchungen).

Umfrage zur Behandlung von EU-Notfallpatienten

Aus Sicht der Geschäftsstelle bestehen derzeit die größten Probleme bei der Kostensicherung im Rahmen der Behandlung von Notfallpatienten aus EU-Mitgliedstaaten. Die Krankenhäuser betreiben hier einen extrem hohen administrativen Aufwand zur Kostensicherung, leider häufig ohne Erfolg. Die Zahl der ausländischen Patienten ohne Versicherungsschutz oder mit unklarem Versicherungsstatus, insbesondere aus südöstlichen EU-Mitgliedstaaten, ist in der vergangenen Zeit stark angestiegen. Für viele Krankenhäuser, vor allem in Kommunen, die Zuwanderungsschwerpunkte sind, ist es in zahlreichen Fällen nicht möglich, die Rechnungen für notwendige Behandlungen zu realisieren. Insgesamt wird die Problemlage bei den EU-Patienten mit der Abfrage bestätigt: Im Rahmen der ambulanten Not-

fallbehandlungen sind den Krankenhäusern nach den vorliegenden Zahlen derzeit über 50 % und in der stationären Versorgung über 30 % der Kosten noch nicht erstattet worden (bezogen auf das gesamte Jahr bis zum 30.11.2015).

Letztlich geht die Nichtaufklärbarkeit des Sachverhalts aufgrund der gesetzlichen Beweislastverteilung immer zulasten des Krankenhauses als Nothelfer. Krankenhäuser, die sich ihrer Behandlungspflicht stellen, erhalten daher in der Praxis in vielen Fällen keinerlei Erstattung für die entstandenen Behandlungskosten. Der realisierbare Nothelferanspruch deckt in der Praxis nur einen Bruchteil der entstandenen Behandlungskosten ab. Hier ist vor allem die Politik gefordert, das Kostenrisiko des Krankenhausträgers für die Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu verringern.

Die KGNW hat diese Problematik auf Landesebene gegenüber der Politik erneut verdeutlicht und setzt sich nach wie vor auch auf Bundesebene über die DKG für eine entsprechende Gesetzesänderung ein.

Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen ist am 04.06.2016 in Kraft getreten. Hierüber hat die Geschäftsstelle mit KGNW-Rundschreiben Nr. 212/2016 vom 23.05.2016 und Nr. 233/2016 vom 09.06.2016 informiert.

Die DKG-AG „Antikorruption“, in der auch die KGNW mitwirkt, hat sich bereits mit dem Gesetzentwurf und den nunmehr geltenden neuen Regelungen in den §§ 299a ff. StGB, welche korruptives Verhalten im Gesundheitswesen unter Strafe stellen, auseinandergesetzt und die Regelungen vor allem mit Blick auf Kooperationen zwischen Krankenhäusern und externen Ärzten einer ersten Bewertung unterzogen und sie in Bezug auf ihre Auswirkungen untersucht.

Die „Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Umsetzung des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ mit Stand vom 21.06.2016 hat die Geschäftsstelle den Mitgliedern per KGNW-Rundschreiben Nr. 266/2016 vom 04.07.2016 zur Verfügung gestellt.

Kooperationen mit Vertragsärzten

Die Anfragen zur Zulässigkeit und Ausgestaltung von Kooperationen mit Vertragsärzten beschäftigen Referat IV auch im Jahr 2016. Die vielschichtigen Problemstellungen etwaiger Kooperationen betreffen u. a. den Bereich der Vergütung (angemessene Vergütung/Zuweiserproblematik), der Einsatzbereiche (u. a. zeitliche Einsatzgrenzen, Versorgungsauftrag etc.), der wahlärztlichen Leistungen sowie der Vertragsform (Anstellungs- oder Honorarverhältnis/Scheinselbständigkeit).

Wahlleistungen nach § 17 KHEntgG

Einen weiteren Schwerpunkt bildete erneut die Beratung im Wahlleistungsbereich, wie z. B. Fragen zur rechtssicheren Gestaltung von Wahlleistungsvereinbarungen, Stellvertreterregelungen, Informationen zur persönlichen Leistungserbringung und Liquidation wahlärztlicher Leistungen.

Umsatzsteuer bei der Abgabe von Zytostatika

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 (V R 19/11) entschieden, dass die Abgabe von patientenindividuell in der Krankenhausapotheke hergestellte zytostatikahaltige Zubereitungen für ambulant im Krankenhaus behandelte Patienten als eng verbundener Umsatzumsatzsteuerfrei gem. § 4 Nr. 14b UStG zu behandeln sei. Die Umsetzung dieses Urteils beschäftigt die Krankenhäuser auch noch im Jahr 2016. Die KGNW hat mit diversen Rundschreiben über die Urteile 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.

Das Schreiben des Bundesministeriums für Finanzen (BMF) zur Umsetzung dieses Urteils ist am 28.09.2016 veröffentlicht worden. Als Spitzenverband vertritt die DKG aktuell die Auffassung, dass eine Pflicht der Krankenhäuser zur – rückwirkenden – Behandlung der Abgabe von patientenindividuell hergestellten Arzneimitteln als umsatzsteuerfrei bis zum 31.03.2017 nicht bestehe.

Aufgrund der vielfältigen möglichen Sachverhaltskonstellationen konnte die KGNW nach wie vor keine allgemeingültige Handlungsempfehlung abgeben. Im Zusammenwirken mit den Krankenhauszweckverbänden konnten aber Hinweise zu einem möglichen weiteren Vorgehen gegeben werden. Den Krankenhäusern wird nach wie vor empfohlen, entsprechende fachliche Beratung einzuholen.

Mitversicherung angestellter Klinikärzte in der Betriebshaftpflichtversicherung

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat mit Urteil vom 19.11.2015 (Az.: VI R 47/14, Anlage) diese Frage abschließend zugunsten der Krankenhausträger entschieden und die Revision des beklagten Finanzamtes gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Finanzgerichts als unbegründet zurückgewiesen. Der BFH hat entschieden, dass die Mitversicherung angestellter Klinikärzte in der Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhauses nach § 102 Abs. 1 VVG kein Lohn ist, weil die Mitversicherung keine Gegenleistung für

die Beschäftigung ist. Mit diesem Urteil des BFH dürfte nunmehr die lange in Streit stehende Frage zugunsten der Krankenhäuser und angestellten Klinikärzte entschieden sein. Die Geschäftsstelle hat die Mitglieder per KGNW-Rundschreiben Nr. 108/2016 vom 04.03.2016 über das Urteil des BFH informiert.

Verwertungsgesellschaften

Referat IV hat die Mitglieder über den aktuellen Stand hinsichtlich der Verhandlungen auf Bundesebene mit den Verwertungsgesellschaften GEMA, VG Media sowie ZWF, insbesondere über die Streitigkeiten in Bezug auf die Wiedergabetarife in Aufenthaltsräumen und Wartebereichen informiert und die Handlungsempfehlungen der DKG weitergegeben.

Politik, PR und Presse

Die Themen im Berichtszeitraum wurden maßgeblich durch Planung und Umsetzung von Maßnahmen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser im „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ bestimmt – mit den Zielen, das gesetzlich zur Investitionsförderung der Krankenhäuser verpflichtete Land und die Öffentlichkeit auf die Situation in den Krankenhäusern in NRW im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung aufmerksam zu machen. Grundlage dieser Aktivitäten ist das Investitionsbarometer, das vom Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) im Auftrag der KGNW erstellt wurde. Weitere Schwerpunkte des Referats waren die Darstellung der Positionen der Krankenhäuser im Zuge der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) sowie die damit verbundenen Folgen für die Patienten- und Krankenhausversorgung auf Landesebene.

Neben diesen Aktivitäten bestimmten die Diskussion und die Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2016 mit Blick auf Qualitätskriterien und auf vermeintliche Überkapazitäten in NRW sowie Gespräche

der KGNW-Spitze mit NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens und weiteren Ministern und Staatssekretären der Landesregierung sowie gesundheitspolitischen Sprechern der Bundestags- und Landtagsfraktionen die Themenstellung des Referates. Als Ansprechpartner für Medien und Öffentlichkeit informierte das Referat über die Positionen und Forderungen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und formulierte die Erwartungen und Handlungsempfehlungen der Kliniken zu diesen Bereichen ebenso wie zu den Themenfeldern Cyberattacken und IT-Sicherheit, Krankenhausvergleichsportale der GKV, Arzneimitteltherapiesicherheit, Stellung der Patientenfürsprecher und -fürsprecherinnen und die Versorgung demenzkranker Patienten. Weitere Tätigkeitsschwerpunkte waren die Organisation von KGNW-Veranstaltungen in Kooperation mit anderen Referaten sowie im Bereich Internationales die berufliche und sprachliche Integration ausländischer Mediziner und Fachkräfte sowie weitere internationale Aktivitäten als Vertreter der KGNW in der Kommission Europa und Internationales der DKG.

Auftaktveranstaltung „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“

In der Auftaktveranstaltung „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ am 23.10.2015 in Neuss, bei der zahlreiche Krankenhäuser und Krankenhausverbände vertreten waren, wurden die vom Vorstand der KGNW am 24.09.2015

beschlossene „Kampagne für mehr Investitionen 2015 bis 2017“ und die Broschüre „Kampagne für mehr Investitionen 2015 bis 2017“ mit dem Kampagnenverlauf vorgestellt. Dem Vorstand und den Krankenhausvertretern wurde die Broschüre übergeben bzw.

an sie versandt. Um den Bedarf an Klinikinvestitionen und ihre Bedeutung anhand konkreter Zahlen zu belegen, wurde von der KGNW das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) beauftragt, eine flächendeckende Studie in NRW („Investitionsbarometer NRW“) durchzuführen. Mit Schreiben vom 26.10.2015 hatte die KGNW die Geschäftsführungen der Krankenhäuser deshalb gebeten, an der Online-

Befragung zum Investitionsbarometer NRW teilzunehmen und bis zum 04.11.2015 einen Ansprechpartner zu benennen, der vom RWI individuelle Zugangsdaten für den Online-Fragebogen per E-Mail erhält. Ab dem 05.11.2015 erfolgte hierzu eine Nachfassaktion. An der Erhebung nahmen insgesamt 313 von 337 Plankrankenhäuser teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 93 %.

Investitionsbarometer NRW

Als eine erste Umsetzungsmaßnahme wurden die Krankenhäuser mit einem Neujahrsbrief über den Planungsstand informiert. Mit Schreiben vom 16.03.2016 erfolgte eine weitere Information über die zukünftigen Planungen des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“. In diesem Schreiben wurde u. a. ein Kommunikationspaket in digitaler Form für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit vor Ort angekündigt. Mit E-Mail vom 20.04.2016 wurden den Krankenhäusern im Vorfeld der Pressekonferenz, die am 26.04.2016 in Düsseldorf durchgeführt wurde, für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Unterstützung des Bündnisses vor Ort in einem ersten Schritt folgende Materialien zur Verfügung gestellt: Musterpressemitteilung, Mustereinladungsschreiben für Pressekonferenzen, die Broschüre mit den zusammengefassten Ergebnissen des „Investitionsbarometers NRW“ sowie der „Einleger“ zum Selbstausdruck für die Broschüre (Auswertungsbogen mit Ergebnissen aus den Kreisen bzw. kreisfreien Städten).

Am 22.04.2016 erfolgte zudem der Versand von weiteren gedruckten Exemplaren der Broschüre per Post, damit die Krankenhäuser für ihre Aktivitäten vor Ort zum Auftakt über die notwendigen Informationsmaterialien verfügen konnten. Per E-Mail wurden den Krankenhäusern ebenfalls vor der Pressekonferenz am 26.04.2016 weiteren Materialien als Argumentationshilfe zur Verfügung gestellt: ein Gesprächsleitfaden mit bereits zentralen Inhalten für die Gestaltung zukünftiger „Sommergespräche“, eine Musterpräsentation mit den zentralen Argumenten und Zielen des Bündnisses sowie drei Online-Banner in unterschiedlichen Formaten für die Krankenhauswebsite zur Verlinkung und zum Hinweis auf die Homepage des Bündnisses www.gesunde-krankenhaeuser.de.

Bereits am 25.04.2016 wurden die Ergebnisse des „Investitionsbarometers NRW“ vorab zunächst den Obleuten des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des NRW-Landtags und im Anschluss Frau Ministerin Steffens vorgestellt. Am 25.04.2016 wurden

darüber hinaus verschiedene Schreiben an den Verband der Krankenhausdirektoren, den Verband der leitenden Krankenhausärzte, den Pflegerat sowie die beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern und die GKV auf Landesebene gerichtet – mit dem Ziel, Sondierungs- und Abstimmungsgespräche zu terminieren, um eine Unterstützung und positive Begleitung des Bündnisses zu erreichen. Den Schreiben war jeweils auch

die Broschüre beigelegt. Nahezu gleichlautende Schreiben wurden am 02.05.2016 – nach der Pressekonferenz – an weitere Stakeholder (wie z. B. die Industrie und Handelskammer NRW, den Nordrhein-Westfälischen Handwerkstag, die Landesvereinigung der Unternehmerverbände NRW sowie gesundheitspolitische Entscheider aus NRW im Deutschen Bundestag) gerichtet.

Pressekonferenz „Investitionsbarometer NRW“



Die KGNW stellte am 26.04.2016 das „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ sowie die Ergebnisse des „Investitionsbarometers NRW“ vor.

Auf der Pressekonferenz am 26.04.2016 in Düsseldorf hat das „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ unter der Federführung der KGNW das „Investitionsbarometer NRW“ präsentiert. Mit der Studie liegen erstmals flächendeckend für ein Bundesland Zahlen und Fakten zur konkreten Investitionssituation der Krankenhäuser bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vor. Die Ergebnisse geben detailliert Auskunft über den Bedarf, die Förderlücke und die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser in NRW und ihre Zukunft mit Blick auf die medizinische Versorgung. Das Investitionsbarometer NRW des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) beruht auf Daten von 93 % der Plankrankenhäuser. Der

tatsächliche Investitionsbedarf in NRW beträgt jährlich 1,5 Mrd. €, die Förderung durch das Land liegt bei rund 500 Mio. €, so dass im Ergebnis eine jährliche Förderlücke von 1 Mrd. € besteht. Zudem zeigt das Investitionsbarometer NRW, dass Krankenhäuser nicht nur flächendeckend die stationäre medizinische Versorgung sicherstellen, sondern auch einen erheblichen Beitrag, rund 1 Mrd. €, zum kommunalen Steueraufkommen leisten.

Darüber hinaus wurde im Rahmen der Aktivitäten des Bündnisses am 26.04.2016 anlässlich der Pressekonferenz die Homepage des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ (www.gesunde-krankenhaeuser.de)

freigeschaltet. Auf dieser Seite sind u. a. alle Unterlagen der Pressekonferenz, das „Investitionsbarometer NRW“ und die Ta-

bellenn der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte als Download bereitgestellt.

„Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ in der politischen Diskussion

Nach der Auftaktpressekonferenz stand die Initiative des „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser mit der Forderung an das Land, die unzureichende Investitionsfinanzierung zu beseitigen und die notwendigen Fördermittel zur Schließung der Förderlücke der NRW-Krankenhäuser in Höhe von 1 Mrd. € bereitzustellen, im Fokus der gesundheits- und krankenhauspolitischen Diskussion auf Landesebene. Die Ergebnisse des Investitionsbarometers wurden nach den Beratungen

am 25.05.2016 am 31.08.2016 erneut in der öffentlichen Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Landtag NRW in Düsseldorf unter TOP 5 „Investitionskostenförderung von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen“ thematisiert und diskutiert. Seitens des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter wurde in der Sitzung am 31.08.2016 mündlich berichtet und Stellung genommen.



Professor Dr. Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) erläuterte den Journalisten die Ergebnisse der Studie „Investitionsbarometer NRW“.

Plakate „Bündnis für gesunde Krankenhäuser“

Zur Visualisierung des gemeinsamen Anliegens erhielten die Krankenhäuser und Bündnispartner im Vorfeld der Regionalveranstaltungen Plakate mit vier Motiven zum Aushang an zentralen und gut frequentierten Orten in den Häusern in der Formatgröße DIN A2 sowie zum Aushang bei Regionalveranstaltungen in der Formatgröße DIN A1. Mit den neuen Plakaten sollte öffentlichkeitswirksam auf den Investitionsbedarf der Krankenhäuser aufmerksam gemacht werden.

Auf den Plakaten sind eine Krankenhausgeschäftsführerin, ein Arzt, ein Pfleger und eine schwangere Patientin aus NRW abgebildet. Die Motive wurden in vier KGNW-Mitgliedshäusern in privater, evangelischer, katholischer und kommunaler Trägerschaft – davon jeweils in zwei Krankenhäusern im Landesteil Nordrhein und zwei im Landesteil Westfalen-Lippe – von einer Fotografin aufgenommen. Auf Wunsch wurden den Krankenhäusern von der Agentur Kompaktmedien die Plakate auch mit individuellen Motiven von eigenen Mitarbeitern angeboten.

Start der Regionalveranstaltungen

Um die Wahrnehmung des Bündnisses mit seinen zentralen Inhalten und Botschaften sowie das Interesse und Problembewusstsein in der Öffentlichkeit, bei der Politik und bei den Stakeholdern nach dem erfolgreichen Start – auch weiter aufrechtzuhalten, waren weitere konkrete gemeinsame Maßnahmen der Bündnispartner landesweit, regional und vor Ort notwendig. In diesem Kontext kam es dabei wiederum entscheidend auf eine breite und ausdauernde Beteiligung der einzelnen Krankenhäuser an, damit die Apelle des Bündnisses letztendlich Beachtung finden.

In der konkreten Umsetzung wurden im Zuge einer aufwachsenden Kommunikation im Berichtszeitraum im Zusammenhang mit der Landtagswahl 2017 und mit Blick auf die

Landesparteitage und der Positionierung der Parteien elf regionale Veranstaltungen mit Unterstützung der KGNW unter Federführung der Krankenhäuser der Region vor Ort als Zeichen der Identifikation mit dem Bündnis durchgeführt. Weiterhin sollte die Bedeutung des Krankenhauses/der Krankenhäuser für die Region dokumentiert werden. Die erste Regionalveranstaltung als Auftaktveranstaltung fand am 31.08.2016 in Siegen statt. Die Resonanz auf die Veranstaltung, auf der auch der Trailer der Kampagne abgespielt wurde, war durchweg positiv. In der Kölner Flora fand am 06.09.2016 die zweite Regionalveranstaltung mit rund 200 Teilnehmern sowie mit Oberbürgermeisterin Reker statt. Weitere Veranstaltungen organisierten die Krankenhäuser im Verbund. Die Regionalveranstaltungen fanden in



Die erste Regionalveranstaltung als Auftaktveranstaltung fand am 31.08.2016 in Siegen statt. KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum präsentierte die Ergebnisse des Investitionsbarometers NRW.

Datteln, für Aachen im Landtag NRW, Bochum, Essen, Warendorf, Hamm, Meschede, Paderborn sowie für Kliniken aus dem Münsterland im Landtag NRW statt. Im Landtag waren dabei Krankenhäuser aus Coesfeld, Dülmen, Nottuln, Lüdinghausen mit Unterstützung von Kliniken aus den Kreisen Steinfurt und Warendorf vertreten. Auch für das nächste Jahr sind weitere regionale Veranstaltungen vorgesehen.

Die unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch das Land war auch Thema auf dem Neujahrsempfang der Ärztekammer Nordrhein. Weiterhin erhielt die KGNW Unterstützung von den kommunalen Spitzenverbänden sowie der IHK, dem Pflegerat NRW und den Handwerkskammern sowie deren Vertretern vor Ort, die die Forderung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser gegenüber dem Land unterstützen.

Hygiene-Initiative „Keine Keime“: Wanderausstellung und Roll-Ups

Weiterhin auf positive Resonanz ist bei den Krankenhäusern die Fortführung der Hygiene-Initiative „Keine Keime“ gestoßen. So wurde die Wanderausstellung mit einer Wash & Check-Infosäule, die im Rahmen der Initiative entwickelt und nach der Präsentation in über

200 Krankenhäusern im Jahr 2015 komplett überarbeitet wurde, weithin positiv angenommen. In diesem Jahr wurde die Ausstellung bisher im nordrhein-westfälischen Landtag und wird bis Ende des Jahres in ca. 20 Kliniken präsentiert. Neben dieser Wan-

derausstellung können auch zukünftig von den Krankenhäusern eine mobile Roll-Up-Ausstellung bestellt und als ein Medienformat zur Information ihrer Patienten, Besucher und Mitarbeiter erworben werden. Die sechs Roll-Ups wurden auch als Alternative für die Krankenhäuser entwickelt, die aus Platzgründen die Wanderstellung mit der Wash & Check-Infosäule nicht präsentieren können. Die Ausstellungsinhalte auf den Roll-Ups beziehen sich ebenso wie bei der

Wanderausstellung auf die geschichtliche Darstellung der Entwicklung und Risiken von Bakterien/Keimen, die Antibiotikatherapien und Präventionsmaßnahmen. Ein weiteres Element im Rahmen der Fortführung der Hygiene-Initiative ist der Krankenhaushygienebericht in NRW, der als freiwilliges Instrument zur Qualitätsverbesserung und Qualitätsdarstellung, vom Vorstand der KGNW-befürwortet wurde.

Hygiene-Schulungsvideos

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Hygiene-Initiative „Keine Keime“ sollen zukünftig den Krankenhäusern in NRW Schulungsfilme zur Krankenhaushygiene zur Verfügung gestellt werden. In Hessen stellte das Ministerium für Soziales und Integration bereits allen hessischen Plankrankenhäusern Schulungsprogramme für Krankenhaushygiene in Form von Schulungsfilmen kostenfrei zur Verfügung, die die Vorgaben der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (KRINKO) anschaulich an praktischen Beispielen darstellen. Die Erstellung der Filme wurde von einem Expertenteam, bestehend aus Hygienefachärzten, Hygienefachkräften und Wissenschaftlern, begleitet. Eine Kurzfassung der wesentlichen Inhalte des Schulungsprogramms ist unter www.hygieschulungsfilme.de/trailer abrufbar.

Vor dem Hintergrund der bereits erfolgten erfolgreichen Umsetzung des Schulungsprogramms in den hessischen Krankenhäusern

hat die KGNW Kontakt zur Corina Dunkel Agentur für Audiovisuelle Kommunikation aufgenommen, die das Schulungsprogramm in der KGNW-Geschäftsstelle mit Blick auf die Konzeption, Inhalte und Umsetzung überzeugend präsentiert hat. Nach der Vorstellung in der Geschäftsstelle hat die KGNW dem MGEPA die entsprechenden Informationen und Unterlagen mit der Bitte einer inhaltlichen Prüfung übermittelt. Ferner wurde in mehreren Gesprächen mit dem MGEPA die Möglichkeit einer gemeinsamen Kooperation diskutiert, den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern das Schulungsprogramm kostenfrei zur Verfügung zu stellen und die Schulungsvideos als weiteren zentralen Inhalt auf die Internetseite der Hygiene-Initiative www.keine-keime.de zu platzieren. Die KGNW ist dabei, die Rahmenbedingungen einer möglichen Kooperation mit dem Ministerium zu klären.

DKG- Empfehlung zur Hygiene-Initiative „Keine Keime“

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) empfiehlt den Krankenhäusern in den anderen Bundesländern Deutschlands eine Teilnahme an der Hygiene-Initiative „Keine Keime“ (www.keine-keime.de), die im März 2015 von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) in NRW gestartet wurde. An der Initiative haben bereits 98 % der Krankenhäuser in NRW mit dem Ziel teilgenommen, die Bevölkerung über antibiotikaresistente Krankheitserreger,

Infektionsschutz und Hygiene aufzuklären. Die Kampagnen-Materialien können die Krankenhäuser nunmehr auch in anderen Bundesländern individuell zusammenstellen und kostenpflichtig bestellen. Zu den Materialien gehören wie in NRW eine Wanderausstellung zur Bedeutung von Antibiotika, Plakate, Roll-Ups, Patientenbroschüren und Floorgraphics. In Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz wird die Initiative umgesetzt.

Informationsblätter Keim-Abstriche

Auch im Kontext der landesweiten Hygiene-Initiative und insbesondere der hohen Zahl an zugereisten Flüchtlingen, die in den Krankenhäusern zu versorgen sind, und den vielfach damit verbundenen Verständigungsproblemen bei Keim-Abstrichen, hat die KGNW die „Bild und Sprache e. V.“, einem Verein für bildgestützte Sprachförderung und Kommunikation, mit der Entwicklung von mehrsprachigen Informationsblättern

beauftragt. Diese Informationsblätter werden den Krankenhäusern zum Download zur Verfügung gestellt. Es stehen drei Varianten zur Auswahl: das Informationsblatt mit Keim-Abstrich Nase und Rachen, das Informationsblatt mit Keim-Abstrich Nase, Rachen und Achselhöhle sowie das Informationsblatt Nase, Rachen, Achselhöhle und Darm.

KGW-Frühjahrsempfang 2016



KGW-Geschäftsführer Matthias Blum begrüßte NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens auf dem KGNW-Frühjahrsempfang in Düsseldorf.

Am 01.03.2016 fand in den Rheinterrassen in Düsseldorf der traditionelle KGNW-Frühjahrsempfang statt, an dem Vertreter aus Gesundheit, Politik und Wirtschaft teilnahmen. Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, richtete ein Grußwort an die Vertreter der Krankenhäuser in NRW. In seiner Einführungsrede griff KGNW-Präsident Jochen Brink die wichtigen Themen für die Krankenhäuser in NRW auf. Dazu gehörten die demografische Entwicklung, der Fachkräftemangel, die Beherrschung von antibiotikaresistenten Keimen, die Etablierung der sektorenübergreifenden Versorgung und die Überwindung des Investitionsstaus. Die NRW-Krankenhäuser hätten die Herausforderungen

erkannt und sich auf den Weg gemacht, wie viele Projekte und Beispiele zeigen, betonte Brink in seiner Rede. Als Beispiel nannte er die demenzsensible Versorgung. So engagierten sich Krankenhäuser in geriatrischen Versorgungsverbänden und seien dabei, das im Krankenhausplan geforderte Screening und Assessment umzusetzen. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels müssten attraktive Arbeitsbedingungen geschaffen werden, sodass diejenigen, die bereits in unseren Häusern arbeiten, auch gerne dort arbeiten und Nachwuchskräfte angezogen werden. Auch im Hinblick auf die Hygiene im Krankenhaus und die Beherrschung der weltweit zunehmenden Bedrohung durch antibiotikaresistente Keime würden die NRW-Krankenhäuser die Herausforderungen

gen annehmen. Die Fortbildungsplätze für das „Antibiotic Stewardship“ seien fast immer ausgebucht. Antibiotikavisiten würden eingeführt und alle vom Robert Koch-Institut geforderten Maßnahmen werden in der Breite verantwortungsbewusst umgesetzt. Brink hob die Initiative „Keine Keime“ hervor, an der 98 % der NRW-Krankenhäuser mit großem Engagement teilnehmen. Brink bedankte sich bei Ministerpräsidentin, Frau Kraft, die die Schirmherrschaft für „Keine Keime“ übernommen hat. Zu den Herausforderungen zähle insbesondere die Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG). Bis Ende 2016 soll der G-BA die Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung vorlegen. In der Umsetzung des Krankenhausplanes zeige sich einmal mehr, dass die einzelnen Regionen und Pla-

nungsgebiete nicht 1:1 zu vergleichen seien. Was an einem Ort erfolgreich umgesetzt werden kann, sei keine Blaupause für andere Regionen, aber die Krankenhäuser würden sich aktiv um gute Lösungen bemühen. Auch dieser Krankenhausplan werde nicht alle Fragen beantworten können, aber hier gelte einmal mehr „nach dem Krankenhausplan ist vor dem Krankenhausplan“ und die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen werde sich in 2017 und den Folgejahren fortsetzen, auch weil die Rahmenbedingungen dieses immer mehr erforderten, betonte Brink. Dass auch dringend mehr Investitionen in die IT-Infrastruktur unserer Kliniken notwendig seien, sei bei den Cyberattacken auf mehrere Kliniken in NRW deutlich geworden.

Positive Bilanz nach zwei Jahren Kenntnis- und Fachsprachenprüfung in Nordrhein-Westfalen

Der beruflichen und sprachlichen Integration ausländischer Mediziner in das deutsche Gesundheitssystem kommt aufgrund der steigenden Zahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren eine wachsende Bedeutung zu. Durch veränderte Regelungen zur ärztlichen Berufszulassung werden ausländische Ärztinnen und Ärzte unterstützt, sich gezielt auf den ärztlichen Alltag vorzubereiten, und es wird damit zur Sicherheit und zur Qualität der Versorgung beigetragen. Daraufhin wiesen die nordrhein-westfälischen Ärztekammern sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen anlässlich einer gemeinsamen

Informationsveranstaltung am 19.01.2016 zur Kenntnis- und Fachsprachenprüfung in Nordrhein-Westfalen für ausländischer Ärztinnen und Ärzte hin, an der auch das NRW-Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter sowie das Landeszentrum Gesundheit NRW beteiligt waren. In den Statements und Vorträgen der 14 Referentinnen und Referenten wurde deutlich, dass Nordrhein-Westfalen sich hier frühzeitig auf den Weg gemacht hat, um diesen Ärztinnen und Ärzten die berufliche und sprachliche Integration zu erleichtern. Sowohl die Kenntnis- als auch die Fachsprachenprüfung wurden auf die Erfordernisse des ärztli-

chen Arbeits- bzw. Kommunikationsalltags zugeschnitten und für die Bildungsträger wurden Anreize geschaffen, ihre Qualifizierungsprogramme praxisnah auf die neuen Anforderungen auszurichten. Ende 2014 kamen rund 9.000 der insgesamt 78.000 in Nordrhein-Westfalen berufstätigen Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland. 7.500 dieser

ausländischen Ärztinnen und Ärzte waren in Krankenhäusern tätig. Dies entspricht einem Anteil von 16,8 %, der regional stark variiert. So hat unter den Berufseinsteigern und Assistenzärzten in Westfalen-Lippe gegenwärtig jeder zweite Arzt eine ausländische Staatsangehörigkeit.

Krankenhäuser gestalten demenzsensible Versorgung



Die Fachtagung „Blickwechsel Demenz“ bot einen Einblick in die fachliche Gestaltung sowie strategische und organisatorische Umsetzung demenzsensibler Angebote im Krankenhaus.

Auf der Fachtagung „Nachahmung empfohlen! – Krankenhäuser gestalten demenzsensible Versorgung“ am 04.02.2016 in Essen stellte der Wohlfahrtsverband „Der Paritätische NRW“ die Umsetzung der Projektreihe „Blickwechsel.Demenz“ in den Krankenhäusern vor, an der über 70 Krankenhäuser teilgenommen haben. Die Tagung ist von

der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte (GSP) als Projektträger gemeinsam mit der KGNW organisiert worden. Es wurden Erfahrungsberichte der teilnehmenden Krankenhäuser zu bereits vorhandenen demenzsensiblen Angeboten vorgestellt. Neben NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens, die die Umsetzung demenzsensib-

ler Maßnahmen unterstützt, haben seitens der KGNW Jochen Brink als Präsident der KGNW sowie Dr. Dirk Albrecht als Vorstandsmitglied sowie als Gastgeber und Geschäftsführer der Contilia GmbH, teilgenommen. Mit der Projektreihe „Blickwechsel.Demenz“ haben sich die Krankenhäuser in den vergangenen zehn Jahren in der demenzsensiblen Versorgung stetig weiterentwickelt. Viele nordrhein-westfälische Krankenhäuser entwickeln bereits Strukturen, um den Anforderungen demenzkranker Patienten und ihrer Behandlung gerecht werden zu können. Über 70 Krankenhäuser in NRW haben von 2013 bis 2016 an dem Projekt teilgenommen. Das Projekt hat gezeigt: Krankenhäuser, die sich darauf einlassen, steigern nicht nur den Behandlungserfolg und die Zufriedenheit

von Patientinnen und Patienten mit Demenz. Auch diejenigen, die im Krankenhaus arbeiten, sind zufriedener. Im Rahmen von Workshops entwickelten die am Projekt beteiligten Krankenhäuser praxisorientierte Lösungen für eine demenzsensiblere Versorgung. Bei der Tagung in Essen wurden Strategien und organisatorische Ansätze vorgestellt, die auch den Krankenhäusern über das Projekt hinaus den Einstieg erleichtern sollen. Möglich gemacht wurden Projekt und Tagung durch eine Förderung des NRW-Gesundheitsministeriums. Wie wichtig das Thema Demenz auch in Zukunft sein wird, zeigen die Zahlen: In NRW sind rund 300.000 Menschen an Demenz erkrankt. Schätzungen zufolge wird sich die Zahl bis 2030 auf 450.000 Betroffene erhöhen.

Landesgesundheitskonferenz 2016

Am 24.06.2016 verabschiedeten die Mitglieder der 25. Landesgesundheitskonferenz NRW (LGK) unter der Beteiligung der KGNW die EntschlieÙung „Angekommen in Nordrhein-Westfalen: Flüchtlinge im Gesundheitswesen“. Mit der EntschlieÙung wurde ein umfangreicher Maßnahmenkatalog mit dem Ziel beschlossen, dauerhaft tragfähige Strukturen in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden zu schaffen. Einige ausgewählte Kernaussagen der LGK-EntschlieÙung:

- Das gemeinsame Ziel aller Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz ist es, eine bedarfsgerechte und ohne Hürden zugängliche gesundheitliche Versorgung für alle Menschen unabhängig von deren sozialem

Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht zu ermöglichen.

- Die akute medizinische Versorgung wird als Brücke zur Regelversorgung gesehen. Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler sind dafür vorübergehend notwendig. Die Bundesregierung wird aufgefordert, entsprechende Mittel dafür zu Verfügung zu stellen.
- Besondere Aufmerksamkeit erhalten traumatisierte Flüchtlinge. Neben der medizinischen Versorgung sollen gezielte bedarfsgerechte Angebote psychosozialer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung entwickelt werden.

- Die interkulturelle Kommunikation und kultursensibles Handeln sollen gefördert werden. Die LGK wirkt darauf hin, dass Flüchtlinge schnelle erste Basisinformationen über die Struktur des Gesundheitswesens erhalten.
- Damit Flüchtlinge eine Tätigkeit im Gesundheits- und Pflegebereich ausüben können, stellen die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens entsprechende Informationen zu Verfügung und setzen sich für zügige Kompetenzfeststellungs- und Anerkennungsverfahren ein.
- Die vielen Helfenden, die sich in der Flüchtlingsarbeit engagieren, sollen durch den Auf- und Ausbau von Angeboten unterstützt werden, um Kompetenzen für schwierige Situationen zu erhalten und Lösungen aufgezeigt zu bekommen.

Zur flankierenden Umsetzung der Entscheidung steht auch der Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ im Jahr 2017 unter diesem Thema „Integration von Flüchtlingen in das Gesundheitswesen“. Die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ zeigt neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf, macht sie medial bekannt und vergibt Preisgelder. Herausragende Projekte werden mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet. Dadurch werden positive Effekte für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen ausgelöst. Eine erste Erfolgskontrolle der initiierten Maßnahmen soll im Jahr 2018 durchgeführt werden

Mitgliederversammlung der NRW-Kliniken fordert Lösung für den Investitionsstau

Die Vertreter der 352 NRW-Kliniken haben auf der Mitgliederversammlung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen am 06.12.2016 im Swissôtel in Neuss ihre Forderung nach einer nachhaltigen Lösung des Investitionsstaus in den Krankenhäusern durch die Landesregierung bekräftigt.

Jochen Brink, Präsident der KGNW, betonte, dass das Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung, die Investitionsmisere in den Krankenhäusern mit dem Investitionsbarometer NRW transparent gemacht habe. Im Hinblick auf die kommende Landtagswahl erwarte das Bündnis eine Lösung, die nachhaltig sei und konkret im Koalitionsvertrag egal welcher Landesregierung fixiert sein müsse.

Was die Kliniken seit Jahrzehnten spüre, werde durch das Investitionsbarometer NRW des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag der KGNW belegt: Nordrhein-Westfalens Krankenhäuser sind strukturell unterfinanziert. 500 Mio. € investierte das Land 2014 in die Gebäude und Geräte seiner Kliniken. Der tatsächliche Investitionsbedarf aber liegt jährlich bei 1,5 Mrd. €. Im Ergebnis beträgt die jährliche Förderlücke damit 1 Mrd. € (www.gesunde-krankenhaeuser.de).

KGNW-Forum 2016



Auf dem KGNW-Forum stellten Günter van Aalst, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse Nordrhein-Westfalen, und Maria Klein-Schmeink MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, sich den Fragen des Moderators Jürgen Zurheide zum Krankenhausstrukturgesetz und zur Investitionsfinanzierung.

Im Anschluss an die Mitgliederversammlung diskutierten Bundes- und Landespolitiker sowie Vertreter der Krankenkassen, der Pflege und der Wissenschaft beim KGNW-Forum

2016 unter dem Titel „2017: Das Superwahljahr für Krankenhäuser!?“ über die Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) und die Investitionsfinanzierung der Kliniken.



Prof. Dr. Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und Jochen Brink, Präsident der KGNW, erläuterten auf dem KGNW-Forum den Investitionsbedarf anhand des Investitionsbarometers NRW und diskutierten mit Gesundheitsministerin Barbara Steffens über die unzureichende Investitionsfinanzierung durch das Land NRW.

Auswertung der Umfrage zu den Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern

Das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG NRW) hat im Berichtszeitraum gemeinsam mit dem unabhängigen Patientenbeauftragten des Landes und der KGNW – unter Befürwortung von NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens – eine Online-Umfrage für Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher zu den Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern“ durchgeführt.

Der Vorstand der KGNW hatte den Handlungsempfehlungen am 06.03.2014 zugestimmt und beschlossen, die Handlungsempfehlungen zu veröffentlichen sowie weitere gemeinsame Maßnahmen zur Positionierung der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern durchzuführen.

Den Fragebogen hatte der Vorstand KGNW in seiner Sitzung am 25.11.2015 im Rahmen der gemeinsamen Umsetzungsmaßnahmen der Handlungsempfehlungen zustimmend

zur Kenntnis genommen und beschlossen, sich für eine Beteiligung der Krankenhäuser empfehlend auszusprechen und dadurch die Befragung zu unterstützen. Ebenso zustimmend zur Kenntnis genommen wurden vom KGNW-Vorstand am 24.05.2016 die vorab vorgelegten wesentlichen Ergebnisse der Umfrage. Weiterhin wurde beschlossen, mit der Mitwirkung an der Veröffentlichung und der Umsetzung der Ergebnisse der Befragung die weiteren Maßnahmen zur Positionierung der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern zu unterstützen.

Die Ergebnisse der Umfrage, die vom MGE-PA in einer Pressemitteilung veröffentlicht wurden, machen deutlich, dass die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher die gezielte Unterstützung ihrer Arbeit durch das Gesundheitsministerium und das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG) im Zusammenwirken mit dem unabhängigen Patientenbeauftragten des Landes und der KGNW positiv bewerten. Das Land wird weiterhin Qualifizierungsangebote für die ehrenamtlichen Unterstützerinnen und Unterstützer von Patienteninteressen in Zusammenarbeit mit dem Patientenbeauftragten der Landesregierung und der KGNW anbieten.

Die zentralen Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Umfrage sind zusammengefasst:

- **Aufgaben und Pflichten:** Die Handlungsempfehlungen flankieren die Tätigkeiten der Befragten; eine Anpassung ist offensichtlich nicht nötig.
- **Stellung:** Die Befragten gaben an, dass sie weisungsunabhängig im Krankenhaus agieren können. Die Unabhängigkeit in der Aufgabenwahrnehmung ist wegen weiterer Funktionsausübungen (z. B. Anstellungsverhältnis mit dem Krankenhaus) nicht immer gegeben. Die wichtige Zusammenarbeit mit der Leitungsebene und dem Beschwerdemanagement ist oft, aber nicht immer gewährleistet; Aufwandsentschädigungen werden etwa bei der Hälfte gezahlt. Hier könnte eine stärkere Orientierung an den Handlungsempfehlungen sinnvoll sein.
- **Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit:** Die Ausstattung ist sehr heterogen, z. B. hat ca. die Hälfte keine eigene E-Mail-Adresse; insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung sollte hier nachgebessert werden. Ebenso ist die Information über die Tätigkeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher durch das Krankenhaus optimierbar. Die Handlungsempfehlungen sind klar formuliert, werden jedoch nicht umfänglich angewendet.

- **Zusammenarbeit:** Die Zusammenarbeit im Krankenhaus wird von den meisten Befragten zwar als gut, aber auch verbesserungswürdig bezeichnet. Es gibt Fälle, in denen dem Personal die Tätigkeit der Befragten unbekannt ist. Die Bekanntheit könnte durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit der Krankenhäuser aktiv erhöht werden. Auch sollte ein regelmäßiges Feedback zur Wirkung ihrer Tätigkeit an die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher gegeben werden.
- **Qualifikation:** Die Rekrutierung bei der Besetzung oder Neubesetzung der Funktion der Patientenfürsprecherin/des Patientenfürsprechers und die damit verbundenen Auswahlprozesse zur Aufnahme der Tätigkeit sollten transparenter erfolgen, z. B. durch öffentliche Ausschreibungen unter Berücksichtigung der Handlungsempfehlungen.
- **Bedarf (Personen im Verhältnis zu Aufgaben):** Hier ergibt sich hoher Veränderungsbedarf. Sollte nur eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher tätig sein, ist dies vor dem Hintergrund einer kontinuierlichen Betreuung ungünstig – vor allem, wenn Vertretungsregelungen fehlen. Hierzu sollte die Handlungsempfehlung überarbeitet werden.

Die Folgen und der Nutzen der Tätigkeiten der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher für die Krankenhäuser stellt sich aus Sicht der Tätigkeiten der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher nach Auswertung der Umfrage wie folgt dar:

- Die Tätigkeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher führt aus Sicht der Befragten auch dazu, dass die Strukturen/ Prozesse in den Krankenhäusern optimiert werden.
- Die meisten Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher haben direkte Ansprechpartnerinnen und -partner in der Krankenhausleitung; wichtige Informationen können so direkt bereitgestellt werden.
- Die Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement stellt eine effektive (unabhängige) Ergänzung bestehender Strukturen dar.
- Die subjektiv wahrgenommene Aufenthaltsqualität (Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten) kann durch die Tätigkeit gesteigert werden.
- Die Dokumentation der Arbeit in Form von Tätigkeitsberichten kann den Nutzen der Tätigkeit und auch die Qualität der Aufgabenwahrnehmung stärken.

Zusammenfassend kommt die Umfrage zum Ergebnis, dass

- die Handlungsempfehlungen konsequenter umgesetzt werden sollten,
- gravierende Probleme, die alle Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher betreffen, nicht identifiziert werden konnten, es jedoch in Einzelfällen deutlichen Verbesserungsbedarf gibt,
- Krankenhäuser auf unterschiedlichen Ebenen von der Tätigkeit der Patientenfür-

sprecherinnen und -fürsprecher profitieren können, wenn sie die notwendigen Rahmenbedingungen sicherstellen.

Die Präsentation sowie Diskussion der Ergebnisse aus der Befragung waren zentrale Elemente von zwei Qualifizierungsworkshops für Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern, die am 09.06.2016 in Duisburg im Evangelischen Klinikum Niederrhein und am 16.06.2016 in Herne im St. Anna Hospital stattfanden.

IT-Infrastruktur in den Krankenhäusern

Durch zahlreiche Cyberangriffe auf nordrhein-westfälische Krankenhäuser rückte das Thema IT-Sicherheit und IT-Infrastruktur in den Krankenhäusern in NRW in den Fokus der Öffentlichkeit und führte zu zahlreichen Anfragen auch bundesweiter Medien. Darüber hinaus fand eine öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit

und Soziales am 01.06.2016 mit dem Thema „IT-Infrastruktur der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen muss sicher sein – die Gesundheit darf nicht zum Spielball von Kriminellen im Netz werden“, statt. Die Anhörung wurde von der Landtagsfraktion der Piraten beantragt, bei der die KGNW als Sachverständige eingeladen worden ist.

Kommission „Europa und internationales Krankenhauswesen“ auf Studienreise

Mitglieder der DKG-Kommission „Europa und internationales Krankenhauswesen“ und Mitglieder des DKG-Vorstands unter Beteiligung von KGNW-Präsident Herrn Jochen Brink und Lothar Kratz, KGNW-Referatsleiter für Politik, Presse, PR als Kommissionsmitglied, informierten sich vom 05.10. bis 07.10.2016 auf einer dreitägigen Studienreise ins Vereinigte Königreich über die Organisation der Gesundheitsversorgung im staatlichen Gesundheitssystem NHS und über Auswirkungen und Herausforderungen der Reformen und der Umsetzung der damit verbundenen Vorgaben. Auch über Implikationen durch den Brexit für das Gesundheitssystem wurde diskutiert. Im Fokus der Studienreise stand jedoch die Frage, wie Qualitätsaspekte bei der Planung von

Leistungen berücksichtigt werden. In den Diskussionen mit hochrangigen Vertretern wurde deutlich, dass auch im gastgebenden NHS intensiv über Kooperationsmöglichkeiten für die Trusts diskutiert wird, Kooperationen mit privaten Leistungserbringern neu in der Versorgungslandschaft des NHS sind, das sich dem privaten Markt zaghaft öffnet und eine Dezentralisierung anstrebt sowie regionale Strukturen mit mehr Autonomie stärken will. Bei allen Unterschieden zum deutschen Gesundheitssystem: Viele Probleme, die angesprochen wurden, ähneln denen in Deutschland. Die Kernziele sind hier wie dort bessere Qualität und größere Transparenz sowie eine entsprechend Finanzierung der stetig steigenden Kosten.

Finanzen, Personal und Organisation

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 achte 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 Krankenhauswesens (KHZVV) vorgesehenen vierjährigen Dauer am 31.12.2017.

Die Vorsitzenden der Schiedsstellen und ihre Stellvertreter wurden von den Landesverbänden der Krankenkassen und der KGNW gemeinsam für die den Berichtszeitraum 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

- 2016 insgesamt 52 Verfahren aus den Jahren 2014, 2015 und 2016 anhängig,
- davon wurden 30 Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen,
- 22 Verfahren konnten bisher nicht zum Abschluss gebracht werden (bis zum Jahresende wurden davon bisher sechs Verfahren zur mündlichen Verhandlung terminiert).

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

- 2016 insgesamt 22 Verfahren aus den Jahren 2010 sowie 2013 bis 2015 anhängig,
- davon wurden acht Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen,
- ein Verfahren konnte durch Teilvergleich der Parteien sowie durch Teilfestsetzung der Schiedsstelle abgeschlossen werden,
- drei Verfahren wurden durch Vergleich sowie ein Verfahren durch Einigung der Parteien vor der Schiedsstelle abgeschlossen,
- in einem Verfahren wurde ein Auflagenbeschluss erlassen,
- fünf Verfahren wurden durch Rücknahme beendet,
- drei Verfahren konnten bisher nicht abgeschlossen werden (bis zum Jahresende wurde davon bisher ein Verfahren zur mündlichen Verhandlung terminiert).

Die überwiegende Anzahl der 2016 bei der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe zahlreich abgeschlossenen bzw. noch anhängigen Verfahren bezieht sich auf die strittige Gewährung von Mehrleistungsabschlägen für vorangegangene Entgeltzeiträume. Streitgegenstand ist hier die Frage der Verfassungswidrigkeit der anzuwendenden Regelung des § 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntgG.

Bei den bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland abgeschlossenen bzw. noch anhängigen Verfahren stellen wesentliche Streitpunkte die Problematik hinsichtlich der Gewährung von Zuschlägen für Zentren (Kinderonkologie, Erwachsenenonkologie, Neonatologie) und die Höhe von Ausbildungsbudgets dar. Auch bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland ist die Gewährung von Mehrleistungsabschlägen in mehreren Verfahren Streitgegenstand.

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Gem. der am 09.06.1997, in der geänderten Fassung vom 28.12.2005 und nachfolgend geänderten Fassung vom 08.12.2010, beschlossenen Satzung 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 275 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31.12.2016). Insgesamt vertritt die KGNW 339 nordrhein-westfälische Krankenhäuser.

Verbandsmitglieder gem. Satzung

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

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

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

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

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

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

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

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

Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Liliencronstraße 14
40472 Düsseldorf

Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Straße 1
50663 Köln

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Straße 25–27
48133 Münster

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

40474 Düsseldorf
Städtetag Nordrhein-Westfalen
Lindenallee 13-17
50968 Köln

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

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

Mitgliederversammlung

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

- 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 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:

06.12.2016 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. Dirk Albrecht
Contilia GmbH, Essen

Hauptgeschäftsführer 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

Geschäftsführer Franz-Rainer Kellerhoff
Katholisches Klinikum Bochum

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

Geschäftsführer Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln

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

Geschäftsführer Ralf H. Nennhaus
Rhein-Kreis Neuss Kliniken Kreiskranken-
haus Grevenbroich St. Elisabeth

Vorstand Ute Panske
St. Johannisstift Ev. Krankenhaus Paderborn

Geschäftsführer Rainer Rabsahl
Evangelisches Krankenhaus Wesel GmbH

Geschäftsführer Andreas Schlüter
Klinikum Westfalen, Dortmund

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

Kaufmännischer Direktor Günter Zwilling
Universitätsklinikum Köln

Hauptreferent Dr. Matthias Menzel
Städte- und Gemeindebund NRW
Düsseldorf

**Von den Verbandsmitgliedern
benannte Mitglieder:**

Regionalgeschäftsführer West
Manuel Berger
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e. V.

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

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

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

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

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

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

Beigeordneter Dr. Christian von Kraack
Landkreistag Nordrhein-Westfalen,
Düsseldorf

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

Hauptreferentin Andrea Vontz-Lieseberg
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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

LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Vorsitzender Nils Benjamin Krog
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen, Münster

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

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

Regierungsbeschäftigter Olaf Kurpiers
Ministerium für Innovation, Wissenschaft
und Forschung des Landes NRW, Düsseldorf

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

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:

01.03.2016 in Düsseldorf
24.05.2016 in Düsseldorf
27.09.2016 in Düsseldorf
22.11.2016 in Düsseldorf

Präsidium

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

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

Dem Präsidium 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

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

Vorsitzender Nils Benjamin Krog
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen, Münster

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

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

Sitzungen:

24.05.2016 in Düsseldorf

27.09.2016 in Düsseldorf

22.11.2016 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

Stellv. Vorsitzende:

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

Geschäftsführer

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

Mitglied:

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Von der Mitgliederversammlung aus dem Kreis der Einzelmitglieder gewählte Mitglieder:

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

Geschäftsführer Peter Bohn
Arbeitsgemeinschaft kommunaler Kranken-
häuser Westfalens (AKW) e. V., Dortmund

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

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.
Köln

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg
Sana Krankenhaus Hürth GmbH

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

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

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

Geschäftsführer
Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Geschäftsführer Stephan Richter
Zweckverband der Krankenhäuser im
Regierungsbezirk Detmold

**Von der Mitgliederversammlung aus dem
Kreis der Einzelmitglieder gewählt stellver-
tretende Mitglieder:**

Geschäftsführer
Michael Ackermann
Klinikum Bielefeld

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

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

Geschäftsführer Bernd Koch
Caritas Trägergesellschaft West GmbH,
Düren

Vorsitzender der Geschäftsführung
Paul Neuhäuser
St. Augustinus Kliniken gGmbH, Neuss

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

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

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtische Kliniken Mönchengladbach
GmbH

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

Von den Verbandsmitgliedern benannte stellvertretende Mitglieder:

Kaufm. Direktor
Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

Geschäftsführer Dr. Harald Januschewski
Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach

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

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

Kaufmännischer Geschäftsführer
Dr. Günter Peters
Märkische Kliniken GmbH

Sitzungen:

22.01.2016 in Düsseldorf (Sondersitzung)
18.02.2016 in Düsseldorf
12.05.2016 in Düsseldorf
13.09.2016 in Düsseldorf
08.11.2016 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
Ev. Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Thomas Figge

Zweckverband der Krankenhäuser
des Ruhrbezirks e. V., Herne

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

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Stellv. Geschäftsführer Martin Heiser
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

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

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

Geschäftsführer Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Sitzungen:

11.01.2016 in Düsseldorf

21.11.2016 in Düsseldorf

12.12.2016 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
Ev. 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
(bis 19.02.2016)

Geschäftsführer Wolfgang Müller
(ab 01.03.2016)

Geschäftsführer Thomas Wülle
Kath. Kliniken im Märkischen Kreis gGmbH

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

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

Geschäftsführer Ralf Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich,
St. Elisabeth, Grevenbroich

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef-Krankenhaus GmbH, Moers

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Michael Wermker
Ev. Krankenhaus Hamm GmbH

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

b) Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

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

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Alexander Spernau
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen

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

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen

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

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Rechtsanwalt Oliver Lohr
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Vorsitzender der Geschäftsführung
Rudolf Mintrop
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Thomas Profazi
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(ab 01.03.2016 bis 13.05.2016)

Geschäftsführer Dr. Johannes Hütte
(Landkreistag Nordrhein-Westfalen)
(ab 27.09.2016)

Hauptgeschäftsführer Ingo Breitmeier
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(bis 19.02.2016)

Geschäftsführer Norbert Vongehr
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen

Geschäftsführer Harald Wohlfarth
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsbereichsleiterin Katharina Benner
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

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

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

Dipl.-Volksw. Rainer Dräger
Diakonisches Werk der Ev. 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

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen

Nadine Katrin Opiolka
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.
(ab 24.05.2016)

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für
das Erzbistum Köln e. V.
(bis 13.05.2016)

Oliver Gondolatsch
Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln
(ab 27.09.2016)

Beigeordneter Dr. Christian von Kraack
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Referatsleiter Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Susanne Stephan-Gellrich
Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Hauptreferentin Andrea Vontz-Liesegang
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Dr. Andreas Wittrahm
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

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

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Prof. Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

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

Landesrätin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

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

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

Sitzungen:

19.02.2016 in Düsseldorf

13.05.2016 in Düsseldorf

15.09.2016 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe
„Psychiatrieplanung“ der KGNW**

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Oliver Gondolatsch
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e. V.

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

Axel Bremecke
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Rechtsanwalt Oliver Lohr
Diözesan Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.

Dr. Helmut Middeke
Klinikum Lippe-Lemgo

Prof. Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Dr. Gaby Bruchmann
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

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

Susanne Stephan-Gellrich
Landschaftsverband Rheinland

Ass. Jur. Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Sitzungen:

26.10.2016 in Düsseldorf

**Fachausschuss für
Krankenhausorganisation**

Vorsitzender:

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

Stellv. Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:

Kaufm. Direktor Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

Tim Bacher
Evangelisches und Johanniter Klinikum
Niederrhein gGmbH, Duisburg

Regionalgeschäftsführer Manuel Berger
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen e. V., Düsseldorf

Axel Bremecke
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Klaus Stahl
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Andreas Tyzak
Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.,
Düsseldorf

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e. V.
(bis 27.09.2016)

Annette Uentrup
Caritasverband für das Bistum Münster e. V.

Oliver Gondolatsch
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e. V.
(ab 27.09.2016)

Geschäftsführender Vorstand
Elmar Wagenbach
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Sitzungen:

Verena Ising-Volmer
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.

17.02.2016 in Düsseldorf
10.05.2016 in Düsseldorf
02.11.2016 in Düsseldorf

Hans Peter Klaus
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf
(ab 24.05.2016)

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

Geschäftsführer Dr. Guido Lerzynski
Heilig Geist-Krankenhäuser Köln
(ab 01.03.2016)

Moritz Quiske
Malteser Deutschland gGmbH
(ab 24.05.2016)

Geschäftsführer Andreas Schlüter
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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

Vorsitzender:

Geschäftsführer Dipl.-Kfm.
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
Kath. Kliniken Essen-Nord-West gGmbH

Sitzungen:

28.01.2016 in Düsseldorf
27.04.2016 in Düsseldorf
24.10.2016 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
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH

Dr. med. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

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

Yvonne Henn
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH

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

Dr. Stephan Puke
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen
(ab 10.05.2016)

Monika Rimbach-Schurig
WissensKonsil, Alfter

Dr. med. Ulrich Sorgenfrei
Verband Ev. Krankenhäuser Rheinland/
Westfalen/Lippe e. V.

Katrin Stapenhorst
Christophorus-Kliniken GmbH

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth
Universitätsklinikum Düsseldorf

Dr. med. Christa Welling
St.-Agnes Hospital Bocholt gGmbH

Sitzungen:

16.02.2016 in Düsseldorf
06.10.2016 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
Ev. Krankenhaus Bethesda
Mönchengladbach gGmbH
(bis 31.12.2016)

Heinz Koopmann-Horn
Sana IT Services GmbH, Remscheid
(ab 17.02.2016)

Frank Kriege
Contilia GmbH, Essen

Andreas Lockau
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Volker Lowitsch
Universitätsklinikum Aachen

Stephan Meiritz
Katholische Kliniken Emscher-Lippe GmbH,
Gelsenkirchen

Geschäftsführer Bernd Christoph Meisheit
Sana IT Services GmbH, Ismaning
(bis 17.02.2016)

Thomas Prumbaum
Klinikum Dortmund gGmbH

Dr. Klaus Retter
Evangelisches
Krankenhaus Bielefeld GmbH
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:

02.02.2016 in Düsseldorf
28.09.2016 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „QR-Check“

Med. Geschäftsführer Frank Bessler
Evang. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH

Dr. Miriam Böttge-Joest
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen e. V.

Holger Bunzemeier
Universitätsklinikum Münster

Dr. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Carsten Claus
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Matthias Dittes
Elisabeth Krankenhaus Essen GmbH

Dr. Patrick Fränkel
Universitätsklinikum Aachen

Robert Färber
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen e. V.

Burkhard Fischer
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen e. V.

Robert Gruber
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln
(ab 22.09.2016)

Dr. Bettina Hofmann
GFO-Medical-Center, Troisdorf

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 Südwest-
falen e. V., Iserlohn

Geschäftsführer Thomas Köhler
Zweckverband der Krankenhäuser Südwest-
falen 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
Heilig Geist-Krankenhaus, 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
(bis 04.11.2016)

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Sitzungen:

keine

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.
(bis 27.09.2016)

Personalleiter Stefan Jungheim
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsführer Kim-Holger Kreft
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

Sabine Martin
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e. V.
(ab 27.09.2016)

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

Bernhold Möllenhoff
Caritasverband für die
Diözese Münster e. V.
(bis 27.09.2016)

Geschäftsführerin Dipl.-Kauff.
Dipl.-Kauff. Brunhilde Schmalz
Ev. Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Landesverw.-Direktor Martin Skorzak
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Jörn Suermann
Caritasverband für
die Diözese Münster e. V.
(ab 27.09.2016)

Kaufmännischer Direktor
Jörg Wegener
Verband der Privatkliniken NRW e. V.

Noemi Wulff
Landschaftsverband Rheinland

Sitzungen:

29.02.2016 in Düsseldorf
06.09.2016 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“

Mitglieder:

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

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

Angelika Masse
Universitätsklinikum Münster

Birgit Preis
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Elke Grothe-Kühn
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe

Elke Harms
Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH

Elke Schmidt
Klinikum Herford

Heidemarie Rotschopf
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe

Oberin Silke Rothert
Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Dirk Bross
Gesundheits- und
Bildungszentrum Oberberg
Heinz Lepper
LVR-Klinik Bonn

Johannes Jansen
Städtisches Klinikum Solingen

Jörg Wegener
Sana Kliniken Duisburg

Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Reinhold Schulte-Eickholt
Katholische Schule für Pflegeberufe Essen
gGmbH

Thomas Kutschke
kbs | Die Akademie für Gesundheitsberufe

Thomas Weyers
Rhein-Kreis-Neuss Kliniken

Sitzung:

22.03.2016 in Düsseldorf

Landesausschuss für Krankenhausplanung

Zur Erarbeitung insbesondere von Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben des Landeskrankenhausplans notwendig sind, hat das MGEPA den Landesausschuss für Krankenhausplanung nach § 15 KHGG NRW gebildet.

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

Mitglieder für die KGNW:

Geschäftsführer Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Stiftungsvorstand 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:

Vorsitzender Nils Benjamin Krog
ATEGRIS – Die Kette der diakonischen
Krankenhäuser
Regionalholding GmbH

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

Vorstand Martin Eversmeyer
Klinikum Herford

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

Richard Kösters,
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

**Mitglieder für die kommunalen
Spitzenverbände:**

Hauptreferentin Andrea-Vontz-Liesegang
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen

Beigeordneter Dr. Christian von Kraack
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:

Prof. Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Landesrätin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Sitzung:

keine

Satzung der KGNW

beschlossen am 09.06.1997, in der geänderten Fassung vom 08.12.2010

§ 1 Name und Sitz

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

§ 2 Zweck und Aufgaben

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

Austausch von Erfahrungen und Informationen auf dem Gebiete des Krankenhauswesens zu fördern;

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

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

- (3) Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke i. S. 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 Verbandmitglieder bezeichnet) angehören. Spitzenverbände sind die kommunalen

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

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

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitglieder

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

- (2) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Gesellschaft bei der Erfüllung ihrer 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 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 30.09. eines jeden Jahres der Geschäftsstelle die Erlöse aus Pflegesätzen, vor- und nachstationärer Behandlung sowie Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz des Vorjahres zu übermitteln. Auf dieser Grundlage sind von der Geschäftsstelle gem. Abs. 3 die jeweiligen Stimmen der Einzelmitglieder sowie die jeweiligen Stimmen der Verbandsmitglieder für die Mitgliederversammlungen des der Meldung folgenden Jahres zu ermitteln.
- (5) Die Mitgliederversammlung wird vom Präsidenten nach Bedarf, mindestens einmal im Jahr einberufen. Sie ist ferner einzuberufen, wenn Mitglieder, die zusammen über mindestens einen Stimmenanteil von 20 v. H. des Gesamtstimmrechts verfügen, oder 40 Einzelmitglieder oder 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 Buchstabe a) bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder Gesellschaft.

In diesem Fall ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn mindestens 75 v. H. der Stimmen vertreten sind. In einer ordnungsgemäß einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

Beschlüsse der Mitgliederversammlung nach § 8 Abs. 1 Buchstabe b), l) und m) bedürfen einer Mehrheit von 75 v. H. der abgegebenen Stimmen. In diesen Fällen ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn mindestens 75 v. H. der Stimmen vertreten sind. In einer ordnungsgemäß einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

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

(7a) Entgegen der Regelungen des Abs. 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 auscheidenden Präsidenten oder Vizepräsidenten für den Rest der Wahlperiode
- c) Berufung der Beisitzer des Präsidiums
- d) Berufung des Geschäftsführers auf Vorschlag des Präsidiums
- e) Bildung und Auflösung von Ausschüssen gem. § 13, Berufung der Mitglieder sowie der Vorsitzenden der Ausschüsse

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

- g) Beschlussfassung über den Ankauf, die Veräußerung und Belastung von Grundstücken sowie über die Aufnahme von Darlehen

- h) Aufnahme von Mitgliedern

- i) Vorbereitung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung

- j) Beschlussfassung zu Verträgen auf Empfehlung des Hauptausschusses

- k) Benennung von Vertretern der Gesellschaft in Institutionen, wenn die Mitwirkung der Gesellschaft durch Rechtsvorschrift oder daraus abgeleiteten Vereinbarungen vorgesehen ist

- l) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Vorstands

- m) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Hauptausschusses.

- (3) Der Vorstand besteht je zur Hälfte aus von der Mitgliederversammlung gewählten Vertretern der Einzelmitglieder und aus benannten Mitgliedern. Das Benennungsrecht für je einen Vertreter im Vorstand haben:

- Spitzenverbände, sofern ihnen in Nordrhein-Westfalen mindestens sieben Krankenhausträger angeschlossen sind,

- der Landschaftsverband Rheinland
- der Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- das für die Universitätskliniken zuständige Fachministerium des Landes Nordrhein Westfalen.

Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Die Amtsdauer beträgt drei Jahre.

- (4) Dem Vorstand gehört zusätzlich der von der Mitgliederversammlung auf drei Jahre zu wählende Präsident an. Die beiden Vizepräsidenten werden von der Mitgliederversammlung aus dem Kreise der Vorstandsmitglieder gewählt.
- (5) Der Vorstand kann anstelle der Mitgliederversammlung in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist den Mitgliedern unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Mitgliedes sind sie auf der nächsten Mitgliederversammlung erneut zu behandeln.
- (6) Der Vorstand wird vom Präsidenten nach Bedarf einberufen. Den Vorsitz führt der Präsident. Der Vorstand ist einzuberufen, wenn mindestens 25 v. H. der Vorstandsmitglieder dies unter Angabe der Verhandlungspunkte verlangen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor

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

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

(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 i. S. 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 Kreise 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.
- 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.

§ 12 Geschäftsführer

- (1) Der Geschäftsführer führt die laufenden Geschäfte der Gesellschaft; er ge-

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

d. h.	das heißt	EKV	Bundesmantelvertrag- Ärzte/Ersatzkassen
DIMDI	Deutsches Institut für me- dizinische Dokumentation und Information	EPA	elektronische Patientenakte
DKG	Deutsche Krankenhausge- sellschaft	EPRD	Endoprothesenregister Deutschland
DKTIG	Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informati- onsverarbeitung GmbH	etc.	et cetera
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	EU	Europäische Union
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psycho- somatik	EuGH	Europäischer Gerichtshof
DKV	Deutsches Krankenhausver- zeichnis	e. V.	eingetragener Verein
DMP	Disease Management Pro- gramm	evtl.	eventuell
DRG	Diagnosis Related Groups	EWG	Europäische Wirtschaftsge- meinschaft
DSO	Deutsche Stiftung Organ- spende	FAQ	frequently asked questions
eFA	elektronische Fallakte	FPG	Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpau- schalengesetz)
EG	Europäische Gemeinschaft	FPV	Fallpauschalenver- einbarung
eGK	elektronische Gesundheits- karte	G-BA	Gemeinsamer Bundesaus- schuss
EKR-NRW	Epidemiologisches Krebs- register NRW	G-DRG	German Diagnosis Related Groups
		gem.	gemäß

gematik	Gesellschaft für Telematik- anwendungen der Gesund- heitskarte mbH	InEK	Institut für das Entgelt- system im Krankenhaus gGmbH
ggf.	gegebenenfalls	Invfög	Investitionsförderungsge- setz NRW
GKV	Gesetzliche Krankenversi- cherung	IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein- Westfalen
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Kranken- versicherung	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ge- sundheitswesen
GKV-WSG	Gesetz zur Weiterentwick- lung der Strukturreform in der gesetzlichen Kranken- versicherung	IPQ	Internet Portal Qualitätsbe- richt
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung	i. S.	im Sinne
GmbH	Gesellschaft mit beschränk- ter Haftung	i.V.m.	in Verbindung mit
GmbH	Gesellschaft mit beschränk- ter Haftung	KBV	Kassenärztliche Bundesver- einigung
HBA	Heilberufausweis	KFPV	Krankenhausfallpauscha- lenverordnung
HPC	Health Professional Card	KG NW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
HWG	Heilmittelwerbegesetz	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
ICD	Internationale Klassifikati- on der Krankheiten, Verlet- zungen und Todesursachen	KHStatV	Krankenhausstatistikver- ordnung
i.d.F.	in der Fassung	KHG	Krankenhausfinanzierungs- gesetz

KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen	LSG NW	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz	mbH	mit beschränkter Haftung
KHHygVO	Krankenhaushygieneverordnung	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
KIS	Krankenhausinformationssysteme	MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention	Mio.	Million
KrPflG	Krankenpflegegesetz	MPG	Medizinproduktegesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus	MPV	Verordnung über Medizinprodukte (Medizinprodukte-Verordnung)
KV	Kassenärztliche Vereinigung	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	Nr.	Nummer
LAGA	Landesarbeitsgemeinschaft Abfall	NRW	Nordrhein-Westfalen
LAG	Landesarbeitsgericht	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
LBFW	Landesbasisfallwert	o. g.	oben genannte
LG	Landgericht	OLG	Oberlandesgericht
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
		OSP	Onkologische Schwerpunkte

OVG	Oberverwaltungsgericht	sog.	so genannte
PauschKHFVO	Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung	TEP	Totale Endoprothese
		TPG	Transplantationsgesetz
PfLG NW	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen	TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
PKV	Private Krankenversicherung	u. a.	unter anderem
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung	UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie	VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
QR	Quick Response = schnelle Reaktion auf Änderungen	VBE	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen
QR-Check	Qualitätssicherung aus Routinedaten (Projekt)	VG	Verwaltungsgericht
		vgl.	vergleiche
RSA-ÄndV	Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	v. H.	vom Hundert
RKI	Robert Koch-Institut	WHO	Weltgesundheitsorganisation / World Health Organisation
SchV-KHG	Schiedsstellenverordnung Krankenhausfinanzierungsgesetz	Ziff.	Ziffer
SG	Sozialgericht	ZTG	Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH
SGB	Sozialgesetzbuch		
SGG	Sozialgerichtsgesetz		

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