

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Geschäftsbericht 2017





KG NW

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
Finanzierung und Planung.....	11
Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse	32
Medizin	68
Recht und Personal/Vorstand	82
Politik, PR und Presse	103
Finanzen, Personal und Organisation	132
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW.....	133
Satzung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	153
Abkürzungsverzeichnis	165
Organigramm	170
Impressum.....	171

Vorbemerkung



KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum

Die Tätigkeitsschwerpunkte der KGNW-Geschäftsstelle im Berichtszeitraum 06.12.2016 bis 05.12.2017 sind im Folgenden kurz zusammengefasst: Rückblickend liegt für die KGNW und ihre Mitglieder erneut ein ereignisreicher Berichtszeitraum vor. Politisch geprägt wurde das Jahr durch Wahlen auf Bundes- und Landesebene. In Nordrhein-Westfalen wurde am 14.05.2017 die rot-grüne Landesregierung unter Ministerpräsidentin Hannelore Kraft mit Gesundheitsministerin Barbara Steffens abgewählt. Die neue schwarz-gelbe NRW-Regierung wird von Ministerpräsident Armin Laschet geführt und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales wieder von Minister Karl-Josef Laumann.

Ein zentrales Thema im Berichtszeitraum war die Planung und Umsetzung von Maßnahmen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser im „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ – mit dem Ziel, 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-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) im Auftrag der KGNW erstellt wurde. Mit Anschreiben an Kandidaten, weiteren Regionalveranstaltungen, lokalen und überregionalen Gesprächsangeboten, stützenden Anzeigen sowie entsprechender Medienarbeit wurden bis zur Wahl und zum Koalitionsvertrag das Problem und die Folgen der unzureichenden Investitionsfinanzierung mit Erfolg deutlich gemacht und transparent über die Bündnis-Homepage www.gesunde-krankenhaeuser.de dargestellt.

Die neue schwarz-gelbe Landesregierung ist angetreten, die Situation der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen grundlegend zu verbessern. Im Koalitionsvertrag wurde das im Wahlkampf gegebene Versprechen mit folgendem Satz bekräftigt: „Das Land wird damit seinen Verpflichtungen zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser besser nachkommen mit dem Ziel, nachhaltig eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.“ (Koalitionsvertrag für Nordrhein-Westfalen 2017–2022, S. 95)

Der am 12.10.2017 verabschiedete Nachtragshaushalt für das Jahr 2017 ließ hoffen, dass die Landesregierung und die sie tragenden Fraktionen beabsichtigen, diese Zusicherung einzulösen. Es wurden 250 Mio. € zusätzlich eingestellt, die für Investitionen in eine bessere Patientenversorgung, die Krankenhaus-

infrastruktur und für die Entlastung der Beschäftigten dringend benötigt werden.

Nach Vorlage des Haushaltsentwurfs 2018 mussten die Krankenhäuser dann jedoch erkennen, dass die Aufstockung der Mittel ein Schritt in die richtige Richtung war und erste, kleinere Investitionen in Geräte und Gebäude getätigt werden konnten, dass aber mit dem Haushalt 2018 das Vorhaben der Landesregierung, die Investitionskostenfinanzierung für Krankenhäuser auf ein gesundes Niveau zu heben und den Investitionsstau nachhaltig abzubauen, ins Straucheln gekommen ist.

In der Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses am 27.11.2017 hat KGNW-Präsident Jochen Brink die berechtigten Erwartungen des Bündnisses für gesunde Krankenhäuser vorgetragen und betont, dass es ein gesundes NRW nur mit gesunden Krankenhäusern geben kann. Wir erwarten, dass die Landesregierung ihrer Verantwortung und den gegebenen Versprechen gerecht wird. Wir brauchen eine verlässliche und transparente Aussage darüber, wie wir das Problem der anerkannten Förderlücke in den nächsten Jahren angehen. Eine Debatte über Strukturen darf davon nicht ablenken. Wenn die Landesregierung mit uns im Jahr 2018 gemeinsam weitere Schritte gehen will, stehen wir für Gespräche über die Krankenhauslandschaft in NRW zur Verfügung. An der Höhe der notwendigen Investitionen für die flächendeckende Versorgung ändert sich dadurch allerdings nichts.

Im Bereich der Krankenhausfinanzierung war die Arbeit der KGNW im Jahr 2017 besonders geprägt durch zwei Schiedsverfahren.

Ein Schiedsverfahren vor der Schiedsstelle-KHG Rheinland betraf die Festsetzung des Landesbasisfallwertes 2017. Nachdem die Verhandlungen über einen Landesbasisfallwert 2017 nach drei Verhandlungsrunden im Januar 2017 übereinstimmend von den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW für gescheitert erklärt worden waren, erfolgte einvernehmlich eine Anrufung der Schiedsstelle-KHG Rheinland. Nach einem Schiedsstellentermin im Mai 2017 haben sich die Vertragsparteien im Juni 2017 auf eine „Vereinbarung über den landesweiten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG für das Jahr 2017 in Nordrhein-Westfalen“ verständigt. Die Vertragsparteien haben den Landesbasisfallwert 2017 in Höhe von 3.355,00 € vereinbart. Die landesweite Erlössumme für das Jahr 2017 liegt mit der Vereinbarung bei rund 16,85 Mrd. €. Im Zuge der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2017 wurden zusätzlich bereits die wesentlichen Eckpunkte für die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2018 festgelegt.

Darüber hinaus war die KGNW in diesem Jahr intensiv in die Verhandlungen auf Bundesebene über die sog. Erhöhungsraten aufgrund von Tariferhöhungen für das Jahr 2017 eingebunden. Diese wurde von den Vertragsparteien auf Bundesebene mit 0,48 % vereinbart. Im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes ergibt sich daraus eine anteilige Erhöhungsratenhöhe von 0,16%. Ergänzend dazu wurde eine gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung der anteiligen Erhöhungsraten beim Landesbasisfallwert 2018 abgestimmt. Im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung ergibt sich eine anteilige Erhöhungsratenhöhe von 0,19%. Das

bundesweite Volumen dieser Vereinbarung beläuft sich auf rund 125 Mio. €, für NRW auf rund 30 Mio. €.

Ein zweites Schiedsverfahren erfolgt aktuell zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein. Vor einer unabhängigen Schiedsperson wird dabei die Festsetzung der Vergütungsvereinbarung 2017 angestrebt. Nachdem die Verhandlungen über eine Vergütungsvereinbarung 2017 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger im Landesteil Nordrhein und der KGNW nach langwierigen Verhandlungen gescheitert waren, wurde von der KGNW ein Schiedsverfahren angestrengt. Die diesbezüglichen Anträge sind seitens der KGNW gestellt. Das Verfahren ist aktuell noch nicht abgeschlossen, mit einer Terminierung wird für Dezember 2017 gerechnet.

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der Krankenhausfinanzierung ergab sich im Jahr 2017 aus der Einbindung der KGNW auf Bundesebene bei der Umsetzung der Finanzierungsmodalitäten nach dem neuen Pflegeberufegesetz. Nach den neuen gesetzlichen Vorschriften waren zwischen verschiedenen Beteiligten auf Bundesebene (Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen, PKV-Verband, Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und DKG) Vorschläge – im Benehmen mit den Ländern – zu den Regelungsinhalten einer diesbezüglichen Rechtsverordnung zu erarbeiten und zu verhandeln. Diese Vorschläge richten sich an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit, welche ihrerseits die diesbezügliche Rechtsverordnung zu er-

lassen haben. Neben Vorschlägen zu detaillierten Regelungsinhalten dieser Rechtsverordnung wurde gegenüber dem Gesetzgeber auch weiterer gesetzlicher Klarstellungs- und Regelungsbedarf adressiert, um die Funktionsfähigkeit der zukünftigen Ausbildungsfinanzierung zu gewährleisten.

Der Bereich der Krankenhausplanung war besonders geprägt durch die weitere Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015. So hat das ehemalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter beispielsweise im Bereich der Planung von Ausbildungskapazitäten für Gesundheitsfachberufe eine deutliche Verschlinkung des Planungsverfahrens vorgenommen, für deren Umsetzung sich die KGNW ausdrücklich ausgesprochen hatte.

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der Krankenhausplanung lag darin, zu diversen krankenhauserischen Themen Stellung zu nehmen. Zu nennen sind hier insbesondere ein aktuelles Gesetzgebungsverfahren zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW sowie die zukünftige Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten im Krankenhausplan.

Die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nimmt nach vielen Jahren der Vorbereitung langsam Fahrt auf. Die neu bei der KGNW eingerichtete Datenannahmestelle Krankenhaus nimmt seit Januar 2017 Daten für die ersten beiden Verfahren „Perkutane transluminale Koronarangioplastie und Koronarangiografie (PCI)“ und „Vermeidung postoperativer Wundinfektionen (QS WI)“ entgegen. In einer außerordentlichen

Mitgliederversammlung im Mai 2017 hat sich die KGNW-Mitgliedschaft bis auf Weiteres für eine Fortführung dieser Datenannahmestelle ausgesprochen, obwohl eine Finanzierung durch die Krankenkassen abgelehnt worden war. Seit August 2017 werden regelmäßig Jahres- und Quartalsauswertungen für die Krankenhäuser über gesicherte Zugänge zu einem Portal bereitgestellt. Auch die Verhandlungen zur Bildung einer Landesarbeitsgemeinschaft Qesü (LAG Qesü NRW) konnten im September 2017 erfolgreich abgeschlossen werden, sodass die LAG Qesü NRW Anfang 2018 ihre Arbeit aufnehmen kann.

Als eines der ersten Fehlerberichtssysteme konnte CIRS-NRW die Konformität mit der „Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme“ (üFMS-B) des G-BA nachweisen und stellt seit dem 25.04.2017 Teilnahmebescheinigungen für Krankenhäuser aus, die freiwillig an CIRS-NRW teilnehmen. Krankenhäuser können hierfür Vergütungszuschläge gem. § 17b Abs. 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnen. Auf dem 5. CIRS-Gipfel am 20.11.2017 in Münster konnte auf erfolgreiche fünf Jahre CIRS-NRW zurückgeblickt und berichtet werden, dass im Oktober bereits 1.000 Berichte zu kritischen Ereignissen verzeichnet werden konnten.

Das Jahr 2018 wird neue Herausforderungen für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus bringen. Dazu gehören die ersten Jahresergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, neue Mindestmengenregelungen und die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Spätestens seit Bekanntwerden der Cyberattacke Anfang des Jahres 2016 auf das Lukas-Krankenhaus in Neuss stehen die Themen „Informationssicherheit“ und „Schutz kritischer Infrastrukturen“ ganz oben auf der Agenda der Krankenhäuser. Dabei richteten sich die Attacken nicht gezielt auf die Gesundheitsbranche. Nichtsdestotrotz haben Angriffe in einigen Fällen massive Auswirkungen auf den Regelbetrieb. Die Bestimmungen des IT-Sicherheitsgesetzes und der Verordnung zur Bestimmung Kritischer Infrastrukturen, welche am 30.06.2017 durch die Änderungsverordnung in Kraft getreten ist, legen fest, dass zugelassene Krankenhäuser, die eine jährliche vollstationäre Fallzahl von 30.000 Fällen überschreiten, ihre kritische Infrastruktur bis zum 31.12.2017 bei einer Kontaktstelle beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik registrieren und bis 30.06.2019 ein dem branchenspezifischen Sicherheitsstandard entsprechendes Informationssicherheitsmanagement nachweisen müssen.

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) schreitet weiter voran. Der Start der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) der eGK in der Testregion Nordwest wurde am 08.07.2017 abgeschlossen. Am 10.11.2017 hat die gematik die Zulassung erster Produkte und Dienste der Industrie zum bundesweiten Betrieb der ersten Anwendung VSDM verkündet. Parallel verhandelt die DKG über den Telematikzuschlag für den Anschluss der Krankenhäuser an die Telematikinfrastruktur. Der Anschluss der Leistungserbringer an die TI soll bis zum 31.12.2018 abgeschlossen sein.

Das EFRE-Förderprojekt „I/E-Health NRW – Hand in Hand bestens versorgt – interdisziplinäre E-Health-Dienste für die Gesundheitswirtschaft in NRW“, gestartet am 01.09.2016, umfasst ein Projektvolumen in Höhe von 8,4 Mio. €. Ziel des Projektes, das vom eigens hierfür gegründeten Digital Healthcare NRW e. V. geführt wird, ist die sektorenübergreifende integrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Beteiligung aller an der Behandlung mitwirkenden Einrichtungen und Professionen. Die Arbeiten fokussierten sich im Jahr 2017 auf die Anforderungserhebung und die Vorbereitung des Einsatzes der elektronischen Fallakte (EFA 2.0) und auf das Thema Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht.

2018 werden die Telematikinfrastruktur, die Umsetzung der Anforderungen der KRISTIS-Verordnung und die Regelungen der im Zeichen der Umsetzung der ab 25.05.2018 geltenden europäischen Datenschutzgrundverordnung und der neuen europäischen Medical Device Regulation (MDR) stehen.

Der Berichtszeitraum war auch wesentlich geprägt von Diskussionen über die ambulante Notfallversorgung und die Einführung von Personaluntergrenzen in der Pflege. Beide Themen haben die öffentliche und gesundheitspolitische Agenda in diesem Jahr bestimmt. Die KGNW hat dazu Konzepte erarbeitet und NRW-Positionen auf Bundesebene und in den DKG-Gremien vertreten. Dazu gehört die Erarbeitung einer Position der Krankenhäuser zu einem gemeinsamen Sicherstellungsauftrag und einer Neuordnung der Finanzierungssystematik in der ambulanten Notfallversor-

gung, die am 16.10.2017 in die entsprechende DKG-AG eingebracht wurde.

Im Rahmen des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V stand die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen zur „ambulanten Notfallbehandlung“, Neustrukturierung der Leitstellen/Zusammenlegung der Notfallnummern 116/117/112 und Identifikation von Best-Practice-Beispielen für eine sektorenübergreifende Fallsteuerung (u. a. Triage) und Notfallbehandlung im Mittelpunkt. Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V verantwortet auch den Start von zwei Modellprojekten im Landesteil Westfalen-Lippe und fünf Modellprojekten im Landesteil Nordrhein zum letzten Quartal 2017 zur „Verbesserung der geriatrischen Versorgung“.

Bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen gem. § 137i SGB V setzt sich die KGNW für die Berücksichtigung eines „leeren“ Arbeitsmarktes, einer vollständigen Refinanzierung der mit dem Gesetz verbundenen Anforderungen an die personelle Ausstattung der Pflege, realitätsnahe Übergangsregelungen und Ausnahmetatbestände sowie bürokratiearme Dokumentationspflichten ein.

Im Rahmen der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) wurde ein „klärender Dialog“ mit mehr als 80 % der Perinatalzentren in NRW zur Festlegung eines Zeit- und Maßnahmenplans mit dem Ziel einer vollständigen Erfüllung der Anforderungen der QFR-RL an die pflegerische Versorgung bis spätestens zum 31.12.2019 geführt.

Als neue Instrumente der Hygiene-Initiative wurde gemeinsam mit dem MAGS und dem Landeszentrum Gesundheit (LZG) der Krankenhaushygienebericht 2017 NRW erstellt und Schulungsvideos für die Mitarbeiter in den Krankenhäusern angeboten.

Die Rechtsberatung unserer Mitglieder lag schwerpunktmäßig auf den Themen MDK-Prüfverfahren, Vergütungsrecht/Abrechnungsrechtsfragen, ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und auf Fragestellungen, die sich durch die zahlreichen Änderungen beim Entlassmanagement ergeben haben. Weiterhin standen juristische Bewertungen von ambulanter Versorgung (Notfallbehandlung und ambulantes Operieren), Kooperationen von Krankenhäusern und Vertragsärzten, landesspezifische Rechtsfra-

gen (Landesverträge nach § 112 und 115 SGB V), Wahlleistungen (Unterkunft, Wahlarzt, medizinische Wahlleistungen) im Fokus des Berichtszeitraums.

Die federführende Verhandlung von Selbstverwaltungsaufgaben auf Landesebene wurde beim Landesvertrag nach § 5 APG, den Landesvereinbarungen zur Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin sowie den Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin wahrgenommen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. J. J.', with a long horizontal line extending to the right.

Finanzierung und Planung

Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes für das Land NRW

Landesbasisfallwert 2017

Der Gesetzgeber hat die Vertragsparteien auf der Landesebene verpflichtet, alljährlich einen Landesbasisfallwert mit Wirkung für die örtlichen Vertragsparteien für das folgende Kalenderjahr zu vereinbaren.

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2017 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW begannen nach Aufforderung durch die KGNW am 21.11.2016. Krankenhausseitig wurden die Verhandlungen erneut von der KGNW-Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ geführt.

Die Ausgangsgrundlage für die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2017 lag bei 3.278,19 € (Landesbasisfallwert 2016). Unter Berücksichtigung des Veränderungswertes für das Jahr 2017 in Höhe von 2,5 % lag die Obergrenze für die Verhandlungen bei 3.360,14 €. Der Bundesbasisfallwertkorridor für das Jahr 2017 wurde zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene mit einer unteren Korridorgrenze von 3.341,67 € vereinbart.

Zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW konnte in den Verhandlungen über den Landesbasisfallwert 2017 keine Einigung erzielt werden. Da die Vertragsparteien auf dem Verhandlungsweg keine Annäherung in ihren Positionen erreichen konnten, wurden die Verhandlungen am 24.01.2017 nach drei Verhandlungsrunden übereinstimmend für gescheitert erklärt.

Die KGNW hat daraufhin – wie mit den Landesverbänden der Kostenträger vereinbart – die Schiedsstelle-KHG Rheinland zwecks Festsetzung des Landesbasisfallwertes 2017 angerufen.

Am 19.05.2017 hat ein Schiedsstellentermin zur Festsetzung des Landesbasisfallwertes 2017 vor der Schiedsstelle-KHG Rheinland stattgefunden. Dieser Termin hat nicht zu einer Festsetzung geführt, vielmehr wurde ein Auflagenbeschluss gefasst, mit dem den Vertragsparteien aufgegeben wurde, in weitere Verhandlungen zu treten und etwaige Einigungsmöglichkeiten auszuloten.

In den weiteren Verhandlungen haben sich die Landesverbände der Kostenträger und die KGNW im Juni 2017 auf eine „Vereinbarung über den landesweiten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG für das Jahr 2017 in Nordrhein-Westfalen“ verständigt.

Die Vertragsparteien haben den Landesbasisfallwert 2017 in Höhe von 3.355,00 € vereinbart. Die landesweite Erlössumme für das Jahr 2017 liegt mit der Vereinbarung bei rund 16,85 Mrd. €. Das ehemalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter hat den Landesbasisfallwert 2017 mit Wirkung zum 01.07.2017 genehmigt. Dieser Wert war für die Budgetverhandlungen 2017 maßgeblich und bei der Abrechnung zugrunde zu legen.

Der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2017 ging wieder eine intensive Phase der

Vorbereitung, Kalkulation sowie letztlich der Verhandlung und Durchführung des Schiedsstellenverfahrens voraus. Ein hohes Maß an Unterstützung erfuhr die Geschäftsstelle

auch in diesem Jahr wieder durch die seitens des Hauptausschusses der KGNW im Jahr 2003 gebildete KGNW-Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“.



Quelle: eigene Abfrage, KGNW

Landesbasisfallwert 2018

Im November 2017 begannen die Gespräche zum Landesbasisfallwert 2018. Die wesent-

lichen Eckpunkte für die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2018 wurden bereits im Zuge der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2017 festgelegt.

G-DRG-System

Einen weiteren Tätigkeitsschwerpunkt des Referates 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 2017 auf eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2018 (FPV 2018) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2018 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

Fallpauschalenkatalog 2018

Der G-DRG-Katalog 2018 wurde von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene im September 2017 auf Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart. In die Kalkulation des neuen G-DRG-Katalogs gingen

die Falldaten aus 248 Krankenhäusern ein. Die Datenbasis der Systementwicklung erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr leicht um 6 Krankenhäuser. Die Datenqualität hat sich nach Aussage des InEK weiter verbessert. Die Anzahl der im Jahr 2018 für die Abrechnung verfügbaren Fallpauschalen beträgt 1.292.

Die im Katalog für das Jahr 2017 zum ersten Mal vorgenommene veränderte Bewertung der Sachkosten und die Absenkung bzw. Abstufung von Bewertungsrelationen einzelner DRGs wurden vereinbarungsgemäß fortgesetzt. Die Sachkosten wurden durchschnittlich um 6,99 % abgewertet und im Gegenzug die Personal- und Infrastrukturkosten um 1,86 % aufgewertet.

Es wurden zwei neue Zusatzentgelte zur Abbildung eines erhöhten Pflegeaufwandes bei Patienten mit einem Pflegegrad nach der sozialen Pflegeversicherung eingeführt, ein Zusatzentgelt ZE162 in Höhe von 107,14 € und ein ZE163 in Höhe von 219,56 €. Die Abrechnung eines der beiden Zusatzentgelte ist ab einem Pflegegrad von 3 und einer Verweildauer von mindestens 5 Tagen möglich und an die DRG, in die der Patient eingruppiert wurde, gebunden. Im Anhang 1 der Entgeltkataloge sind in zwei Tabellen die

bewerteten vollstationären DRGs aufgeführt, mit denen im Zusammenhang jeweils eines der beiden Zusatzentgelte für Pflegebedürftigkeit abgerechnet werden kann.

Des Weiteren erfolgte eine Weiterentwicklung der sog. Bluter-Entgelte. Das bestehende intrabudgetäre Zusatzentgelt wurde aufgeteilt und mit getrennten Schwellenwerten versehen. Hintergrund für die nun bestehende Dreiteilung des Zusatzentgeltes war die

unterschiedliche Verteilung der Gerinnungsfaktoren auf das Gesamtvolumen der abgeschätzten Kosten.

Abrechnungsbestimmungen 2018 (FPV 2018)

Die Abrechnungsbestimmungen nach der FPV für das Jahr 2018 weisen keine grundlegenden inhaltlichen Änderungen gegenüber den Abrechnungsbestimmungen des Jahres 2017 auf.

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2016

Krankenhäuser	Krankenhäuser insgesamt			Öffentliche Krankenhäuser			Freigemeinnützige Krankenhäuser			Private Krankenhäuser		
		Betten Anzahl	Betten je 100.000 Einwohner		Betten Anzahl	Betten je 100.000 Einwohner		Betten Anzahl	Betten je 100.000 Einwohner		Betten Anzahl	Betten je 100.000 Einwohner
Deutschland	1.951	498.718	605,6	570	238.803	290	674	166.858	202,6	707	93.057	113
Baden-Württemberg	266	55.940	512,5	89	36.872	337,8	65	11.685	107	112	7.383	67,6
Bayern	357	76.128	590,7	160	54.119	419,9	46	8.566	66,5	151	13.443	104,3
Berlin	81	20.127	567,4	3	7.740	218,2	33	8.485	239,2	45	3.902	110
Brandenburg	56	15.291	614,2	22	8.201	329,4	15	2.705	108,6	19	4.385	176,1
Bremen	14	5.184	767,9	5	3.228	478,1	5	1.228	181,9	4	728	107,8
Hamburg	54	12.547	697,5	5	1.708	94,9	12	4.020	223,5	37	6.819	379,1
Hessen	162	36.170	583,9	51	19.214	310,2	41	9.373	151,3	70	7.583	122,4
Mecklenburg-Vorpommern	39	10.291	638,6	7	3.265	202,6	12	1.783	110,6	20	5.243	325,3
Niedersachsen	187	41.942	528,5	45	17.006	214,3	69	15.463	194,8	73	9.473	119,4
Nordrhein-Westfalen	348	119.645	669,2	78	36.859	206,2	230	73.149	409,2	40	9.637	53,9
Rheinland-Pfalz	86	25.248	622	16	9.306	229,2	52	14.220	350,3	18	1.722	42,4
Saarland	23	6.490	651,5	8	3.707	372,1	13	2.747	275,8	2	36	3,6
Sachsen	78	25.902	634,3	34	16.148	395,5	16	3.051	74,7	28	6.703	164,2
Sachsen-Anhalt	48	15.894	709,3	12	7.788	347,5	18	3.818	170,4	18	4.288	191,4
Schleswig-Holstein	108	16.053	559,3	20	6.878	239,6	36	3.291	114,7	52	5.884	205
Thüringen	44	15.866	733	15	6.764	312,5	11	3.274	151,3	18	5.828	269,3

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, 2016

Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Auch die Weiterentwicklung und Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen bildete in diesem Jahr wiederum einen Tätigkeitsschwerpunkt des Referates. Hierzu zählte insbesondere die diesbezügliche Mitarbeit in den Gremien der DKG. Zudem beteiligte sich die KGNW wieder aktiv an der Erarbeitung der Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach der Bundespflegesatzverordnung, die den Krankenhäusern alljährlich per 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 2017 auf eine Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2018 (PEPPV 2018) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2018 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

PEPP-Katalog 2018

Der PEPP-Katalog für 2018 zeigt nur geringfügige Veränderungen gegenüber dem Katalog 2017. Die Anzahl der vollstationären PEPP in allen Strukturkategorien ist von 34 auf 36 angestiegen (ohne Fehler und sonstige PEPP). Die Vergütungsklassen sind für das Jahr 2018

über alle PEPP insgesamt um 29 gestiegen. Die Anzahl der ergänzenden Tagesentgelte ist gegenüber 2017 unverändert geblieben.

Als weitreichendste Veränderung ist die Aufnahme der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) im PEPP-Katalog zu nennen. Für den neuen Versorgungsbereich der StäB werden im PEPP-Katalog 2018 zwei neue Anlagen eingefügt. Entsprechend der üblichen Systematik des PEPP-Kataloges ist eine Anlage 6a für bewertete und eine Anlage 6b für unbewertete „PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung“ vorgesehen. Da eine Kalkulation und Bewertung der neuen Entgelte durch das InEK noch nicht möglich ist, werden allerdings lediglich in Anlage 6b zwei unbewertete PEPP-Entgelte und eine Fehler-PEPP ausgewiesen.

Abrechnungsbestimmungen 2018 (PEPPV 2018)

Die Verhandlungen zu den Abrechnungsbestimmungen nach der PEPPV 2018 waren in diesem Jahr von zwei Schwerpunkten geprägt. Zum einen erfolgten Anpassungen im Rahmen der Weiterentwicklung des PEPP-Systems. Die Fristen für eine Fallzusammenfassung werden ab dem Jahr 2018 von 21 Tagen auf 14 Tage bzw. von 120 Tagen auf 90 Tage reduziert. Bei Fällen mit Aufnahmetag aus unterschiedlichen Jahren erfolgen zukünftig keine Fallzusammenfassungen mehr. Die Neuregelung wird erstmals für den Jahreswechsel 2018/2019 angewendet. Zum anderen erfolgte die Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung.

Ambulante Leistungen

Punktwert für die Abrechnung von Leistungen nach §§ 115b und 116b SGB V

Die Landesverbände der Kostenträger – sowohl im Landesteil Nordrhein als auch im Landesteil Westfalen-Lippe – haben Ende 2016 darüber informiert, dass der Punktwert für Leistungen nach §§ 115b SGB V und 116b SGB V im Jahr 2017 in Höhe von 10,5300 Cent vergütet wird. Diese Höhe entspricht dem vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für das Jahr 2017. Für beide Landesteile wurde die Höhe des Punktwertes jedoch als vorläufig bezeichnet bzw. unter Vorbehalt gestellt. Hintergrund war, dass die Landesverbände der Kostenträger mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des Orientierungswertes jeweils bis zum 31.10. eines jeden Jahres einen regionalen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist, abzuschließen haben. Diese Verhandlungen waren in beiden Landesteilen für das Jahr 2017 noch nicht abgeschlossen.

Da für beide Landesteile die Höhe des Punktwertes für das Jahr 2017 als vorläufig bezeichnet wurde bzw. unter Vorbehalt gestellt wurde, hat die KGNW ihrerseits den Mitgliedskrankenhäusern einen Textbaustein für eine Vorbehaltserklärung zur Verfügung gestellt. Dieser konnte gegenüber den Krankenkassen geäußert werden, sofern ein Vorbehalt krankenhausesseitig dokumentiert werden sollte.

Im November 2017 haben die Landesverbände der Kostenträger in Westfalen-Lippe mitgeteilt, dass aufgrund der nunmehr abgeschlossenen Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe der regionale Punktwert für das Jahr 2017 in Höhe von 10,5300 Cent festgesetzt wurde. Damit ist für den Landesteil Westfalen-Lippe die Vorläufigkeit des Punktwertes für die Abrechnungen der Leistungen nach §§ 115b und 116b SGB V für das Kalenderjahr 2017 aufgehoben worden. Für den Landesteil Nordrhein gilt die Vorläufigkeit des Punktwertes hingegen weiterhin.

Für das Jahr 2018 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss den Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen auf 10,6543 Cent festgelegt. Die Landesverbände der Kostenträger in Westfalen-Lippe haben bereits darüber informiert, dass dieser Punktwert für Leistungen nach §§ 115b SGB V und 116b SGB V im Jahr 2018 Anwendung finden soll. Allerdings wurde die Höhe des Punktwertes wiederum als vorläufig bezeichnet beziehungsweise unter Vorbehalt gestellt, da die Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe über den regionalen Punktwert für das Jahr 2018 noch nicht abgeschlossen sind. Die KGNW hat den Mitgliedskrankenhäusern insoweit für den Landesteil Westfalen-Lippe wiederum einen Textbaustein für eine Vorbehaltserklärung zur Verfügung gestellt.

Für den Landesteil Nordrhein fehlt aktuell noch eine Information der Landesverbände

der Kostenträger darüber, welcher Punktwert für Leistungen nach §§ 115b SGB V und 116b SGB V im Jahr 2018 Anwendung finden soll.

Ambulante spezialfachärztliche Behandlung (ASV)

Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sollen GKV-Spitzenverband, KBV und DKG perspektivisch die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in € sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte vereinbaren. Die Kalkulation soll dabei auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen erfolgen.

Bis zum Inkrafttreten einer solchen Vereinbarung erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM. Der Bewertungsausschuss hat den EBM jeweils 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 Gebührenord-

nungspositionen des EBM festgelegt, der sog. 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.

Ein Tätigkeitsschwerpunkt des Referates im Hinblick auf die ASV 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.

Am 12.05.2017 haben GKV-Spitzenverband, KBV und DKG fünf Jahre nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes gemeinsam dem Bundesministerium für Gesundheit den Bericht zu den Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung vorgelegt. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Informationen werden die Struktur der ASV sowie die Fallzahlentwicklung in den bislang umgesetzten Konkretisierungen Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (TBC) und gastrointestinale Tumore und Tumore der

Bauchhöhle (GIT) dargestellt. Damit liegt ein bundesweites Bild der Versorgungsstrukturen dieser beiden ASV-Konkretisierungen vor. Regionale Unterschiede werden anhand der vorliegenden Informationen sichtbar.

Erstmals verloren im Jahr 2017 Altbestimmungen zur Ambulanten Behandlung im Krankenhaus gem. § 116b SGB V (alt) zur Tuberkulose und atypischen Mykobakteriose sowie zu den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle zum 23.04.2017 sowie zum 25.07.2017 ihre Wirksamkeit. Bei fortbestehendem Interesse an der Erbringung der betroffenen Leistungen mussten Krankenhäuser frühzeitig eine erkrankungsbezogene Anzeige gegenüber dem jeweils zuständigen erweiterten Landesausschuss stellen. Die Abrechnungsmodalitäten auch für die Krankenhäuser mit einer ehemaligen entsprechenden Bestimmung der Landesplanungsbehörde hatten damit gem. der Vereinbarung zum Abrechnungsverfahren zu erfolgen.

Ambulante Notfallbehandlung

Die durch das Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Erweiterung der Aufgaben des ergänzten Bewertungsausschusses sollte dazu dienen, bis Ende 2016 Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im EBM differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu entwickeln.

Mit Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses vom 07.12.2016 über die ambulante Notfallvergütung hat sich ein von KBV und GKV-Spitzenverband gemeinsam getragener Beschlussentwurf zur Schweregrad-

differenzierung ambulanter Notfalleistungen gegen die Stimmen der DKG durchgesetzt.

Der Beschluss wurde dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung zugeleitet. Die Forderung der DKG nach einer Beanstandung hat das Bundesministerium für Gesundheit negativ beschieden. Damit trat der Beschluss am 01.04.2017 in Kraft.

Mit den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01205 und 01207 werden erstmals sog. Abklärungspauschalen im EBM zur Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit etabliert. Dabei wird jeweils nach der Uhrzeit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz unterschieden. Gemäß der neu eingeführten Bestimmung Nr. 7 des Abschnitts 1.2 EBM sind diese GOP dann zu berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder aufgrund der Umstände vertretbar ist. Die neuen Abklärungspauschalen erfordern als obligaten Leistungsinhalt neben dem Arzt-Patienten-Kontakt zusätzlich die „Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit“.

Diese sog. „Wegschickpauschale“ für Notaufnahmen ist berechtigterweise auf deutliche Kritik der Öffentlichkeit gestoßen. Der Gesetzgeber ist dringend gefordert, Änderungen vorzunehmen, die die Versorgungsrealität widerspiegeln.

Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein

Der Vorstand der KGNW hatte bereits im Mai 2016 beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag 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 sog. 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. Zum Stichtag 01.04.2016 und nunmehr auch zum Stichtag 01.04.2017 wurden vom GKV-Spitzenverband für NRW Heilmittel-Preisuntergrenzen zur Verfügung gestellt.

Die Verhandlungen über eine Vergütungsvereinbarung 2017 wurden frühzeitig im November 2016 aufgenommen. Nach drei Verhandlungsterminen am 07.11.2016, 07.12.2016 und 19.01.2017 sowie mehreren Telefonaten und einigungssuchendem E-Mail-Austausch zwischen Februar und Mai 2017 konnten sich die

Parteien nicht auf eine Anpassung der Vertragspreise und eine Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2017 verständigen. Grund dafür sind unterschiedliche Rechtsauffassungen über die Geltung der Heilmittel-Preisuntergrenzen nach § 125 Abs. 3 SGB V.

Vor diesem Hintergrund hat die KGNW die ihrerseits stets auf eine Einigung abzielenden Verhandlungen als gescheitert angesehen und im Juni 2017 ein Schiedsverfahren vor einer unabhängigen Schiedsperson angestrengt. Dazu musste die KGNW in einem Zwischenschritt zunächst bei den zuständigen Behörden (Bundesversicherungsamt und Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) die Bestimmung einer unabhängigen Schiedsperson beantragen, deren Zuständigkeit von den Landesverbänden der Kostenträger im Landesteil Nordrhein bestritten wird.

Im Oktober 2017 sind die zuständigen Behörden der Rechtsauffassung der KGNW gefolgt und haben eine unabhängige Schiedsperson für das Schiedsverfahren zwecks Festsetzung der Vergütungsvereinbarung 2017 eingesetzt. Die diesbezüglichen Anträge sind seitens der KGNW noch im Oktober 2017 gestellt worden. Das Verfahren ist aktuell noch nicht abgeschlossen, mit einer Terminierung wird für Dezember 2017 gerechnet.

Umsetzung der Finanzierungsmodalitäten nach dem neuen Pflegeberufegesetz

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der Krankenhausfinanzierung ergab sich im Jahr 2017 aus der Einbindung der KGNW auf Bundesebene bei der Umsetzung der Finanzierungsmodalitäten nach dem neuen Pflegeberufegesetz (PflBG).

Mit dem PflBG wird die Ausbildung für die Pflegeberufe nach Krankenpflegegesetz und Altenpflegegesetz zusammengeführt. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen zur Pflegeberufeausbildung werden am 01.01.2020 vollständig abgelöst. Durch ein stufenweises Inkrafttreten ist sichergestellt, dass die Vorschriften zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung der Pflege rechtzeitig durch eine Rechtsverordnung auf Bundesebene vorgegeben werden.

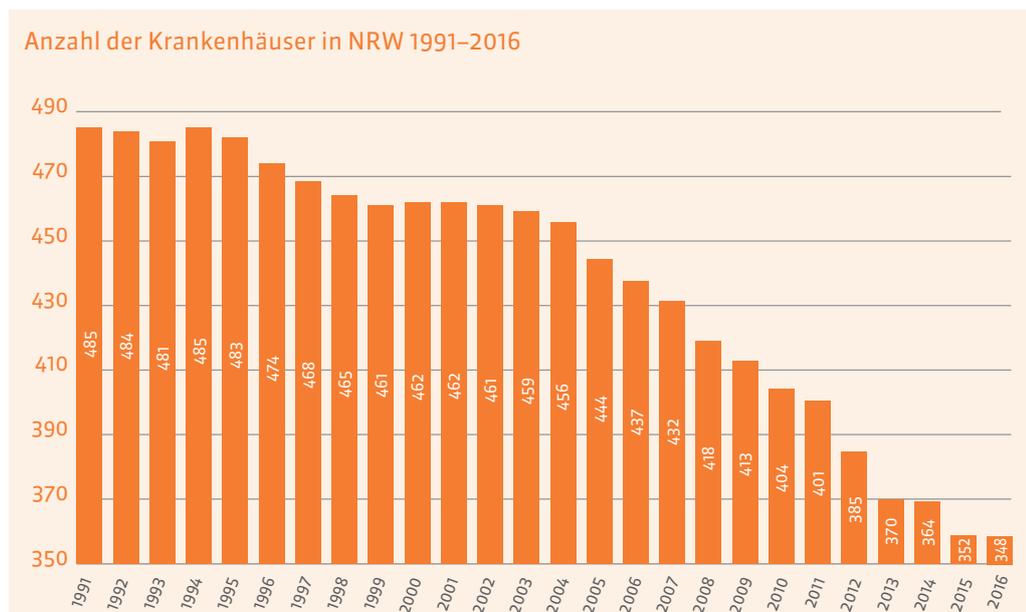
Gemäß § 56 Abs. 4 PflBG sind zwischen dem Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit den Ländern Vorschläge für die Regelungsinhalte

1. zur näheren Bestimmung der Ausbildungskosten nach § 27 PflBG,
 2. zum Verfahren der Ausbildungsbudgets einschließlich der Vereinbarung der Pauschalen und Individualbudgets nach den §§ 29 bis 31 PflBG,
 3. zur Aufbringung des Finanzierungsbedarfs sowie der Zahlverfahren nach § 33 Abs. 2 bis 7 PflBG,
 4. zur Erbringung und Weiterleitung der Ausgleichszuweisungen nach § 34 Abs. 1 bis 3 PflBG, zur Verrechnung nach § 34 Abs. 4 PflBG, Abrechnung, Zurückzahlung und nachträglichen Berücksichtigung nach § 34 Abs. 5 und 6 PflBG,
 5. zur Rechnungslegung der zuständigen Stelle nach § 35 PflBG,
- einschließlich der erforderlichen Vorgaben zur Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten und zum Datenschutz, soweit es für das Verfahren zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege erforderlich ist, zu vereinbaren.

Diese Vorschläge richten sich an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit, welche ihrerseits eine diesbezügliche Rechtsverordnung zu erlassen haben.

Neben Vorschlägen zu detaillierten Regelungsinhalten dieser Rechtsverordnung wurde gegenüber dem Gesetzgeber auch weiterer gesetzlicher Klarstellungs- und Regelungsbe-

darf adressiert, um die Funktionsfähigkeit der zukünftigen Ausbildungsfinanzierung zu gewährleisten. Dieser betrifft beispielsweise die Investitionskosten der Schulen, die notwendige Anschubfinanzierung der Schulkosten, die Anschubfinanzierung des Ausgleichsfonds, die Umsatzsteuerfreiheit des Ausgleichsfonds und die Sicherstellung der Finanzierung der Ausbildungskosten im Insolvenzfall.



Quelle: Statistische Berichte, Grunddaten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) 2016, 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 des Referates.

Im Fachausschuss für Planung und Förderung der KGNW 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. In immer mehr Regionen werden Planungsverfahren abgeschlossen und die Krankenhäuser haben Feststellungsbescheide erhalten.

Zum Stand der Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 erfolgte im nordrhein-westfälischen Landtag eine kleine Anfrage, die mit Drucksache 16/15044 von der Landesregierung beantwortet wurde. In der Antwort der Landesregierung heißt es u. a., dass im Januar 2017 alle fünf Bezirksregierungen nochmals auf die

Erwartung und Notwendigkeit hingewiesen worden seien, in diesem Jahr die Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 abzuschließen.

Ausbildungsplatzkapazitäten für Gesundheitsfachberufe

Das ehemalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter hat im März 2017 darüber informiert, dass der Krankenhausplan NRW 2015 fortgeschrieben wird. Demnach erfolgt die Herausnahme der Methode zur Bedarfsermittlung von Ausbildungsplatzzahlen für Berufe gem. § 2 Nr. 1a KHG (Kapitel 5.4 „Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe“), von Anhang F „Ausgestaltung der Bedarfsermittlung der benötigten Ausbildungsplatzkapazitäten“ sowie von Planungsgrundsatz 11 aus dem Krankenhausplan NRW 2015.

Ersatzweise erfolgt seit März 2017 ein Hinweis im Feststellungsbescheid des jeweiligen Krankenhauses, der auf die bestandskräftige staatliche Anerkennung verweist, jedoch ohne Angabe einer konkreten Platzzahl. Die staatliche Anerkennung auf Ebene der Bezirksregierungen (mit vorheriger dezidierte Prüfung der personellen, sachlichen und räumlichen Voraussetzungen und Festlegung einer abschließenden Platzobergrenze) bleibt davon unberührt. Die Bezirksregierungen wurden angewiesen, auch die vorliegenden Anträge entsprechend zu bescheiden sowie bei zukünftigen Anträgen entsprechend zu verfahren. Es wurde zudem ein Informations-

blatt über diese Maßnahmen auf der Internetseite des Ministeriums eingestellt.

Die KGNW hatte die Verschlinkung des Planungsverfahrens im Vorfeld ausdrücklich begrüßt und sich mehrfach für eine schnelle Umsetzung der Verfahrensanpassung ausgesprochen. Die jetzige Umsetzung bedeutet, dass die – zum Teil seit geraumer Zeit – laufenden Planungsverfahren nunmehr zu einem Abschluss gebracht werden können und die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser als Ausbildungsgeber die notwendige Rechts- und Planungssicherheit erhalten, um nachhaltig ausbilden zu können.

Gesetzgebungsverfahren zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW

Im August 2017 hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales der KGNW den „Entwurf eines Gesetzes zum Abbau unnötiger belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen (Entfesselungspaket I)“ übermittelt.

Artikel 14 des Entfesselungspaketes I betrifft den Krankenhausbereich, in dem das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW (KHGG NRW) geändert werden soll. Im Wesentlichen sind Änderungen in den §§ 12 (Krankenhausplan), 13 (Rahmenvorgaben) und 14 (Regionale Planungskonzepte) beabsichtigt. Zudem soll ein neu eingeführter § 21a KHGG NRW die Möglichkeit schaffen, neben der Pauschalförderung auch die Förderung einzelner Vorhaben umzusetzen.

Die KGNW hat hierzu im September 2017 gegenüber dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorläufig Stellung genommen und verschiedene Änderungsvorschläge unterbreitet. Das Gesetzgebungsverfahren ist aktuell noch nicht abgeschlossen.

Zukünftige Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten im Krankenhausplan NRW

Die Bundesschiedsstelle hat im Dezember 2016 eine „Vereinbarung gem. § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung)“ zwischen GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und DKG festgesetzt, nachdem die diesbezüglichen Verhandlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene zuvor gescheitert waren.

Besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Dieser behördliche Akt ist Vorbedingung für die spätere Vereinbarung von Zuschlägen für besondere Aufgaben auf der Grundlage der von der Bundesschiedsstelle festgesetzten Zentrumsvereinbarung.

Vor dem Hintergrund der Zentrumsvereinbarung auf Bundesebene wurden in den Gremien der KGNW etwaiger krankenhauserplanerischer Handlungsbedarf in NRW in Bezug auf die zukünftige Ausweisung von Versorgungsbereichen als Zentren bzw. Schwerpunkte sowie die diesbezügliche Zuordnung der besonde-

ren Aufgaben intensiv erörtert. Dabei lag der Fokus in erster Linie darauf, dass die derzeit zuschlagsfähigen Zentren möglichst auch zukünftig zuschlagsfähig bleiben und insoweit krankenhauplanerisch abgesichert werden.

Im Verlauf des Jahres hat die KGNW mehrfach Stellung gegenüber dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur zukünftigen Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten im Krankenhausplan NRW genommen und dabei insbesondere die nachfolgenden grundsätzlichen Positionen hervorgehoben:

- Krankenhausplanung muss eine flächendeckende, qualitativ hochwertige sowie patienten- und bedarfsgerechte Versorgung in NRW sicherstellen. Krankenhausplanerisch ausgewiesene Zentren und Schwerpunkte können dazu beitragen, die Qualität der stationären Versorgung in bestimmten Versorgungsbereichen zu sichern und zu stärken sowie deren Vernetzungsgrad zu erhöhen. Eine inflationäre Ausweitung des Zentrumsbegriffs auf weite Teile der Krankenhausversorgung in NRW wird ausdrücklich nicht angestrebt.
- Zunächst sollte der Fokus auf der zukünftigen Ausweisung der Zentren liegen, die in NRW nach altem Recht bereits Zentrumszuschläge erhalten haben (Brust-

zentren, Kinderonkologische Zentren und Perinatalzentren). Ergänzend sollten die Versorgungsbereiche in den Blick genommen werden, in denen erkennbar bereits heute ein hoher Grad an Spezialisierung und Zentralisierung besteht und Auswahlkriterien bereits existieren bzw. aus dem aktuellen Versorgungsgeschehen abgeleitet werden können (Zentren für HBO, Zentren für Transplantation).

- Grundsätzlich sollte der Landesausschuss für Krankenhausplanung – unterstützt durch Fachexperten aus den jeweiligen Versorgungsbereichen – das Gremium sein, durch das sachgerechte Kriterien für weitere Ausweisungen von Zentren bzw. Schwerpunkten mit Blick auf eine flächendeckende, qualitativ hochwertige sowie patienten- und bedarfsgerechte Versorgung in NRW erarbeitet werden.

Für den 15.11.2017 hatte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu einer Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung eingeladen. Einer der zentralen Beratungspunkte war die krankenhauplanerische Ausweisung von Zentren in NRW. Das Verfahren ist aktuell noch nicht abgeschlossen.

Krankenhausförderung

Im Rahmen des „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ hat das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (vormals Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung) erstmals den konkreten Investitionsbedarf in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt im Land ermit-

telt. Das „Investitionsbarometer NRW“ des RWI hat eine jährliche Förderlücke von 1 Mrd. € in Nordrhein-Westfalens Krankenhäusern erhoben. An der Studie haben 93 Prozent der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen teilgenommen, die im Krankenhausplan des Landes aufgenommen und damit förderfähig sind.



Quelle: Eigene Darstellung, KGNW

Neben vielfältigen anderen Aktionen wurden im Rahmen des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ insgesamt 18 Veranstaltungen durchgeführt, in denen auf die Investitionsmisere in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalen hingewiesen wurde.

Am 30.08.2017 hat die Landesregierung in einer Pressekonferenz die „Eckpunkte zur Bestandsaufnahme und zum Nachtragshaushalt 2017 – Wesentliche Maßnahmen zur Beseitigung der Versäumnisse der Vorgängerregierung“ vorgestellt. Im Rahmen dieser Eckpunkte wurde auch der Punkt „Beseitigung der unzureichenden Krankenhausinvestitionsförderung“ für den Nachtragshaushalt 2017 benannt. Dort wurde ein Volumen von insgesamt 250 Mio. € zusätzlich in 2017 für die Krankenhäuser vorgesehen.

Nachtragshaushalt 2017

Am 06.09.2017 hatte die Landesregierung den Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung eines Nachtrags zum Haushaltsplan des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2017 (Nachtragshaushaltsgesetz 2017) in den nordrhein-westfälischen Landtag eingebracht. Darin wurde vorgesehen, dass die 250 Mio. € vollständig über die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW bereitgestellt werden. In der Folge dürfen die Krankenhäuser dann die für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gewährte Pauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW bis zu 50 % der Jahrespauschale für Zwecke nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW (Baupauschale) einsetzen (§ 21 Abs. 9 Satz 2 KHGG NRW).

Der Nachtragshaushalt ist am 12.10.2017 vom Landtag verabschiedet worden. Damit wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die zusätzlichen Mittel noch im Jahr 2017 den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden. Damit erhöht sich der gesamte Haushaltsansatz für das Jahr 2017 auf 783,5 Mio. € (ohne Landesmittel des Strukturfonds in Höhe von 36 Mio. €).

Haushaltsplan(entwurf) 2018

Mit dem geplanten Haushalt 2018 scheint das Vorhaben, die Investitionskostenfinanzierung für Krankenhäuser auf ein gesundes Niveau zu heben und den Investitionsstau nachhaltig abzubauen, allerdings wieder ins Straucheln zu geraten. Die mit dem Nachtragshaushalt 2017 erfolgte Aufstockung der pauschalen Fördermittel in Höhe von 250 Mio. € soll fast vollständig wieder rückgängig gemacht werden.

Die zusätzliche Fördersumme fällt auf rund 50 Mio. € im Vergleich zum Haushalt 2017 (ohne Nachtragshaushalt) zurück, 16 Mio. € Pauschal- und 33 Mio. € Einzelförderung. Der geplante Haushaltsansatz für das Jahr 2018 soll im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2017 (inklusive Nachtragshaushalt) wieder um rund 200 Mio. € sinken.

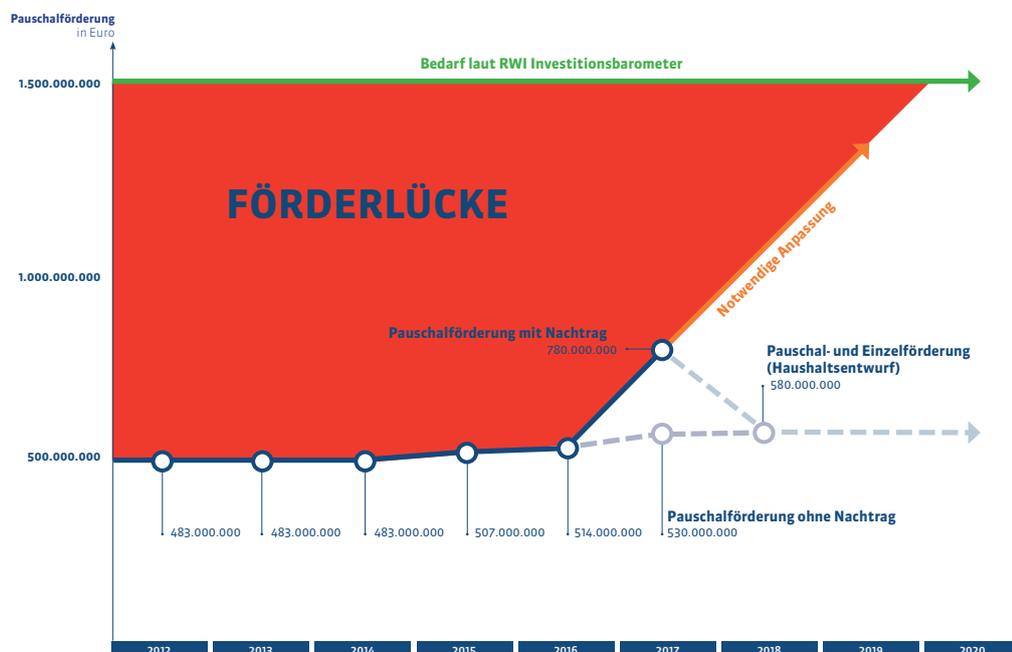
Der Haushaltsansatz 2018 enthält dabei im Einzelplan für die Krankenhausförderung erstmalig über die Titelgruppe 60 rund 33 Mio. € für die Einzelförderung von Investitionen nach dem neuen § 21a KHGG NRW. Weiterhin sind dort Verpflichtungsermächtigungen in Höhe von 144 Mio. € vorgesehen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum neuen § 21a KHGG NRW, der Teil des Entfesselungspaketes I ist, schafft die Vorschrift „die notwendige Rechtsgrundlage für eine Einzel- oder Schwerpunktförderung „neben“ der pauschalen Förderung. Damit kann der verbesserte Ansatz der Krankenhausplanung durch den optimierten Umgang mit Fördermitteln unterstützt werden. Das bewährte System der pauschalen Krankenhausförderung wird ergänzt um die Möglichkeit, bei Ausweisung entsprechender Förderschwerpunkte durch das Land Akzente zu setzen. Die einzelnen Bestandteile der neuen Regelung sollen dabei gewährleisten, dass Anreize zu wirtschaftlichem, sparsamem und effektivem Verhalten genutzt werden.“

Die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und die Baupauschale sollen lediglich um 6 Mio. € bzw. 10 Mio. € im Vergleich zum Haushalt 2017 (ohne Nachtragshaushalt) erhöht werden, wie in der mittelfristigen Finanzplanung der Vorgängerregierung bereits vorgesehen.

Investitionsprogramm 2017

Mit Schreiben vom 30.05.2017 hat die seinerzeitige Ministerin Steffens der Landtagspräsidentin das Investitionsprogramm 2017 (Landtagsvorlage 17/1) mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zugesandt.



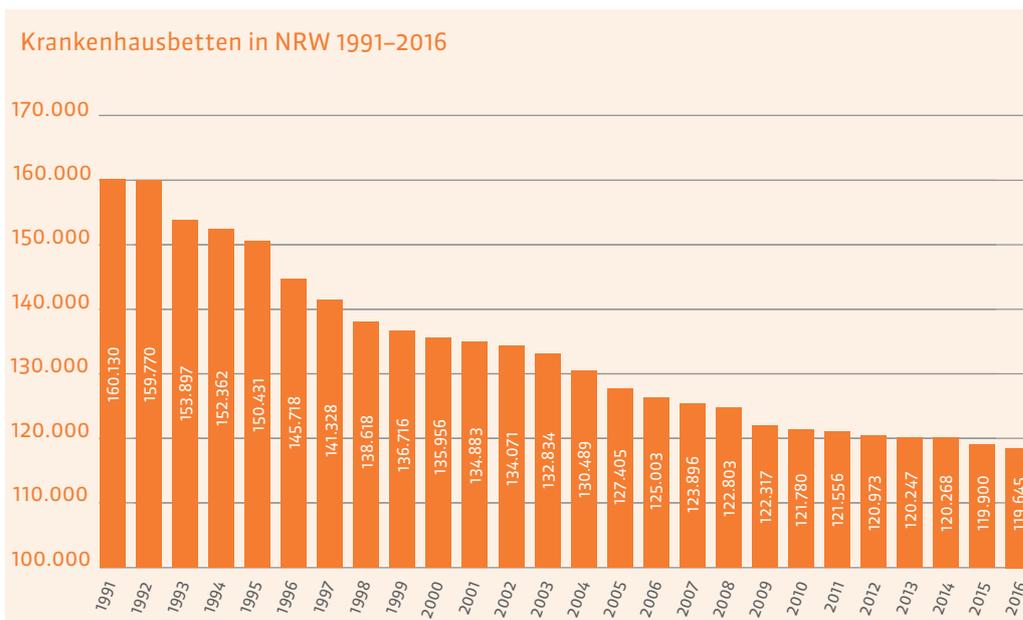
Quelle: Daten des Haushaltes NRW, eigene Darstellung, KGNW

Die KGNW hatte bereits im Vorfeld zu einer entsprechenden Entwurfsfassung des Investitionsprogramms 2017 gegenüber dem ehemaligen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Stellung genommen.

Mit dem Investitionsprogramm 2017 sind Ausgabemittel in Höhe von 207 Mio. € als Baupauschale veranschlagt. Dieser Betrag beinhaltet eine Erhöhung um 10 Mio. € im Vergleich zum Vorjahr. Die Ausgabemittel zur pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter wurden mit 323 Mio. € um lediglich 6 Mio. € erhöht.

Die sog. besonderen Beträge werden für die Jahre 2016 bis 2018 von ehemals 7 Mio. € auf 1,7 Mio. € reduziert beibehalten.

Es bleibt damit auch weiterhin bei einer gegenüber dem tatsächlichen Bedarf bestehenden, erheblichen strukturellen Investitionsunterfinanzierung durch das Land. Darauf hatte die KGNW u. a. auch in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2017 hingewiesen.



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Landesbetrieb Information und Technik NRW, 2016

Krankenhausstrukturfonds

Die mit dem Krankenhausstrukturgesetz umgesetzte Krankenhausreform beinhaltet neben vielen anderen Bereichen auch die Einrichtung eines sog. Krankenhausstrukturfonds. Seit 2016 verwaltet das Bundesversicherungsamt den Krankenhausstrukturfonds. Der Fonds in Höhe von 500 Mio. € dient der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung. Zweck des Krankenhausstrukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. Der Krankenhausstrukturfonds löst aber das Problem der strukturellen Investitionsunterfinanzierung der Krankenhäuser nicht, da er einen vollkommen anderen Zweck hat als die regelhafte Investitionsförderung des Landes.

Voraussetzung für die Förderung ist, dass sich die antragstellenden Länder mit mindestens 50 Prozent der förderfähigen Kosten (inklusive eines etwaigen Trägeranteils) an dem Vorhaben beteiligen. Dabei kann jedes Land von dem im Krankenhausstrukturfonds bereitgestellten Betrag den Anteil abrufen, der sich aus der Anwendung des Königsteiner Schlüssels ergibt, für NRW rund 105 Mio. €.

Bis zum 31.07.2017 konnten die Bundesländer beim Bundesversicherungsamt Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds stellen. Insgesamt

samt sind von den Bundesländern bis Ende Juli 66 Anträge mit einem Fördervolumen von rund 484 Mio. € beim BVA eingegangen. Das Bundesversicherungsamt hat am 02.08.2017 mitgeteilt, dass mit Ablauf des 31.07.2017 die Höhe des Nachverteilungsbetrages rund 11,5 Mio. € beträgt.

Investitionsbewertungsrelationen

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz beauftragte der Gesetzgeber im Jahr 2009 GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und DKG mit der Entwicklung leistungsorientierter Investitionspauschalen.

Am 10.03.2017 wurde der Katalog der Investitionsbewertungsrelationen 2017 durch das InEK präsentiert. Es ist der vierte Katalog nach der erstmaligen Veröffentlichung im Jahre 2014. Im Vergleich zum Vorjahr blieb 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 45 Krankenhäuser erfolgreich an der Kalkulation der IBR teilgenommen.

Neben dem Katalog der Investitionsbewertungsrelationen hat das InEK die Bezugsgröße für das Jahr 2017 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 2017 als mittlere Investitionskosten

ten je Fall beträgt 322,93 € (2016: 318,78 €). Berechnet werden diese mittleren Investitionskosten auf Basis der Fallmenge, die für die Berechnung der DRG-Fallpauschalen verwendet wurde. Anhand dieser Fallmengendefini-

tion konnte für das Jahr 2017 ohne Einbeziehung der Fallzahlsteigerung und Veränderung des Baupreisindex ein bestandserhaltender Investitionsbedarf von über 6 Mrd. € ermittelt werden.

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 Rahmenvereinbarungen auch weitere redaktionelle Anpassungen der Gesellschaftsverträge der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung Disease-Management-Programme und der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme erforderlich.

Die Vertragsanpassungen der Rahmenvereinbarung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe sind im August 2017 vom BVA bestätigt worden.

Weitere Vertragsanpassungen der Rahmenvereinbarung des DMP „Asthma bronchiale/COPD“ in den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe und die dadurch erforderlichen Anpassungen in den Gesellschaftsverträgen der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung Disease-Management-Programme und der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme liegen derzeit dem BVA zur Vorprüfung vor.

Ausgleichsfonds

Verhandlungen zum Ausgleichsfonds 2018

Gemäß der Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sowie Festlegung des Ausbildungszuschlags für Ausbildungsstätten der in § 2 Nr. 1 a KHG genannten Berufe (Vereinbarung nach § 17 a 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 2018 abgeschlossen.

Die Krankenhäuser in NRW sind mit Schreiben vom 29.06.2017 gebeten worden, die erforderlichen Daten – entsprechend den 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 2018 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 2018 ebenfalls mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW abgestimmt.

Verhandlungen zum Ausgleichsfonds 2018

Für das Ausgleichsjahr 2016 ist es möglich – aufgrund der sich abzeichnenden Liquiditätssituation des Fonds –, den Ausgleich mit den Krankenhäusern durchzuführen und zum 31.12.2017 das Jahr 2016 ausgleichstechnisch abzuwickeln.

Sobald die Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2018 ge-

schlossen 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.



Quelle: Umfragen der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, vdek

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 Entlassungsmanagement und mit dem E-Health-Gesetz (E-HealthG) der Medikationsplan und die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung aufgenommen worden. All diese Themen erforderten im Jahr 2017 – 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)

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Änderungsbeschluss vom 15.09.2016 die sektorenübergreifende Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (QM-RL) am 16.11.2016 in Kraft gesetzt hatte, wurde der Einsatz einer ganzen Reihe von QM-Instrumenten für Krankenhäuser verpflichtend. Das reicht von Messen und Bewerten von Qualitätszielen über Patienten- und Mitarbeiterbefragungen bis zur Arzneimitteltherapiesicherheit, umfasst aber auch Instrumente wie

das Risikomanagement, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme, das Beschwerdemanagement im Krankenhaus sowie die Nutzung von Checklisten bei operativen Eingriffen. Die Bewertung der Kommission Qualitätsmanagement und des Fachausschusses für Krankenhausorganisation, dass die Krankenhäuser durch das bestehende Qualitätsmanagement die Erfüllung der gestellten Anforderungen bereits weitgehend gewährleisten können, hat sich bestätigt.

Externe stationäre Qualitätssicherung (QSKH-RL)

Die externe stationäre Qualitätssicherung erfasst Qualitätsdaten für insgesamt 24 Leistungsbereiche, angefangen von der ambulant erworbenen und im Krankenhaus behandelten Pneumonie bis zur Geburtshilfe und Versorgung Frühgeborener. Bundesweit wurden 2,5 Mio. Datensätze zu 238 Qualitätsindikatoren erhoben, davon über 543.080 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 15. Ergebniskonferenz am 19.10.2017 in Düsseldorf wurden die aktuellen Ergebnisse vorgestellt und diskutiert.

Datenerfassung (Verfahrensjahr 2016)

An dem externen stationären Qualitätssicherungsverfahren gem. § 136 SGB V haben sich für das Verfahrensjahr 2016 insgesamt 368 Krankenhäuser mit 497 Standorten in Nordrhein-Westfalen beteiligt. Von diesen wurden in den 16 auf Landesebene betreuten indirekten Leistungsbereichen 543.080 Datensätze (2015: 715.244; – 24 % u. a. durch Wegfall PCI und Koronarangiografie) für die Berechnung der Qualitätsindikatoren mit zusammen 233

Qualitätsindikatoren nach einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert. Auf dieser Datenbasis wurden von der Geschäftsstelle QS-NRW auch 2017 wieder fast 3.500 Klinikauswertungen elektronisch an die Kliniken versandt. In den sieben auf Bundesebene betreuten direkten Leistungsbereichen kommt noch einmal eine größere Anzahl von Datensätzen für 135 Qualitätskennzahlen hinzu.

Datenvalidierung (Verfahrensjahr 2016)

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 2016 und 2015)

In 3.478 Fällen (2015: 4.287) wurde in NRW aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten der „Strukturierte Dialog“ eingeleitet. In diesem Zuge wurden 1.369 Hinweise (2015: 1.780) versandt und 2.109 Stellungnahmen (2015: 2.507) angefordert. Dabei zeigte sich erneut, dass die Kliniken die Qualität der Leistungserbringung bis auf wenige Ausnahmen kontinuierlich wei-

ter verbessert haben. Im Rahmen des „Strukturierten Dialoges“ wurden Krankenhäuser auf Auffälligkeiten hingewiesen, zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, in 62 Fällen (n 44 = Verfahrensjahr 2015) ergänzend Klinikgespräche geführt und bei Verbesserungsbedarf ca. 440 Zielvereinbarungen (n = 666; Verfahrensjahr 2015) geschlossen.

Abschlussbericht über den Strukturierten Dialog zum Verfahrensjahr 2015

Von der Geschäftsstelle QS-NRW wurde ein Bericht über die Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen für das Verfahrensjahr 2015 in der vorgegebenen bundeseinheitlichen Form erstellt und an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesandt. Der Bericht enthält u. a. auch Detailanalysen zu sieben Qualitätsindikatoren mit besonderem Analysebedarf aus

Sicht der Bundesebene, keine neuen Anfragen der AG externe stationäre Qualitätssicherung des G-BA, vier mit Abweichungen des NRW-Durchschnitts vom Bundesreferenzwert und zwölf 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.

15. Ergebniskonferenz QS-NRW am 19.10.2017 in Düsseldorf



Auf der 15. Ergebniskonferenz QS-NRW am 19.10.2017 in Düsseldorf sprach Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW, vor 320 Teilnehmern aus Krankenhäusern, Selbstverwaltung und Politik.

Nach der Begrüßung durch Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, und der Eröffnung durch Matthias Blum, Vorsitzender des Lenkungsausschusses QS-NRW, Geschäftsführer der KGNW, stand der Vormittag im Zeichen des Konferenzmottos „Qualitätssicherung im Dialog“. Michael Süllwold, stellvertretender Leiter der vdek-Landesvertretung NRW, Regina Behrendt, Verbraucherzentrale NRW, und Axel Mertens, Abteilungsleiter im Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, beleuchteten das Konferenzthema aus verschiedenen Blickwinkeln.

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, betonte, dass der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung eine wichtige Rolle

zukomme, nutzte die Gelegenheit aber vor allem, seine Agenda für die gerade begonnene Legislaturperiode zu erläutern und mit Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW, und Michael Süllwold zu diskutieren.

Am Nachmittag wurden in Workshops die Ergebnisse des Verfahrensjahres 2016 und aktuelle Entwicklungen in den fünf Themenfeldern „Chirurgie: der richtige OP-Zeitpunkt in der Unfallchirurgie/Orthopädie“, „Perinatalogie: Planungsrelevanz und Qualitätssicherung“, „Kardiologie: Qualitätssicherung Herzschrittmacher“, „Pneumologie: Leitlinien und praktische Umsetzung“ und erstmals auch „Qualitätssicherung für Einsteiger“ intensiv diskutiert und die Ergebnisse der Workshops im Plenum vorgestellt.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

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

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

Aktuell umfasst die Qesü-RL zwei QS-Verfahren, die einer einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung unterzogen werden. Neben dem QS-Verfahren „Koronarangiografie und PCI“ wurde zum 01.01.2017 das neue QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen“ (QS WI) gestartet. Aufgrund der fehlenden Finanzierungsregelung der Landesarbeitsgemeinschaft Qesü sowie der Da-

tenannahme der Qesü-Verfahren konnte die Datenannahme der PCI-Daten 2016 nicht wie vorgesehen bereits zum 01.01.2016 starten. Nach dem Abschluss aller notwendigen Abstimmungsprozesse zum Start der Datenannahme hat die KGNW mit der Annahme der dokumentationspflichtigen QS-Daten der Verfahren PCI und QS WI am 09.01.2017 begonnen.

Ebenfalls Bestandteil des neuen QS-Verfahrens QS WI ist eine jährlich zu dokumentierende Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Informationsmanagement in operierenden Einrichtungen. Die Einrichtungsbefragung, die erstmals bis zum 30.04.2018 retrospektiv für das Jahr 2017 dokumentiert wird, umfasst beispielsweise die Anzahl der Patienten auf den Intensiv- und Allgemeinstationen, den Grad der Umsetzung von krankenhausinternen Leitlinien bei der Antibiotikaphylaxe oder den Umgang mit sterilen Geräten und Medizinprodukten.

KGNW betreibt Datenannahmestelle Krankenhaus für sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Mit dem Beschluss des G-BA über eine „Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Finanzierungsregelung für die Datenannahme gem. Richtlinie sowie die Strukturen und Aufgaben der Landesarbeitsgemeinschaften in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung“ vom 16.02.2017 wurde eine Regelung zur Finanzierung der Landesarbeitsgemeinschaft

sowie der Datenannahmestelle für die Qualitätssicherungsverfahren gem. QesüRL durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getroffen. Datenannahmestelle auf Landesebene ist die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) bzw. Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) oder Landeskrankenhausgesellschaft (LKG). Die Kosten für die Datenannahme werden dabei von der jeweili-

gen Institution getragen, es sei denn, die jeweilige KV bzw. LQS oder LKG tritt von dieser Aufgabe zurück. In diesem Fall wird die LAG einen Dritten mit der Datenannahme beauftragen. Bis zum 31. Dezember 2021 wird der G-BA evaluieren, welche Strukturen auf Landesebene sich am effizientesten und wirtschaftlichsten bewährt haben. Die außerordentliche Mitgliederversammlung der KGNW hat am 30.05.2017 entschieden, die Datenannahme bis auf Weiteres ohne Kostenerstattung zu übernehmen. Dieser Beschluss wird jährlich durch den Vorstand der KGNW überprüft.

Seit Anfang August 2017 steht den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern ein Qesü-Online-Portal der Datenannahmestelle Krankenhaus zur Verfügung, in dem Informationen zu den Qesü-Verfahren eingesehen werden und die Zwischen- und Rückmeldeberichte für die Verfahrensjahre heruntergeladen werden können. Das Qesü-Online-Portal wurde an den Mitgliederservice der KGNW angeknüpft und steht registrierten QS-verantwortlichen Mitarbeitern zur Verfügung.

Gründung Landesarbeitsgemeinschaft Qesü NRW

Die am 19.04.2010 vom G-BA beschlossene Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)) sieht in § 5 Qesü-RL die Bildung von Landesarbeitsgemeinschaften (LAG Qesü) und die Einrichtung einer Geschäftsstelle vor.

Die KGNW hatte ab April 2010 zunächst Sondierungsgespräche mit der GKV geführt, die dann im Laufe des Jahres 2010 zu Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und

den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen über einen Landesvertrag Qesü NRW, eine Geschäftsordnung sowie eine Verständigung über die Einrichtung einer Geschäftsstelle bei den Ärztekammern führten. Dem Abschluss der Vereinbarung stand jedoch das Fehlen einer in der Qesü-RL verankerten tragfähigen Finanzierungsregelung für die Landesebene im Wege. In zwei Verhandlungsrunden im März und September 2017 konnten der Landesvertrag und die Geschäftsordnung für die Landesarbeitsgemeinschaft Qesü konsentiert werden, die zum 01.01.2018 in Kraft treten sollen.

QR-Check: Qualitätssicherung mit Routinedaten

Im Berichtszeitraum 2017 hat die KGNW das Projekt „QR-Check“ in Zusammenarbeit mit den Zweckverbänden weiter vorangetrieben. Das QR-Check-Indikatorenset besteht aus

ausgewählten Indikatoren auf der Basis der § 21-Daten, die routinemäßig für administrative Zwecke erhoben werden. Die Zweckverbände im Landesteil Nordrhein und in West-

falen-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 2017 war erstmals eine Zeitreihenanalyse Bestandteil des Projekts „QR-Check“. Mit einer Rücküberleitung der Indikatoren in die letzten fünf Jahre konnte erstmals ermöglicht werden, die Entwicklung der Qualitätsindikatoren innerhalb von fünf Jahren zu betrachten und Muster zu erkennen und zu analysieren.

Im Zuge der Pflege und Weiterentwicklung wurde über eine Vielzahl von Änderungswünschen der Anwender von QR-Check-Indikatoren beraten. Seit Juli 2017 sind die G-IQI-Indikatoren der Version 5.1 veröffentlicht. Die KGNW wird in Absprache mit dem Zweckverband Rheinland die Umstellung der G-IQI-Indikatoren im QR-Check-Indikatoren-Set beraten.

Weitere Anpassungen und Weiterentwicklungen werden auch für das Projekt „QR-Check 2018“ folgen und in enger Abstimmung gemeinsam beschlossen.

Strukturierter Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V

Im Jahr 2017 sind die Krankenhäuser verpflichtet, bis spätestens 15.11.2017 einen Strukturierten Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V für das Berichtsjahr 2016 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu erstellen und diesen als XML-Dokument bei der Datenannahmestelle der Krankenkassen abzugeben.

Der G-BA hat die Anforderungen zur Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichtes für das Berichtsjahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr noch

marginal erweitert, so dass der Aufwand für die Mitglieder abermals groß ist. Zudem bleibt es auch künftig dabei, dass die Qualitätsberichte auf der krankenhauseigenen Internetseite leicht auffindbar veröffentlicht werden müssen.

Die KGNW berät die Krankenhäuser in NRW inhaltlich bei der Erstellung der Qualitätsberichte bis zum letzten Abgabetermin am 15.11.2017 und bei der späteren Integration der Daten aus der Qualitätssicherung.

Deutsches Krankenhausverzeichnis: Aktualisierung der Daten zu Struktur und Leistungsspektrum

Auch im Jahr 2017 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 unterstützt.

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

Der Nationale Krebsplan (2008) und das daraus resultierende Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz des Bundes haben den Startschuss (2013) für die bundesweite Umsetzung von Klinischen Krebsregistern nach § 65c SGB V gegeben. Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz ist die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage, auf deren Basis die Landesregierung NRW am 27.01.2016 das Landeskrebsregistergesetz (LKRKG) umgesetzt hat. 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 (MGEPA) ein Umsetzungskonzept für ein Klinisches Krebsregister NRW überreicht. Das bestehende epidemiologische Krebsregister wurde zum 27.01.2016 mit dem neuen klinischen Krebsregister in ein Landeskrebsregister NRW (LKR) integriert. Die Meldepflicht besteht dabei für in § 14 LKRKG definierte meldepflichtige Ereignisse und gilt seit dem 01.04.2016. Da in zahlreichen Krankenhäusern eine routinemäßige und vollzählige Meldung der Krebsregisterdaten nach ADT-/GEKID-Spezifikation aus

technischen Gründen nicht möglich war, hat die KGNW zum Einstieg in den Meldeprozess am 03.05.2016 gemeinsam mit dem LKR eine Informationsveranstaltung zum neuen Landeskrebsregistergesetz und der bestehenden Meldeverpflichtung durchgeführt. Zusätzlich hat die KGNW zwei gemeinsame Workshops mit dem LKR organisiert, bei dem das LKR mit den Softwareanbietern und engagierten Mitarbeitern aus einigen Krankenhäusern eine schnelle und unkomplizierte Lösung zum Start der Meldung erarbeiten sollte. Aufgrund zahlreicher Verzögerungen konnten die Änderungswünsche der Softwareanbieter und der anderen Krebsregister für die Spezifikation 2018 nicht durch das aQua-Institut realisiert werden. Hier ist weiterhin der gemeinsame Dialog zwischen dem Landeskrebsregister NRW, den Softwareanbietern und der KGNW (stellvertretend für die Interessen der Krankenhäuser) zwingend erforderlich, um eine technische Schnittstelle zum Krankenhausinformationssystem (KIS) oder zur bestehenden QS-Software flächendeckend zu gewährleisten. Informationen zu der Meldeverpflichtung sowie Empfehlungen für die Umsetzung im Krankenhaus wurden mittels KGNW-Rundschreiben kommuniziert.

11. Krankenhaus-Qualitätstag NRW am 28.06.2017 in Herne



Dr. Silvia Klein aus der Abteilung Verfahrensentwicklung bei der IQTIG in Berlin referierte über „Auswahl und Verfahren von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“.

Rund 150 Teilnehmer aus NRW haben am 28.06.2017 im Hörsaal der St. Elisabeth Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr am Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum den 11. Krankenhaus-Qualitätstag zum Thema „Zeitnahe Qualitätssteuerung im Krankenhaus“ besucht. Im Zentrum der Vorträge, Workshops und Diskussionen stand die Frage, welche Qualitätsanforderungen die Krankenhäuser erfüllen müssen und welche Instrumente zur Verbesserung der Qualität beitragen können.

Der Krankenhaus-Qualitätstag fand in Kooperation mit der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG) statt. Neben dem Leitthema stand die Bedeutung von „Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ im Fokus der Veran-

staltung. Eine konkrete Hilfestellung für die Umsetzung der „Plan-QI“ in der Praxis bietet die „Handreichung für den klinischen Umgang mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ der GQMG. Die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, die Zusammenarbeit aller Mitarbeiter sei dabei entscheidend, um den gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen und an der Qualität der eigenen Versorgung zu arbeiten.

Abgerundet wurde die Veranstaltung mit Informationen zu den neuen Anforderungen bei der Erstellung der strukturierten Qualitätsberichte, die von den Krankenhäusern umzusetzen sind, sowie der Vorstellung von unterschiedlicher Software zur Erstellung der Qualitätsberichte.

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 mehr als 1.000 Berichte (Stand: 15.11.2017) 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 kommentiert 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. Das Curriculum „Patientensicherheit“ wurde für Zwecke der internen Fortbildung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zur kostenfreien Nutzung auf www.cirs-nrw.de bereitgestellt. Mit der Aktion „Zeit für Kommentare“ anlässlich des Tages der Patientensicherheit am 17.09.2017 warb CIRS-NRW für eine verstärkte Nutzung der Kommentarfunktion innerhalb des Berichts- und Lernsystems.

Konformitätserklärung und Teilnahmebescheinigung für Krankenhäuser, die freiwillig an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen teilnehmen

Nimmt ein Krankenhaus freiwillig, aber nachweislich an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem teil, kann es hierfür Vergütungszuschläge gem. § 17b Abs. 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) beanspruchen. Die Höhe der Vergütungszuschläge ist im Juli 2017 bundeseinheitlich zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung

vereinbart worden und beträgt 0,20 € je abrechneten vollstationären Fall.

Die Mindestanforderungen an solche Fehlermeldesysteme sind in der „Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme“ (üFMS-B) des G-BA, in Kraft seit dem 05.07.2016, festgelegt. CIRS-NRW hat frühzeitig beschlossen, diese Anforderungen umzusetzen. Seit dem 25.04.2017

stellt die KGNW im Namen von CIRS-NRW Konformitätserklärungen/Teilnahmebescheinigungen nach der üFMS-B für Krankenhäuser aus, die mindestens einen Bericht

in CIRS-NRW eingestellt haben. Es wurden inzwischen 194 Bescheinigungen ausgestellt (Stand: 15.11.2017).

CIRS-Gipfel NRW 20.11.2017 in Münster

Der diesjährige CIRS-Gipfel NRW fand am 20.11.2017 im Ärztehaus Münster statt. Mehr als 140 Ärzte und Pflegekräfte sowie Angehörige weiterer Gesundheitsberufe aus Krankenhäusern und Arztpraxen, aber auch Krankenhausgeschäftsführer diskutierten unter

dem Motto „Wer führt, gewinnt“ über die Vorbildfunktion und die Verantwortung der Geschäftsführung für die Verbesserung der Patientensicherheit und die Einführung einer Fehlerkultur in den Gesundheitseinrichtungen.

IT und Medizintechnik im Krankenhaus – Telematik und Telemedizin

Die 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 2017“

Am 12.01.2017 veranstaltete die KGNW zum dritten Mal den Fachdialog „Krankenhaus-IT und -Medizintechnik“. Die Veranstaltung bot rund 100 Teilnehmern, darunter IT-Leiter, Medizintechnik-Leiter, Geschäftsführer und Verbandsvertreter, praxisnahe Vorträge zu aktuellen Themen der Krankenhaus-IT und -MT. Der Schutz kritischer Infrastrukturen (KRITIS) sowie die zunehmenden Anforderungen an

den Datenschutz (Europäische Datenschutz-Grundverordnung) waren zentrale Themen, die intensiv diskutiert wurden. Daneben konnten sich die Teilnehmer in zwei parallel abgehaltenen Workshops zu Themen der reformierten Medizinproduktebetreiberverordnung und dem intersektoralen Datenaustausch informieren.



Auf dem Podium diskutierten Burkhard Fischer, KGNW-Referatsleiter für Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse, Horst Imdahl, Geschäftsführer der Städtischen Kliniken Mönchengladbach, Dr. Silke Haferkamp, stellv. Leiterin des Geschäftsbereichs IT am Universitätsklinikum Aachen, Dr. Ruth Hecker, Leiterin Qualitätsmanagement am Universitätsklinikum Essen und stellvertretende Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, und Dr. Bernd Schütze, Senior Experte Medical Data Security bei Telekom Healthcare (v.l.n.r.).

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

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) schreitet weiter voran. Der Start der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) der eGK hat in der Testregion Nordwest am 19.12.2016 begonnen und wurde am 08.07.2017 abgeschlossen. Die Freigabe für den Online-Produktivbetrieb (OPB1) wurde durch Gesellschafterbeschluss der gematik am 01.06.2017 zum 01.07.2017 erteilt. Die erstmalige Zulassung für Produkte und Dienste der Industrie zum bundesweiten Betrieb der ersten Anwendung VSDM wurde am 10.11.2017 durch die gematik verkündet.

Die KGNW begleitet den Prozess durch Mitwirkung in den zahlreichen Gremien und Arbeitsgruppen, z. B. in der ARGE eGK/HBA-NRW und im „Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen“. Letzterer setzt sich aus Vertretern der Ärzteschaft des stationären und ambulanten Sektors und des Gesundheitsministeriums sowie aus Experten zusammen und soll u. a. den Aufbau einer Telematikinfrastruktur begleiten mit dem Ziel, die Praxistauglichkeit der Telematik-Anwendungen zu sichern.

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). Die KGNW begleitet den Prozess auch in 2017 durch Teilnahme an den eGBR-Fachbeiratssitzungen.

Stufenplan „Nutzung der Telematikinfrastruktur durch die NRW-Krankenhäuser“

Wegen der Befürwortung der Einführung nutzerorientierter Telematikanwendungen im Gesundheitswesen parallel zum Aufbau der bundesweiten TI durch die 85. Gesundheitsministerkonferenz und die Ankündigung des NRW-Gesundheitsministeriums, dass NRW als erstes Bundesland flächendeckend den elektronischen Arztbrief (eArztbrief) einführen will, hatte die KGNW beim MGEPA die gemeinsame Erarbeitung eines strukturierten, mehrstufigen Plans angeregt, der neben dem elektronischen Arztbrief vor allem auf die Einführung der elektronischen Fallakte (EFA) setzt. Dabei ist für die Krankenseite die Sicherheit von großer Bedeutung, so 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 Telematik 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 Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) abgestimmt, dass die Krankenhäuser eine zentrale Position bei der Konzeption und Durchführung der Tests in NRW einnehmen müssen. Das MAGS 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 Telematik vorgesehenen Test- und Erprobungsverfahren u. a. nutzerorientierte Telematikanwendungen wie den elektronischen Arztbrief (eArztbrief), den elektronischen Heilberuferausweis (eHBA) und insbesondere die elektronische Fallakte (EFA) zu prüfen.

Hierfür liegt ein bereits im Jahr 2012 abgestimmter Entwurf eines Stufenplans „Nut-

zung 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 weiteren Stufen sind positive Entwicklungen zu verzeichnen.

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

Nach der vom MAGS 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 auch in 2017 vom Verein Elektronische Fallakte e. V., dem neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft u. a. auch die KGNW als Mitglied angehört, kontinuierlich weiterentwickelt worden.

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

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

Die KGNW hat ihre unterstützende Mitarbeit auch im Jahr 2017 u. a. durch ihre Mitgliedschaft und Mitarbeit im EFA-Verein und durch die Beteiligung in verschiedenen EFA- und EPA-Arbeitsgremien auf der Landesebene fortgesetzt.

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

Der Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW, der im Jahr 2015 gestartet wurde, fördert die Suche nach innovativen Ideen und Lösungen, die den Weg zu einer zukunftsfähigen und sek-

torübergreifenden Versorgung und einer leistungsstarken Gesundheitswirtschaft in NRW ebnen oder fortsetzen sollen. Das über diesen „Europäischen Fonds für regionale Entwick-

lung“ geförderte Projekt „IE-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 durchgeführt. Die Konsortialführung des Projekts haben die KV-IT GmbH, die Healthcare IT Solutions GmbH und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. gemeinsam übernommen. Strukturell wurde hierfür der „Digital Healthcare NRW e. V.“ gegründet und im Vereinsregister Düsseldorf eingetragen. Die zuwendungsfähigen Aufwendungen des Vereins für das Projekt sind mit 2.751.179,00 Euro veranschlagt, dies ergibt auf Basis des Ansatzes einer 70-Prozent-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 Projektes ist, die sektorenübergreifende integrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Beteiligung aller an der Behandlung mitwirkenden Einrichtungen und Professionen aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Um diese Zusammenarbeit effizient und effektiv zu gestalten, muss die einrichtungsübergreifende Kommunikation und Dokumentation durch digitale Verfahren, z. B. mittels der elektronischen Arztbriefkommunikation und elektronischer Fallakten, unterstützt werden. Alle diese Verfahren bedürfen jedoch neben einer einheitlichen technischen Infrastruktur der 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.

Am 01.09.2016 nahm der „Digital Healthcare NRW e. V.“ die Arbeit an dem Projekt „I/E-Health NRW“ auf, das sich zum Ziel gesetzt hat, in vier Modellregionen in NRW die elektronische Vernetzung von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu erproben. Im Vordergrund stehen dabei der elektronische Arztbrief und die elektronische Fallakte. Die im Projekt gesammelten Erfahrungen sollen allen Krankenhäusern in NRW zu Gute kommen.

Zum Projektstart lag der Tätigkeitsschwerpunkt neben der Anforderungsanalyse in den Modellregionen auf der Konzeptionierung und Spezifikation der notwendigen Infrastrukturanpassungen. Neben einer Infrastrukturanalyse in den beteiligten Krankenhäusern und

Arztpraxen wurde dabei vor allem die Verbindung der Technologien eArztbrief und eFallakte, also die Kommunikation über die System- und Sektorengrenzen hinweg spezifiziert.

Im Rahmen der Anforderungsanalyse wurden für jede der vier Modellregionen individuelle Festlegungen der zu beteiligenden Institutionen getroffen, die Anwender befragt und die Versorgungsprozesse analysiert. Auf Basis dieser Ergebnisse konnten die Anforderungen an die einzusetzenden Systeme spezifiziert werden. Diese Arbeiten wurden im Jahr 2017 abgeschlossen.

Modellregionen: In der Modellregion Münster wird unter Federführung der St. Franziskus-Stiftung stellvertretend für den Qualitätsverbund Geriatrie Nordwestdeutschland eine Geriatrie-Akte umgesetzt. Beteiligt sind, neben bis zu 13 Krankenhäusern, zwei große Arztnetze sowie mehrere MVZ und Altenpflegeeinrichtungen. Die Modellregion Borken/Ahaus soll die Umsetzung einer Demenz-Akte erproben. Beteiligt sind hier das Klinikum Westmünsterland und die Gemeinschaftspraxis Dr. Schrage.

In der Modellregion Dortmund wird unter Beteiligung des Klinikums Dortmund und zwölf pädiatrischen Praxen ein bestehendes Fallaktenszenario (Pädiatrie-Akte) weiterentwickelt. In der Modellregion Düren erproben fünf Krankenhäuser und zwei Arztnetze der hausärztlichen Versorgung sowohl die eArztbrief-Kommuni-

nikation als auch die Umsetzung einer Notfall-/Pflegeakte.

Zusätzlich zur Arbeit in den Arbeitspaketen wurden drei öffentliche Ausschreibungsvorhaben sowohl zur fachlichen Unterstützung des Projekts (Technologieberatung für KV-Connect und elektronische Fallakte) als auch für die Umsetzung einer zentralen EFA-Lösung (Providersystem für eine elektronische Fallakte) auf den Weg gebracht und abgeschlossen.

Die Arbeiten im Projekt fokussierten sich im abgelaufenen Geschäftsjahr neben der Anforderungserhebung und der Planung einer Systemarchitektur auf die für den Einsatz einer EFA zu klärenden Fragen, vor allem mit Blick auf eine zentrale Patientenidentifikation, die Benutzerverwaltung, die Verwendung eines Offline Token für die Erteilung einer Zugriffsberechtigung für eine Akte sowie auf das Thema Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht.

Für das I/E-Health-NRW-Projekt wird es voraussichtlich zwei – kompatible – EFA-Lösungen geben, da neben einer Beauftragung durch den Digital Healthcare NRW e. V. auch die FAC'T IT GmbH aus Münster EFA-Provider werden und die Gesundheitseinrichtungen in der Modellregion Münster/Warendorf vernetzen wird.

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

Auch im Jahr 2017 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 KGNW beteiligt sich auch in 2017 an deren Weiterentwicklung durch ihre Mitarbeit in den Fachausschüssen und Arbeitsgruppen.

Datenübermittlung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

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

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

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

Die KGNW hat sich auch in 2017 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 oder auch in einem potenziellen Schiedsstellenverfahren der Argumentation der Kostenträger begegnen zu können. Für das Jahr 2016 stellten abermals mehr als 98 % der dazu aufgeforderten Häuser ihre Daten für dieses Projekt zur Verfügung. Die Daten werden im Rahmen eines gemeinsamen Projektes der Landeskrankenhausgesellschaften zentral von der dazu beauftragten Deutschen Krankenhaus Trustcenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) in Leipzig strukturiert, gruppiert und aufbereitet. Die identifizierenden Merkmale Patienten- und

Versicherungsnummer wurden bereits im Rahmen der Datensammlung pseudonymisiert.

Die KGNW erstellt darüber hinaus innerhalb eines vom KGNW-Vorstand festgelegten Rahmens weitere Auswertungen aus diesen Daten, um insbesondere die Belange der Mitgliedskrankenhäuser bei der Krankenhausplanung zu unterstützen, u. a. bei den DKI-Studien zu Bettensperrungen in NRW.

Datenerhebung zur Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV)

Im Rahmen der Erhebung der Grunddaten gem. Krankenhausstatistikverordnung wurden bis zum Berichtsjahr 2011 diese Daten von allen Mitgliedskrankenhäusern an die KGNW-Geschäftsstelle übermittelt. Im Rahmen der Vereinbarung der KGNW mit Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) vom 24.09.2012 ist dieses Verfahren der Datenbereitstellung vereinfacht worden. Mit Einverständnis der jeweiligen Kranken-

hausträger zur Weitergabe der Daten gem. § 3 und § 4 der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) erfolgte ab dem Berichtsjahr 2011 die Bereitstellung der Grunddaten der jährlichen Krankenhausstatistik von IT.NRW an die KGNW. Aufgrund der positiven Bilanz bei der Umsetzung dieser Vereinbarung haben beide Vertragspartner im September 2017 diese zunächst auf fünf Jahre befristete Vereinbarung bis zum Jahr 2022 verlängert.

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 krankenhaushausindividuellen Entgelten

Die KGNW führt seit mehreren Jahren eine Datensammlung zu den vereinbarten krankenhaushausindividuellen Entgelten nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bei den Mitgliedskrankenhäusern und den Krankenhauszweckverbänden durch und wertet die Ergebnisse für die teilnehmenden Krankenhäuser

zur Vorbereitung der nächsten Budgetverhandlungen statistisch aus. In 2017 erfolgte die Bekanntgabe der Auswertungsergebnisse für das Budgetjahr 2016 im Juli.

ZTG-Kongress „eHealth.NRW“ am 26.09.2017 in Essen

Auch in diesem Jahr veranstaltete das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) zusammen mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) im September das in 2015 gestartete kostenfreie Veranstaltungsformat „eHealth.NRW“. Die Veranstaltung richtete sich schwerpunktmäßig am Thema Telematikinfrastruktur (TI) aus. In moderierten Diskussionsrunden gaben sowohl

namhafte Gäste aus Politik, Forschung, Verbänden und Industrie als auch Vertreter der Ärzte- und Apothekerschaft sowie weiterer Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen ihre Einschätzung zur aktuellen Situation und richteten das Augenmerk auf weitere Entwicklungen und Lösungswege. Die KGNW hat wie in den vergangenen Jahren den Kongress „eHealth.NRW“ begleitet.

IT-Sicherheit und Cyberattacken auf Krankenhäuser

Seit Anfang des Jahres 2016 stehen Krankenhäuser, die Opfer von Cyberattacken geworden sind, u. a. das Lukaskrankenhaus, im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. 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. Die KGNW reagierte auf die Attacken, indem die Kranken-

häuser zunächst zeitnah über den Sachstand informiert und darauf hingewiesen wurden, dass IT-Sicherheit nicht allein ein technisches Problem, sondern eng mit der Sensibilisierung der Anwender, Mitarbeiter und der Geschäftsführung verbunden ist. Darüber hinaus stellte die KGNW den Mitgliedern allgemeingültige Best-Practice-Ansätze zur Prävention und Schadensminimierung zur Verfügung. Von der erneuten Welle von Cyberattacken im Rahmen der Wanna-Cry-Angriffe im Jahr 2017 waren die NRW-Krankenhäuser nicht betroffen.

IT-Sicherheitsgesetz und Verordnung zur Bestimmung „Kritischer Infrastrukturen“

Die DKG wurde im Jahr 2012 vom Bundesministerium des Innern informiert, dass im Zuge der Fortschreibung der Cyber-Sicherheitsstrategie auch Krankenhäuser zukünftig als kritische Infrastruktur gewertet werden sollen. Dies ging einher mit der Absicht,

für die Betreiber kritischer Infrastrukturen konkrete gesetzliche Verpflichtungen zur Gewährleistung einer erhöhten IT-Sicherheit einzuführen.

Im Juni 2015 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.

Welche Unternehmen schlussendlich von den Bestimmungen des IT-Sicherheitsgesetzes betroffen sind und die verpflichtenden Maßnahmen umsetzen und nachweisen müssen, wird durch die Verordnung zur Bestimmung Kritischer Infrastrukturen geregelt. Die Regelungen, die den Sektor Gesundheit betreffen, sind am 30.06.2017 in Kraft getreten. Danach sind zugelassene Krankenhäuser, die eine jährliche vollstationäre Fallzahl von 30.000 Fällen überschreiten eine „kritische Infrastruktur“

und müssen dem BSI bis zum 31.12.2017 eine Kontaktstelle melden.

Die Verordnung definiert weiter, was die kritische Dienstleistung darstellt, die im Falle der stationären Versorgung in den Bereichen Aufnahme, Therapie, Unterbringung und Pflege umfasst. Krankenhäuser sind demnach verpflichtet, bis zum 30.06.2019 Vorkehrungen zur Erhöhung der Informationssicherheit zu treffen, die diejenigen Systeme betreffen, ohne die die Erbringung der kritischen Dienstleistung erheblich eingeschränkt oder nicht mehr leistbar ist.

Die gesetzlichen Verpflichtungen stellen für die betroffenen Krankenhäuser bundesweit eine große Herausforderung dar. Zur Unterstützung der Krankenhäuser hatte die DKG bereits im Jahr 2015 durch Einrichtung eines Branchenarbeitskreises Gesundheit (BAKG) die Arbeit an einem branchenspezifischen Sicherheitsstandard aufgenommen, der sektorspezifische Gegebenheiten des Krankenhausbereiches aufgreift und eine Hilfestellung zur Umsetzung der geforderten Maßnahmen darstellt.

Neue KGNW-Arbeitsgruppe „KRITIS“

Die KGNW hatte zur Hilfestellung der vom IT-Sicherheitsgesetz betroffenen Krankenhäuser in NRW eine Arbeitsgruppe einberufen und die Verantwortlichen für die Umsetzung der Anforderungen eingeladen. Die Arbeitsgruppensitzung sollte den Erfahrungsaustausch unter den Krankenhäusern fördern, gleichzeitig allerdings auch aufnehmen, an welchen Stellen Probleme in der Begegnung

des KRITIS-Prozesses auftraten. Dabei konnte festgestellt werden, dass neben den meist fehlenden personellen und finanziellen Ressourcen der Prozess nicht ausreichend von der Geschäftsführung angenommen und unterstützt wird. Hier wurde die KGNW gebeten, über die Erstellung von Rundschreiben diesen Prozess zu fördern.

Mitwirkung in der AG Krankenhaus-Informationstechnik der DKG

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

AG in die Definition der Kriterien ein. 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.

Einführung des bundeseinheitlichen Medikationsplanes

Seit dem 01.10.2016 haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf die Ausstellung eines bundeseinheitlichen Medikationsplanes (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 veröffent-

licht 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 Erstaussstellung eines Medikationsplanes in der Regel durch einen Hausarzt erfolgt. Generell wird im Gesetzestext der niedergelassene vertragsärztliche Bereich adressiert, den Krankenhäuser jedoch über ihre ermächtigten Ärzte tangieren.

Zum 30.04.2017 ist die Spezifikation für einen bundeseinheitlichen Medikationsplan veröffentlicht worden, sodass die Daten in die Systeme 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 medizinproduktrechtlicher Verordnungen

Die zweite Verordnung zur Änderung medizinproduktrechtlicher Verordnungen, die u. a. die Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV) als auch die Medizinproduktesicherheitsplanverordnung betreffen, ist am 01.01.2017 in Kraft getreten. Die Änderungen 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 ein Mehr an 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 des 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 SGB V neu geregelt wurde.

Durch die Neuregelungen ergibt sich der Umstand, dass fortan Anträge der erstantragstellenden 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.

Entlassmanagement: Verordnungssoftware und Krankenhaus-Arztnummer

Zum 01.10.2017 ist der geänderte Rahmenvertrag zum Entlassmanagement auf Grundlage des § 39 Abs. 1a SGB V in Kraft getreten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hatte ihre Klage gegen die Festsetzung des Rahmenvertrages durch das erweiterte Bundesschiedsamt vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg am 21.06.2017 zurückgenommen. Die DKG hatte sich hier u. a. gegen die Verwendung einer lebenslangen Arztnummer (LANR) ausgesprochen, dem in der Änderungsvereinbarung Rechnung getragen wurde. Im Übergang zur ab dem 01.01.2019 zu verwendenden Krankenhausarzt Nummer wird eine neunstellige Fachgruppennummer verwendet. Des Weiteren ist im Rahmen des Entlassmanagements eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) zu verwenden, die

bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beantragt werden konnte.

Die DKG hat im Rahmen der Umsetzung der Vereinbarung zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V ein entsprechendes Zulassungsverfahren für Verordnungssoftware entwickelt, nach dem Hersteller von Verordnungssoftware die Konformität ihrer Produkte nachweisen können. Die Ergebnisse der Zulassungen werden auf den Internetseiten der DKG veröffentlicht und aktualisiert. Die Zulassung wird benötigt, um die Blankoformularbedruckung nutzen zu können. Die KBV hatte das technische Handbuch Blankoformularbedruckung um die Besonderheiten im Entlassmanagement ergänzt und am 08.08.2017 veröffentlicht.

Datenanalyse

DKI-Studie „Auswirkungen von Bettensperrungen“

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat im Jahr 2016 eine rein explorative Befragung

von acht Krankenhäusern durchgeführt, um die Auswirkungen von Bettensperrungen aufgrund patientenbezogener Gründe (z. B. Isolation von MRSA-Patienten) zu ermitteln. Die nicht repräsentativen Ergebnisse zeigten, dass

durch solche Bettensperrungen die verfügbaren Bettenkapazitäten je nach Fachabteilung zwischen 2 und 16 % geringer ausfallen.

Im März 2017 wurde mit einer repräsentativen Befragung der Krankenhäuser (n=141) und einer daran anschließenden Datenanalyse eine Folgeuntersuchung zur „Auswirkung von Bettensperrungen“ durchgeführt. Für die Fachabteilungen Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie (inkl. Orthopädie), Geriatrie und Neurologie wurden Sondertatbestände dokumentiert, die Bettensperrungen bedingen können: Isolation, präfinale Situation und schwere Erkrankungen. Zusätzlich zur Befragung wurden die §-21-Daten (KHEntg) jedes Behandlungsfalls im Erhebungszeitraum untersucht. So konnte der Auslastungsgrad in den einzelnen Fachabteilungen über die exakte Anzahl an Pflgetagen ermittelt und dargestellt werden. Die Ergebnisse zeigen zusammenfassend, dass ...

- ... Bettensperrungen immer einen relevanten Einfluss auf die Auslastung haben, der je nach Fachabteilung stärker (Innere Medizin, Geriatrie) oder mittelmäßig stark (Allg. Chirurgie, Neurologie) ausgeprägt ist.
- ... durch Bettensperrungen durchschnittlich 3,8 % der verfügbaren Bettenkapazität entfallen, wobei dieser Anteil zwischen 2,6 % in der Neurologie und 4,7 % in der Inneren Medizin variiert.
- ... der zeitliche Verlauf der Bettenbelegung abhängig von der Jahreszeit/Saison, dem Wochentag, den Ferien und Feiertage 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 (ca. 20 % aller Tage) im Jahr eine Auslastung von > 100 % zeigen.
- ... zusätzliche Bettensperrungen sehr stark von der Art der Fachabteilung abhängen und teilweise markante Auswirkungen auf die Auslastung der verbleibenden Bettenkapazität zeigen.
- ... die fachabteilungsbezogenen Bettennutzungsvorgaben im Krankenhausplan 2015 kritisch hinterfragt werden sollten, da diese aufgrund der sinkenden Verweildauer angepasst (gesenkt) werden müssten.
- ... der Einfluss von Bettensperrungen tatsächlich noch größer sein wird, da nur eine Auswahl von Fachabteilungen untersucht und auch nicht alle Gründe für Bettensperrungen (z. B. Noroviren) inkludiert worden sind.

Diese Ergebnisse zeigen, dass in der Debatte um Veränderungsprozesse bei den erforderlichen Kapazitäten ein adäquater Weg für die Planung, Bereitstellung und Finanzierung gefunden werden muss. Um dieser Forderung Nachdruck zu verleihen, wurde vom DKI eine breitere, repräsentative Basis für die Analyse der Bettensperrungen gewählt. So kann jetzt gezeigt werden, dass Bettensperrungen einen erheblichen Einfluss auf die Versorgungsrealität vieler Krankenhäuser darstellen, den

es neben der sonst üblichen Betrachtung der Verweildauer als Maß für die Auslastung zu berücksichtigen gilt. Die Ergebnisse der DKI-Studie „Auswirkungen von Bettensperrungen – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung und Routinedatenanalyse aus dem Jahr 2017“ sollen der Spitze des Landesgesundheitsministeriums Ende 2017/Anfang 2018 durch das DKI vorgestellt werden. Zudem ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse in einer Fachzeitschrift in Planung.

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 wurde in diesem Jahr beispielsweise der „Faktencheck Rücken“ der Bertelsmann-Stiftung vorgestellt, der sich festlegt, dass insbesondere finanzielle Anreize für die teilweise massive Zunahme von stationären Behandlungen von „Rückenschmerzen“ verantwortlich seien. Große regionale Unterschiede seien immer ein deutlicher Hinweis auf eine nicht bedarfsgerechte Versorgung und auf Mängel in den Versorgungsstrukturen. Rein medizinisch oder soziodemografisch, etwa durch die Bevölkerungsstruktur, seien die großen

regionalen Unterschiede in der Behandlung von Patienten mit Rückenproblemen nicht zu erklären. Und obwohl oder gerade weil Nordrhein-Westfalen noch recht durchschnittliche bis unterdurchschnittliche Werte aufweist, zeige das Bundesland die drittstärkste Steigerungsrate aller Bundesländer. Die betroffenen Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) haben der Bertelsmann-/IGES-Studie eine geringe Evidenz und ein niedriges wissenschaftliches Niveau mit groben Fehlern in der Dateninterpretation attestiert, sodass die Ergebnisse wenig geeignet erscheinen, die Diskussion zu regionalen Unterschieden inhaltlich zu befeuern. Dennoch werden diese Ergebnisse öffentlichkeitswirksam eingesetzt, wie u. a. die auf den gleichen Daten fußende WDR-Reportage „Operieren und kassieren“ zeigt, die fast ausschließlich finanzielle Anreize für Ärzte und Kliniken als Ursache regionaler Unterschiede benennt.

Die Autoren des Barmer Krankenhausreports 2017 zur „Versorgung älterer Patienten in Deutschland“ kommen zu dem Schluss, dass Geriatrie-Patienten aufgrund besserer Behandlungserfolge nach Möglichkeit nur an größeren, multidisziplinär aufgestellten Krankenhäusern behandelt werden sollten. Die DKG hat am Tag der Veröffentlichung in einer Pressemitteilung klargestellt: „Der Report macht vor allem deutlich, dass die demographische Entwicklung die Kliniken bei der Versorgung von älteren Patienten vor große Herausforderungen stellt. Mehr als 2 Millionen der Patienten sind älter

als 80 Jahre. Dies zeigt, dass die wohnortnahe Versorgung dieser Menschen dringend gewährleistet sein muss. Denn der soziale Kontakt

und der Besuch durch Familien sind wichtig für die Genesung.“

ZEDAS

Die Landeskrankenhausgesellschaften (LKGen) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben einen umfassenden Bedarf für die Erhebung und Verarbeitung von Daten in unterschiedlichsten Zielsetzungen: zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, zur Unterstützung der Verbandsarbeit auf Landes- und Bundesebene, für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die Erstellung von Gutachten/Expertisen und vieles mehr. Die Deutsche Krankenhaus Trust-Center und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) hat in den vergangenen Jahren bereits damit begonnen, für die LKGen und die DKG einzelne Datendienste zu bündeln und zu zentralisieren. Die DKTIG wurde durch die Gesellschafter beauftragt, den Ansatz für einen zentralen Datenservice für die LKGen und die DKG im Hinblick auf wichtige strategisch-politische Zielsetzungen zu

konzipieren und einer Machbarkeitsprüfung zu unterziehen.

Um ZEDAS für die zukünftigen Datendienstleistungen entsprechend zu skalieren und um insbesondere Aufwandsabschätzungen vornehmen zu können, ist ZEDAS anhand eines Prototypen (beispielhafter Datendienst) zunächst einmalig und beispielhaft umzusetzen. Dafür wurde ein geeignetes Kompetenzteam aus Mitarbeitern der DKG und den LKGen gebildet, das die DKTIG mit Know-how unterstützt. Auch die KGNW ist mit einem Mitarbeiter Teil dieses Kompetenzteams, das sich im Rahmen von zwei Workshops auf die Inhalte eines ersten Prototyps verständigt hat. Dieser soll in 2018 vorgestellt und dann abschließend in allen Bundesländern über die (gemeinsame) Umsetzung durch die DKTIG entschieden werden.

Neue Krankenhausstatistik-Verordnung

Die KGNW hat sich aktiv in den Beratungen der DKG-Arbeitsgruppe zur Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung beteiligt, die am 12.07.2017 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde und am 01.01.2018 in Kraft getreten ist. Grundsätzlich unterstützen die Krankenhäuser eine sachgerechte Weiterentwicklung der Krankenhausstatistikver-

ordnung. Allerdings soll die Novellierung zu keinem bürokratischen Mehraufwand für die Krankenhäuser führen. Der bürokratische und administrative Aufwand solle auf ein Mindestmaß begrenzt werden. Vor diesem Hintergrund wurden die geplanten zusätzlichen Datenerhebungen von DKG und KGNW äußerst kritisch bewertet, da sich bereits abzeichnete,

dass der in Zukunft zu liefernde Datensatz um ein Vielfaches größer werden würde.

Mit dem Statistischen Bundesamt besteht daher weiterhin Diskussionsbedarf, insbesondere vor dem Hintergrund, dass es noch viele offene Fragen hinsichtlich der ab dem 01.01.2018 zusätzlich zu erfassenden Daten gibt, die bis in den November 2017 noch nicht abschließend geklärt werden konnten. Dies betrifft insbesondere die Sicherstellung, dass alle Krankenhäuser in die Lage versetzt werden die entsprechenden Informationen zu erheben. Zudem werden einige Daten erst später erhoben. So ist z. B. die Angabe zur Stufe der Teilnahme an der stationären Notfallversor-

gung nach § 136c Abs. 4 SGB V aufgrund einer Verschiebung für 2018 nicht möglich bzw. ändert sich in absehbarer Zukunft, sodass es beispielsweise im Bereich der Ausbildungsplätze ab 2020 zu Parallelerhebungen kommen wird. Grundsätzlich gilt, dass durch die KHStatV die Erfassung der ambulanten Leistungsstatistik weiterhin nur einseitig von den Krankenhäusern offenzulegen sein wird, ohne dass der vertragsärztliche Bereich seine Zahlen gleichermaßen offenlegt. Gleichzeitig fordert die KHStatV aber die Erhebung der Leistungen eines MVZ nach § 95 SGB V, was nicht möglich sein wird, da dies vertragsärztliche Leistungen und damit keine Krankenhausleistungen sind.

Krankenhausstatistik: Auswertung der Betten und Patientenbewegungen 2016

Wie im Jahr 2012 mit IT.NRW vereinbart, wurden die Grunddaten für das Berichtsjahr 2016 gem. Krankenhausstatistikverordnung von IT.NRW zur Verfügung gestellt. Die dafür notwendigen Einverständniserklärungen der Krankenhausträger liegen vor. Die Auswertung der Betten und Patientenbewegungen

2016 wird voraussichtlich im Februar 2018 abgeschlossen und anschließend im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung stehen.

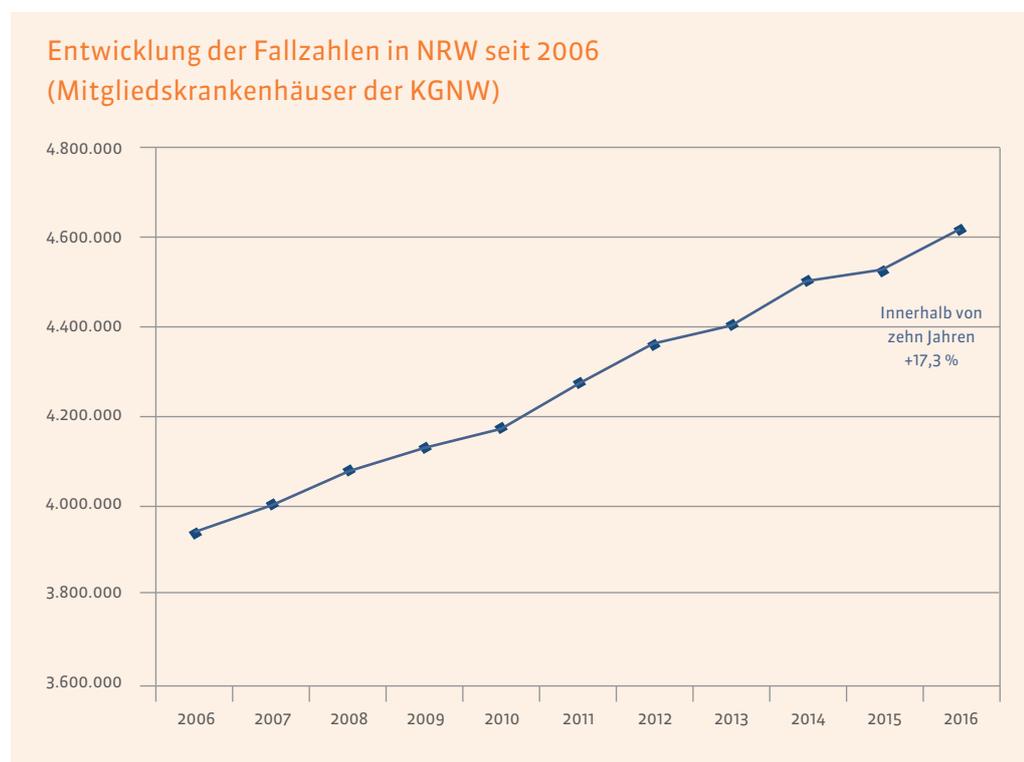
Im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben erhebt die KGNW jährlich die Grunddaten gem. Krankenhausstatistikverordnung von allen Mitgliedskrankenhäusern, um diese insbesondere für krankenhauplanerische Fragestellungen auszuwerten. Mit Einverständnis der Krankentuäger werden diese Daten von IT.NRW zur Verfügung gestellt.

Mit Abschluss der Datenauswertungen für das Berichtsjahr 2016 konnten die Übersichten und Berichte zu den Patientenbewegungen nach Fachgebieten (vollstationär) im Juni 2018 im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung gestellt werden.

Die wesentlichen Ergebnisse im Überblick:

Abbildung 1: Mit insgesamt 4.622.751 vollstationär behandelten Fällen ist die Fallzahl im Jahr 2016 um 2,1 % gestiegen. Betrachtet man die vergangenen zehn Jahre, so sind im Durchschnitt jährlich etwa 1,7 % Patienten mehr vollstationär behandelt worden als im Vorjahr.

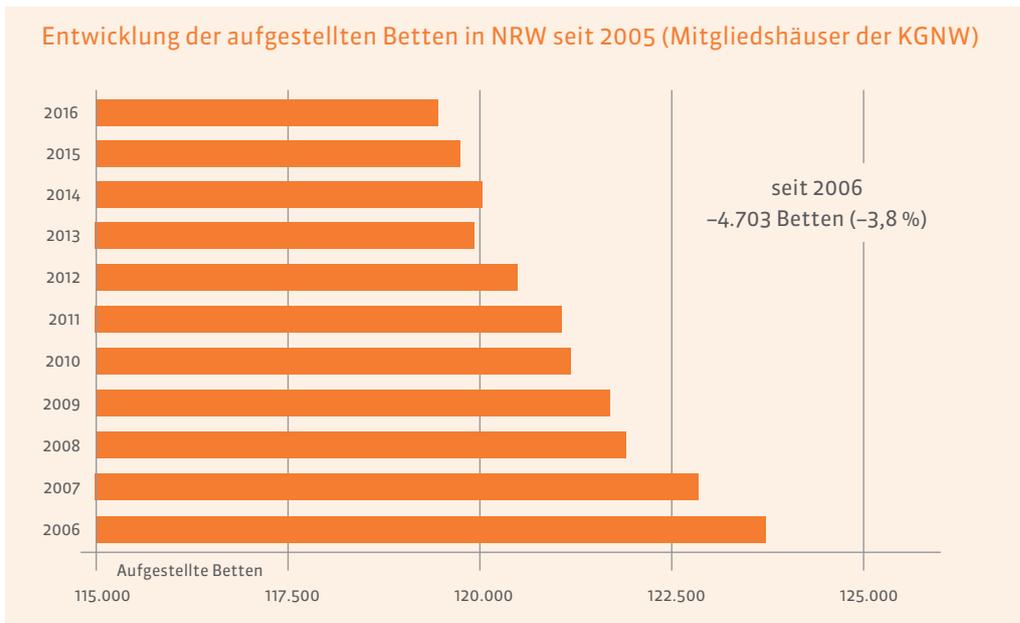
Die Berechnungs- und Belegungstage sind im Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr kaum gestiegen (+ 0,8 %).



Quelle: eigene Abfrage, KGNW

Abbildung 2: Die Zahl der aufgestellten Betten reduzierte sich im Berichtszeitraum 2016 um 0,2 % zum Vorjahr auf insgesamt 119.143 Bet-

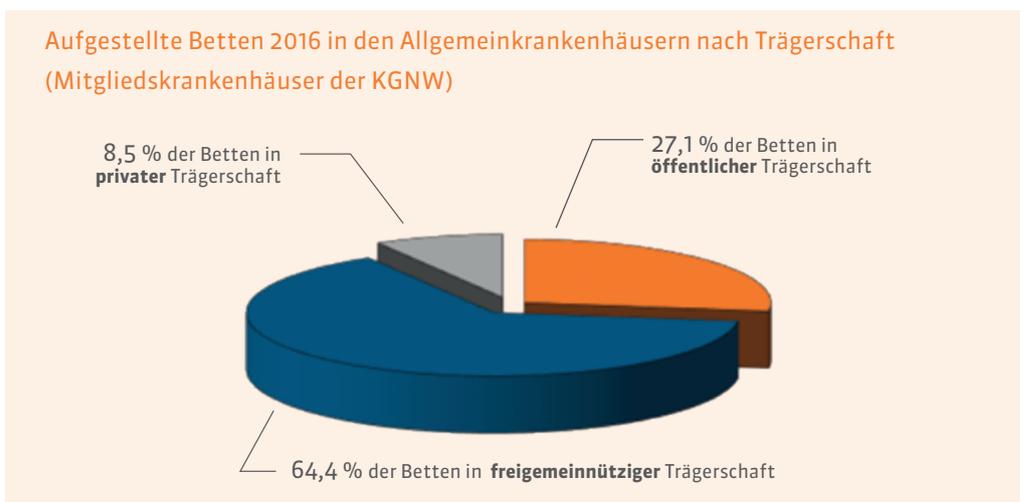
ten. Im Vergleich zum Berichtszeitraum 2006 ergibt sich eine Bettenreduzierung von 3,8 %.



Quelle: eigene Abfragen, KGNW.

Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Krankenhausbetten in Allgemeinkrankenhäusern nach Krankenhausträgern. Mit einem Anteil von 8,5 % aufgestellter Betten in privater Träger-

schaft liegt Nordrhein-Westfalen immer noch weit unter dem Bundesdurchschnitt (17,7 %).

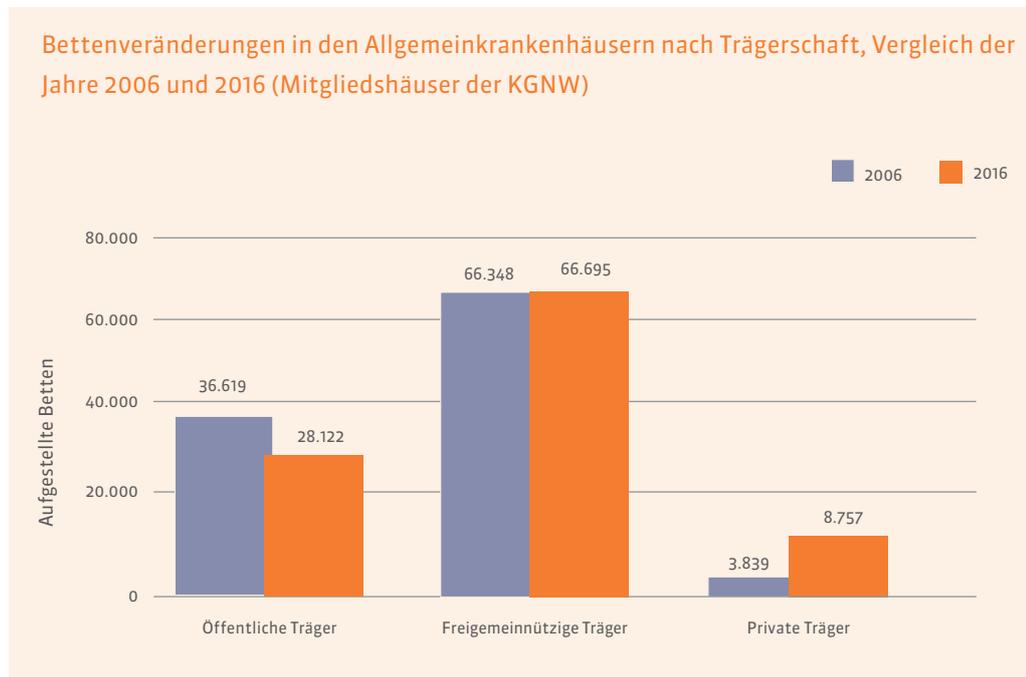


Quelle: eigene Abfragen, KGNW.

Abbildung 4: Mit der ansteigenden Zahl der Krankenhausfusionen gibt es auch in der Trägerstruktur Veränderungen. Der Vergleich der Jahre 2006 und 2016 zeigt, dass sich die Zahl der aufgestellten Betten in den Allgemeinkrankenhäusern in privater Trägerschaft in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt

hat. Die Zahl der Betten in öffentlicher Trägerschaft wurde hingegen um 23,2 % reduziert.

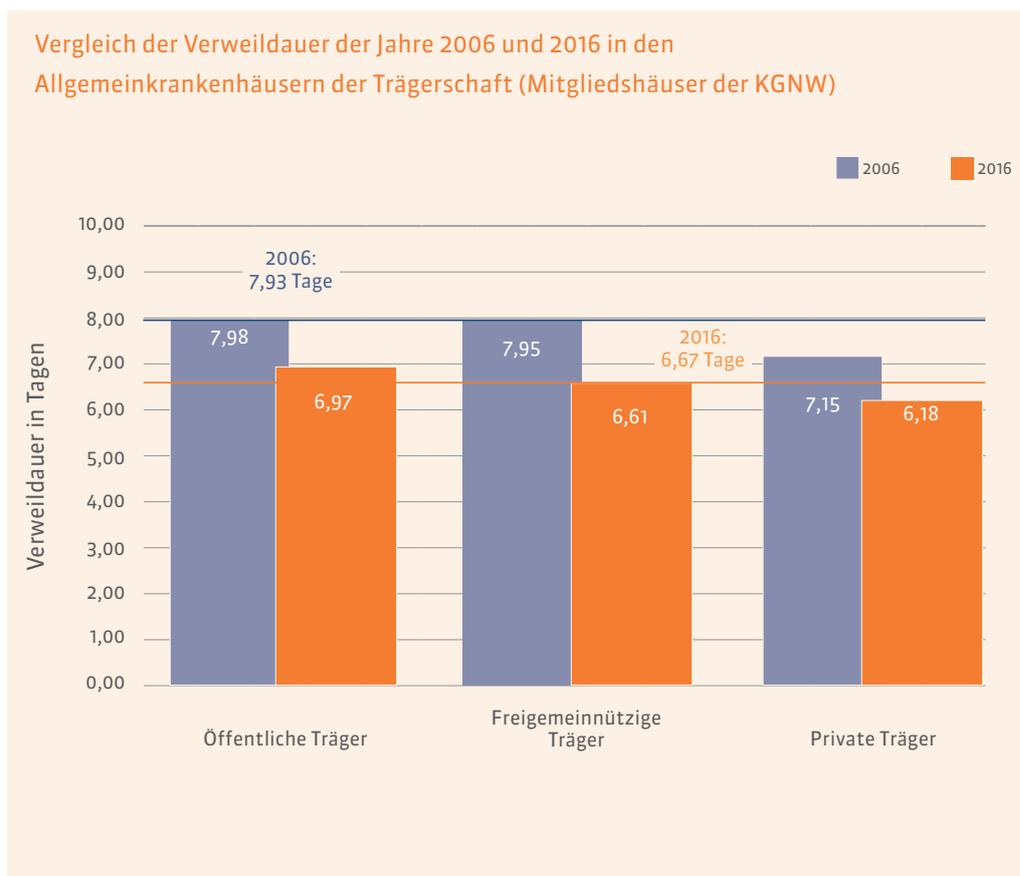
Die Bettenauslastung unserer Mitgliedskrankenhäuser ist im Berichtsjahr 2016 mit 76,7 % gegenüber dem Vorjahr (76,2 %) leicht gestiegen.



Quelle: eigene Abfragen, KGNW

Abbildung 5: Der Rückgang der Verweildauer setzt sich auch 2016 fort. Die Patienten der Mitgliedshäuser lagen durchschnittlich 7,24 Tage im Krankenhaus, in den Allgemeinkran-

kenhäusern lag die Verweildauer bei 6,67 Tagen. Gegenüber dem Berichtszeitraum 2006 entspricht dies einer Verweildauerreduzierung von 15,9 %.



Quelle: eigene Abfragen, KGNW

Tabelle 1: In einigen Fachgebieten ist die Kürzung der Verweildauer im Vergleich der Jahre 2006 und 2016 mehr ausgeprägt als in anderen.

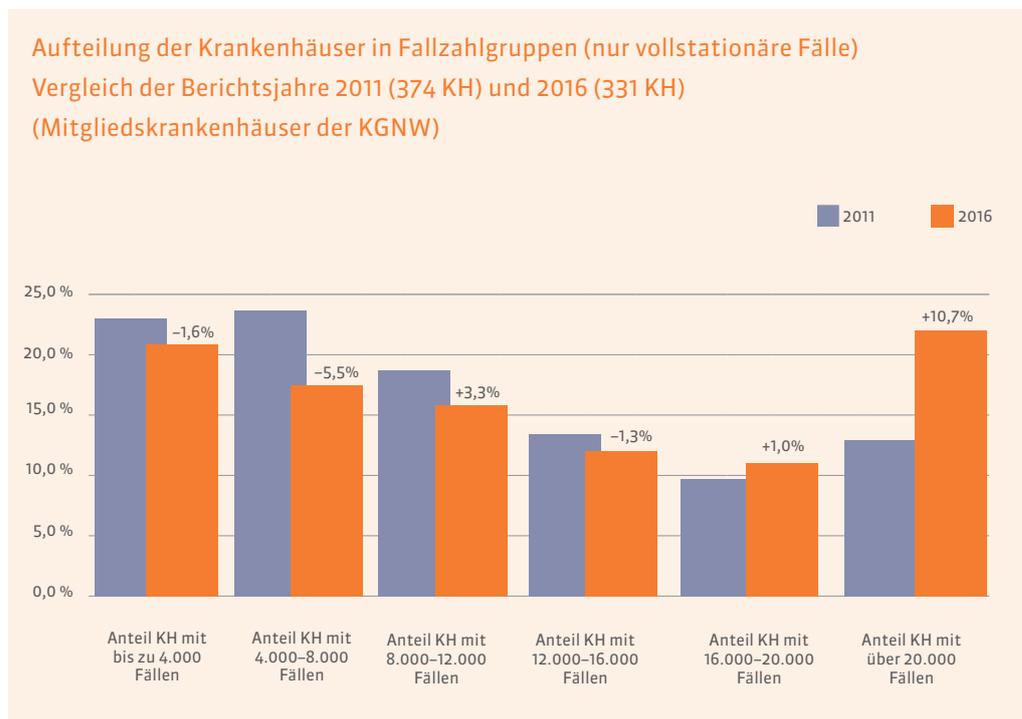
**Verweildauerreduzierung in den Allgemeinkrankenhäusern je Fachgebiet
Vergleich 2006 und 2016 (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)**

Gebiet	Allgemeinkrankenhäuser			
	Verweildauer 2006	Verweildauer 2016	Veränderung in Tagen	Veränderung in %
Augenheilkunde	3,27	2,62	-0,65	-19,9 %
Chirurgie	8,12	6,32	-1,80	-22,2 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,17	3,89	-1,28	-24,8 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,62	3,51	-1,11	-24,0 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	7,67	5,36	-2,31	-30,1 %
Herzchirurgie	11,84	12,02	0,18	1,5 %
Innere Medizin	7,68	6,01	-1,67	-21,7 %
Geriatrie	15,16	14,92	-0,24	-1,6 %
Kinderchirurgie	4,36	3,39	-0,97	-22,2 %
Kinderheilkunde	5,23	4,47	-0,76	-14,5 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	38,37	30,47	-7,90	-20,6 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	5,84	4,41	-1,43	-24,5 %
Neurochirurgie	9,80	8,83	-0,97	-9,9 %
Neurologie	7,97	6,49	-1,48	-18,6 %
Nuklearmedizin (Therapie)	3,87	3,09	-0,78	-20,2 %
Orthopädie	9,22	6,60	-2,62	-28,4 %
Plastische Chirurgie	6,67	5,86	-0,81	-12,1 %
Psychiatrie und Psychotherapie	23,60	22,63	-0,97	-4,1 %
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	49,12	51,25	2,13	4,3 %
Strahlentherapie	8,04	7,76	-0,28	-3,5 %
Urologie	6,22	4,69	-1,53	-24,6 %
Sonstige Fachbereiche	10,02	9,54	-0,48	-4,8 %
Insgesamt	7,93	6,67	-1,26	-15,9 %

Quelle: Daten gem. KHStatV, eigene Berechnungen

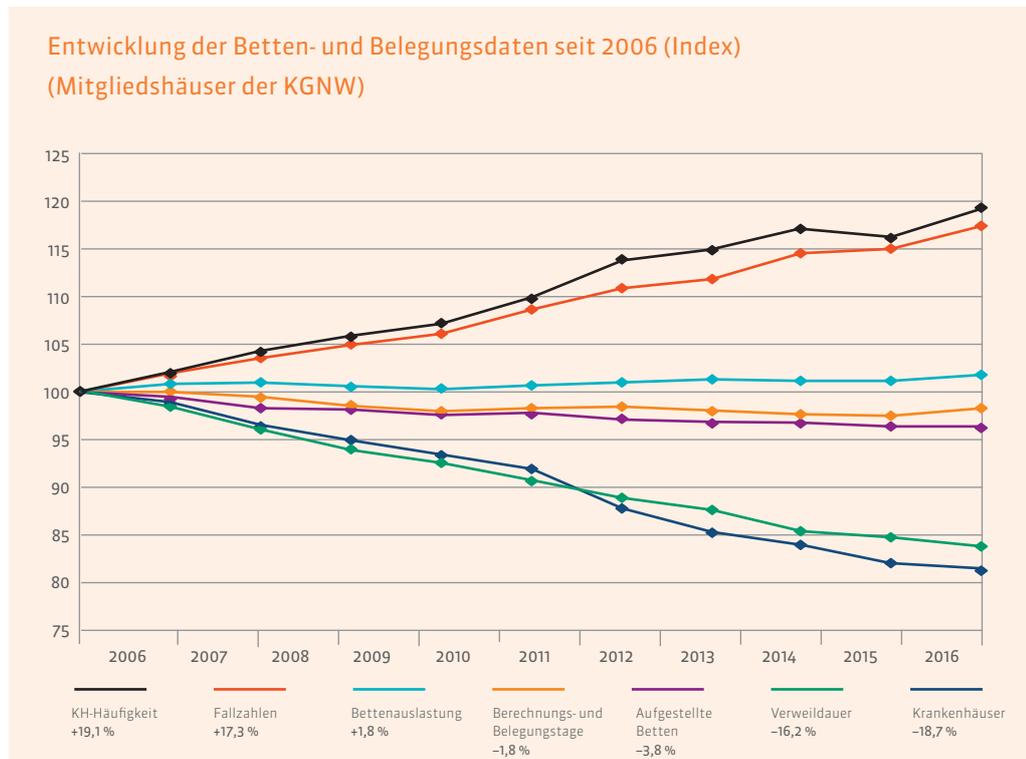
Abbildung 6: Während durch die zunehmende Zahl der Krankenhausfusionen die Zahl der kleineren und mittleren Plankrankenhäuser mit bis zu 500 Betten weiter abnimmt, erhöht sich dementsprechend die Zahl der größeren Krankenhäuser. Bei der Aufteilung der Mitglieds-

häuser in Fallzahlgruppen wird dies nochmals deutlich. Der Vergleich der Berichtsjahre 2011 und 2016 zeigt, wie sich in dem Zeitraum von nur fünf Jahren die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen verändert hat.



Quelle: eigene Abfragen, KGNW

Abbildung 7: Überblick über die Entwicklung krankenhäuser in den vergangenen zehn Jahren der statistischen Kennzahlen der Mitglieds-



Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit

Beteiligung an der Tagung der Fachvereinigung Krankenhaustechnik e. V. im Rahmen der Initiative „Grüne Hauptstadt Essen“ am 20./21.09.2017

Die KGNW und der Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW haben sich als Mitveranstalter an der Tagung „Alles im grünen Bereich – Technik macht Gesundheitsökologie“ der Fachvereinigung Krankenhaustechnik (FKT) am 20. und 21.09.2017 im Hörsaal des St. Elisabeth-Krankenhauses in Essen beteiligt und gestalteten insbesondere den zweiten Veranstaltungstag thematisch.

Das Themenspektrum der Tagung reichte vom Leitfaden zur Nachhaltigkeitsberichterstattung über die energiesparende Nutzung von Großgeräten bis zu Projekten zur Reduzierung des Medikamenteneintrags in den Wasserkreislauf.

Highlight des ersten Tages war der Vortrag zum „Grünen Krankenhaus“ der Universitätsklinik Eppendorf in Hamburg. Am zweiten Tag erinnerte der ehemalige Gynäkologie-Chefarzt Dr. Horst Pomp aus Essen an die historischen Anfänge der Umsetzung des Umweltschutzgedankens im Krankenhaus.

Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern

Im Zuge der Umsetzung einer EU-Verordnung wurden 2016 das Luftverkehrsgesetz und die darin festgelegten Anforderungen zum Betreiben von Hubschrauberlandestellen – auch an Krankenhäusern – geändert. Krankenhäuser konnten für ihre Hubschrauberlandestellen eine Ausnahmeregelung der EU-Verordnung nutzen und die Landestellen als sog. „Public Interest Sites (PIS)“ anerkennen lassen. Die Registrierung der Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern ist bereits abgeschlossen.

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. Bis zum Frühjahr 2017 sind nur wenige Krankenhäuser dieser Dokumentationspflicht nachgekommen. Die KGNW erinnerte die Krankenhäuser noch einmal an ihre Verpflichtung, die geforderten Angaben fristgerecht abzugeben.

Neue Abfallbeauftragten-Verordnung

Die neue Abfallbeauftragten-Verordnung (AbfBeauftrV) wurde als Artikel 2 der „Zweiten Verordnung zur Fortentwicklung der abfallrechtlichen Überwachung“ am 07.12.2016 im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist am 01.06.2017 in Kraft getreten.

Unklar ist bislang, ob der durch die AbfBeauftrV zu deckende Fortbildungsbedarf der Betriebsbeauftragten für Abfall in den Krankenhäusern zum Erwerb einer entsprechenden Fachkunde innerhalb der in der Verordnung verankerten 24-monatigen Frist bereitgestellt werden kann.

Zudem bieten große Seminaranbieter oftmals nur Fortbildungsveranstaltungen an, die in der Regel auf die Bedarfe der verarbeitenden Industrie bzw. von Dienstleistungsbetrieben

ausgelegt sind. Für eine effektive Fortbildung wäre aber ein explizit auf Krankenhausmitarbeiter bzw. Mitarbeiter aus weiteren Gesundheitseinrichtungen ausgerichtete Curriculum sinnvoll, was bereits einige wenige Anbieter erkannt haben. Die KGNW unterstützt ihre Mitglieder proaktiv, um weitere Seminaranbieter dazu zu bewegen, entsprechende Angebote für Krankenhäuser bzw. Gesundheitseinrichtungen zu schaffen. Besonderes Augenmerk muss dabei aber auf die Feststellung der „notwendigen behördlichen Anerkennung“ der Lehrgänge gelegt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle betroffenen Mitarbeiter innerhalb der Frist eine adäquate Fortbildungsveranstaltung besuchen können.

IT-Service für Mitglieder und Geschäftsstelle

Webbasierter Mitgliederservice

Die Geschäftsstelle betreut den in den Web-auftritt 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 einen 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.

Interne Datenservices/Mitgliederverwaltung

Die Vorhaltung und Verwaltung der KGNW-Mitgliederdaten erfolgt aktuell in hierzu eigens entwickelten Datenbanken. Aufgrund der gestiegenen Anforderungen und der tech-

nologischen in die Jahre gekommenen aktuellen Lösung (seit 1995) ist ein Umstieg auf eine Standardlösung im Jahr 2018 geplant.

IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle

Der IT-Service in der Geschäftsstelle wurde weitestgehend ausgliedert und erfolgreich an einen externen Dienstleister übergeben. Die Geschäftsstelle zeichnet nun noch für die stra-

tegische IT-Planung, die Projektkoordination größerer Systemumstellungen, Beschaffungsvorhaben und Serviceleistungen verantwortlich.

Medizin

Im Rahmen der Tätigkeit des Referates „Medizin“ wurden zahlreiche Themen bearbeitet, die schwerpunktmäßig in anderen Referaten der KGNW angesiedelt sind. Dabei handelt es sich 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“, „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“, „qualitätsabhängige Zu- und Abschläge“ und „Personaluntergrenzen in der Pflege“ der DKG vertreten. Auf der Landesebene ergibt sich eine aktive Mitarbeit im Fachbeirat der Deutschen Stiftung Organtransplantation, dem Landesausschuss für Alter und Pflege, in beratenden Gremien der Hochschule für Gesundheit in Bochum und der Ärztekammern, der Fachbeiräte zur Förderung der Organspende sowie zum Rettungswesen.

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 in 2017 eine Integration der aktuellsten Version der G-IQI (German inpatient quality indicators) in das Indikatorenset.

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 Krankenhaushygiene-

ker 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). Trotz dieser Aktivitäten sollte der beschriebene Qualifikationsweg weiter ausgebaut werden. Insofern wird dieses Thema auch im kommenden Jahr ein wichtiger Teilaspekt in der Weiterentwicklung der hygienerelevanten Strukturen in den Krankenhäusern sein.

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/innen 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 einschließlich des Stellvertreters durch einen Facharzt für Hygiene und Um-

weltmedizin 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“ (Beitragsschuldengesetz) 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 sollen 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 2017, trotz einer zunehmend restriktiven Einschätzung seitens der Krankenkassen, eine rege Nutzung dieser Förderungsmöglichkeit in NRW fest.

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.

Gemeinsam mit dem MGEPA und dem Landeszentrum Gesundheit (LZG) hat das medizinische Referat einen Krankenhaushygienebericht NRW als neues Instrument der Hygiene-Initiative erarbeitet und die Umfrage Ende 2016 gestartet. Die Ergebnisse dieser regelmäßig geplanten Befragung werden derzeit durch das LZG und die KGNW analysiert und sollen idealerweise in einer gemeinsamen Pressekonferenz des MAGS, des LZG und der KGNW der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

2008 wurde die „Aktion Saubere Hände“ (ASH) als Kampagne des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance von nosokomialen Infektionen mit Unterstützung verschiedener Partner ins Leben gerufen. Die Kampagne basiert auf der 2005 gestarteten WHO-Kampagne „Clean Care is Safer Care“ und hat die Verbesserung der Patientensicherheit zum Ziel. Mittlerweile

ist die ASH die größte Kampagne zum Thema „Händehygiene“ nicht nur national, sondern auch international. Die Krankenhäuser sind nach wie vor die größte Teilnehmergruppe der Initiative. Die Verbesserung der Händehygiene in Gesundheitseinrichtungen ist eine grundlegende Maßnahme zur Vermeidung von Übertragungen und Infektionen. Mithilfe der ASH hat sich der Händedesinfektionsmittelverbrauch bei den kontinuierlich teilnehmenden Krankenhäusern von 2008 bis 2016 nahezu verdoppelt. Nach einer mehrjährigen Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit muss sich die ASH seit Ende 2013 allein durch freiwillige Zuwendungen von Verbänden und Industrie finanzieren. Leider gestaltete sich die Finanzierung von Jahr zu Jahr schwieriger, sodass u. a. auf Initiative der KGNW die ASH nun beschlossen hat, ab 2018 einen Teilnahmebeitrag in Höhe von 500 € zu erheben. Ohne diese Maßnahme hätte diese ausgesprochen sinnvolle Initiative beendet werden müssen.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der Arbeitsschwerpunkt des Referates Medizin im Rahmen der Disease-Management-Programme lag 2017 in der Unterstützung und Beratung bei der Erstellung des Qualitätssicherungsberichtes 2016 durch die DMP-Redaktionsgruppe. Weiterhin hat sich das Referat Medizin an der Erarbeitung und Bewertung

von teilweise neu strukturierten Feedbackberichten für die an den DMP teilnehmenden Arztpraxen durch die einzelnen DMP-Fachkreise beteiligt. 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, des heutigen MAGS, 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. Hierbei ist jedoch festzuhalten, dass der Rückgang der Organspendezahlen bereits vor der Bekanntmachung von Unregelmäßigkeiten in einzelnen Transplantationszentren eingesetzt hat. Insofern haben die genannten Geschehnisse diesen Trend vermutlich verstärkt, aber nicht ausschließlich verursacht.

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 2017 sowohl auf der Bundes- als auch auf der Landesebene erneut deutlich erniedrigte 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. Die Ergebnisse der Befragung zeigen deutliche Fortschritte der Krankenhäuser in der Umsetzung der rechtlichen Regelungen zu den Verpflichtungen der Entnahmekrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen auf. 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. Seit diesem Zeitpunkt besteht eine Verpflichtung der Transplantationsbeauftragten zur Durchführung einer curricularen Fortbildung mit einer Stichtagsregelung. Da von diesem Regelungsinhalt auch mehr als 200 erfahrene Transplantationsbeauftragte betroffen sind, die vor dem Jahr 2016 ihre Fortbildung zum Transplantationsbeauftragten abgeschlossen haben, hat die KGNW im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) einen sog. „Refresher-Kurs“ angeregt. Diese ca. halbtägige Veranstaltung soll anstelle eines erneuten 40-stündigen Kurses für die Erfüllung des AG-TPG ausreichen. Derzeit wird ein entsprechendes Curriculum seitens der Ärztekammern in NRW und der DSO entwickelt.

Deutsche Kodierrichtlinien für das Jahr 2018

Wie in den Vorjahren standen im Sinne einer einheitlichen Kodierung Klarstellungen und Anpassungen an die ICD-10-GM, den OPS sowie an das G-DRG-System 2018 im Vordergrund.

Für 2018 wurde eine Kodierrichtlinie neu aufgenommen, drei Kodierrichtlinien inhaltlich modifiziert bzw. klargestellt und 5 Kodierrichtlinien aufgrund von Änderungen des ICD- und OPS-Kataloges angepasst, wobei in der DKR P003 Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS sowohl inhaltliche als auch redaktionelle Änderungen vorgenommen wurden.

Zur Förderung von Obduktionen haben der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung gem. § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG geschlossen. Im Hinblick auf die Auswahl des Leistungsdatums zum OPS-Code 9-990 für die Obduktion

konnte nicht von einer einheitlichen Angabe ausgegangen werden. Aus diesem Grund wurde in einer neuen DKR P017 Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung die Angabe des Leistungsdatums bundeseinheitlich für die Kodierung der Obduktion geregelt. Als Datum der Obduktion ist demnach der Tag anzugeben, an dem der Patient verstorben ist.

Durch das Einfügen eines Hinweises unter den „Zusatzinformationen zu Prozeduren“ wurde klargestellt, dass für ergänzende Angaben zu Prozeduren auch andere Zusatzcodes als 5-93...5-99 verwendet werden können.

In der DKR 0103 Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie erfolgte eine Anpassung der Inklusiva unter dem Code R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen an den gültigen Wortlaut der Version 2018 der ICD-10-GM.

ICD-10-GM Version 2018 und OPS-Version 2018

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 27.09.2017 die amtlich gültige Fassung der ICD-10-GM Version 2018 auf seinen Internetseiten veröffentlicht. Wie in jedem Jahr sind Änderungen eingegangen, die sich aus dem Vorschlagsverfahren für die ICD-10-GM Version 2018, 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. F50.0- Anorexia nervosa, I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung und I46.9 Herzstillstand, U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus, R02.- Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert und T84.- Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate).

siva, Exklusiva und Hinweistexten vorgenommen, bestehende Codes weiter differenziert und neue Codes eingeführt (z. B. F50.0- Anorexia nervosa, I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung und I46.9 Herzstillstand, U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus, R02.- Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert und T84.- Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate).

Daneben sieht der am 20.10.2017 veröffentlichte OPS 2018 u. a. Änderungen in zahlreichen Codebereichen vor (z. B. für die „Transurethrale Exzision von Prostatagewebe durch Hitze“, die „Transplantation von Spongiosa“ und „Transplantation eines kortikospongiösen

Spanes“, die „Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken“, die „Ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen“ sowie die „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)“).

DRG-System 2018

Wie bereits in den Vorjahren wurde das DRG-System klassifikatorisch nicht grundsätzlich, sondern in zahlreichen Details weiterentwickelt. Die Kalkulationsbasis ist mit 248 Krankenhäusern (+6) inklusive zehn Universitätskliniken stabil geblieben (hierunter acht Krankenhäuser aus der in diesem Jahr erstmalig ausgewählten repräsentativen Stichprobe). Die Anzahl der DRGs hat im Längsverlauf moderat zugenommen (Verlauf 2013 bis 2018: 1187 vs. 1196 vs. 1200 vs. 1220 vs. 1255 vs. 1292). Der Anstieg in diesem Jahr ist überwiegend auf eine Überarbeitung der MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (die Orthopädie und Unfallchirurgie ist das Gebiet mit den meisten Eingaben im offiziellen Vorschlagsverfahren für 2018) und die Aufnahme von DRGs zur Neurostimulation in mehreren MDCs zurückzuführen.

In der Anlage 4 (nicht bewertete Zusatzentgelte, für die krankenhausespezifische Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbaren sind) ist es zu 14 Änderungen gekommen. Der wesentlichste Aspekt entfällt hierbei auf die Überführung des ehemaligen ZE2017-98 (Gabe von Blutgerinnungsfaktoren) in die ZEs:

- ZE2018-137 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII
- ZE2018-138 Gabe von Fibrinogenkonzentrat
- ZE2018-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren

Bei den bewerteten Zusatzentgelten wurden u. a. zwei neue Zusatzentgelte (ZE162; 107,14 € und ZE163; 219,56 €) zur Abbildung eines erhöhten Pflegeaufwands bei pflegebedürftigen Patienten nach Maßgabe des OPS 9-984 (Pflegebedürftigkeit) geschaffen. Diese können ab einem Pflegegrad 3 und einer VWD von fünf Tagen für bestimmte DRGs (für 176 DRGs kein ZE möglich) abgerechnet werden.

Die Anzahl der Fälle in einer Belegabteilung nimmt kontinuierlich ab (von 618.425 in 2014 auf ca. 545.864 in 2016).

Aufgrund der seit Jahren zu beobachtenden Reife des Systems beschäftigt sich die klassifikatorische Überarbeitung des Fallpauschalenkatalogs nicht mit Grundsatz-, sondern vielmehr mit zahlreichen Detailfragen. Aus diesem Grund ist aus Sichtweise der DKG und der KGNW eine zukünftig zweijährige Überarbeitung des DRG-Systems anzustreben.

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP)

Die Umbauten im PEPP-System sind für das Jahr 2018 in allen Systembereichen geringfügig ausgefallen, um eine Stabilität und Kontinuität für den Umstieg auf ein Budgetsystem des PsychVVG zu ermöglichen. Bemerkens-

wert ist jedoch ein Rückzug von acht Kalkulationshäusern, die einen relevanten Anteil an der Kalkulationsbasis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Psychosomatik ausmachen.

Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V

Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V beschäftigte sich im Jahr 2017 mit einer „Verbesserung der geriatrischen Versorgung“ sowie mit der „ambulanten Notfallversorgung“.

Zur „Verbesserung der geriatrischen Versorgung“ sind ab dem letzten Quartal 2017 im Landesteil Westfalen-Lippe zwei Modellprojekte und im Landesteil Nordrhein fünf Modellprojekte vorgesehen. Hierbei soll im Landesteil Westfalen-Lippe eine Schwerpunktsetzung auf das Casemanagement erfolgen. Im Landesteil Nordrhein soll zunächst eine niedrigschwellige Strukturierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit gefördert und Kommunikations-Standards etabliert werden (Aufnahme- und Entlassmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildungen).

Bezüglich der „ambulanten Notfallbehandlung“ wurde unter Beteiligung der Ärztekam-

mern, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassenverbände, des Patientenbeauftragten der Landesregierung und der KGNW zu den nachfolgenden Schwerpunktthemen jeweils eine Arbeitsgruppe eingerichtet:

- Neustrukturierung der Leitstellen/Zusammenlegung der Notfallnummern 116/117/112
- Identifikation von Best-Practice-Beispielen für eine sektorenübergreifende Fallsteuerung (u. a. Triage) und Notfallbehandlung

Konkrete (Zwischen-)Ergebnisse der Beratungen in den Arbeitsgruppen, die gegebenenfalls für eine gemeinsame Informations- und Aufklärungskampagne der Bevölkerung und eine Bundesratsinitiative aus NRW herangezogen werden sollen, liegen noch nicht vor.

Internetportal „Aus- und Weiterbildung für Pflegeberufe“

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen ansteigen und den Bedarf an Pflegekräften in allen Versorgungssettings (Akutpflege, stationäre und ambulante Langzeitpflege) erhöhen. Aufgrund der sinkenden Anzahl von Schulabgängerinnen und Schulabgängern wird der Konkurrenzkampf um Auszubildende für einen Pflegeberuf zunehmen.

In diesem Zusammenhang wurden 2011/2012 erste Überlegungen für ein Internetportal, das insbesondere Schulabgänger umfassend über die Aus- und Weiterbildung in der Pflege informieren soll, in einer Arbeitsgruppe der KGNW angestellt. In den folgenden Jahren wurde ein Kontakt zu weiteren Unterstützern und zum damaligen nordrhein-westfälischen Ministeri-

um für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) aufgenommen. Das Gemeinschaftsprojekt wurde schließlich mit Mitteln des Landes in einem Zeitraum von April 2014 bis März 2017 erfolgreich realisiert (> 53.000 Aufrufe der Webseite, > 74.000 Aufrufe der produzierten Videofilme, > 1.340 Einrichtungen und Dienste in der Altenpflege, Krankenhäuser sowie Pflegeschulen sind im Portal registriert).

Die beteiligten Verbände haben sich nach Ablauf der Förderung zunächst auf eine Fortführung des Internetportals NRW für Pflegeberufe bis zum April 2018 verständigt. In Abhängigkeit von optionalen bundesweiten Aktivitäten soll im zweiten Quartal 2018 erneut über den Fortbestand des Internetportals beraten werden.

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 die ersten Zwischenergebnisse der Unterausschüsse und Arbeitsgruppen mit zahlreichen

Expertinnen und Experten aus ganz Deutschland diskutiert wurden.

Nach zahlreichen Sitzungen der UA und AG wurde seitens des MGEPA ein „Bericht zu der beteiligungsorientierten Phase im Rahmen der Erstellung des Landespsychiatrieplans NRW“ erstellt. Auf Basis dieses Dokumentes wurde der Landespsychiatrieplan NRW erarbeitet und am 18.04.2017 durch das MAGS veröffentlicht. Im Rahmen einer Sitzung des Fachausschusses für Planung und Förderung der KGNW wurden die Inhalte des Landespsychiatrieplans durch den projektverantwortlichen Referatsleiter des MAGS vorgestellt.

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 telemedizinische Unterstützung intensivmedizinischer und hygiene-relevanter Prozesse in einem sektorenübergreifenden Kontext ab. Die mittlerweile durch

den G-BA versandten Bescheide zur ersten Förderwelle zum Innovationsfonds weisen eine Fördersumme von 19.574.349,60 € für das Projekt TELnet@NRW aus. Das Projekt wurde schließlich am 01.02.2017 gestartet und wird fortlaufend durch die KGNW begleitet.

Im Verlauf des Jahres 2017 erfolgten weitere Anfragen zu einer Beteiligung der KGNW an Projekten des Innovationsfonds (u. a. zur geriatrischen Versorgung). Zu einem konkreten Projektantrag ist es jedoch bisher noch nicht gekommen.

Ambulante Notfallversorgung

In der Klausurtagung des Vorstandes der KGNW am 25. und 26.08.2016 in Schermbeck wurde die ambulante Notfallversorgung ausführlich diskutiert. Die Vorstandsmitglieder sprachen sich einstimmig für eine kurz- bis mittelfristige Neuordnung des Sicherstellungsauftrages 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.

Wie im Abschnitt „Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V“ beschrieben, haben sich mittlerweile zwei Arbeitsgruppen zur ambulanten Notfallversorgung, deren Beratungen aktuell noch andauern, konstituiert.

Daneben sind die Aussagen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zum Thema „Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland“ vom 07.09.2017 für die weitere (politische) Diskussion bedeutsam. Der SVR schlägt aufgrund einer mutmaßlichen flächendeckenden präklinischen und klinischen Fehlallokation von Notfallpatienten, die sich aus mangelnden Kenntnissen der Bürgerinnen und Bürger über das gestufte System der Notfallversorgung in Deutschland und eine finanziell motivierte Überversorgung der Bevölkerung durch die Rettungsdienste und die Krankenhäuser (unnötige Rettungstransporte, unnötige stationäre Aufnahmen) ergeben würde, eine gemeinsame Leitstelle des Rettungsdienstes und der Kassenärztlichen Vereinigung mit einer einheitlichen Notrufnummer vor. Dort könnten mittels einer strukturierten Abfrage

durch nichtärztliches (1. Level) und ärztliches Personal (2. Level) die Anfragenden den verschiedenen Versorgungsebenen zugeordnet bzw. ein weiterer Versorgungsbedarf ausgeschlossen werden. Neben den integrierten Leitstellen soll in den Bundesländern durch das jeweils verantwortliche Ministerium eine Standortauswahl zu sog. „Integrierten Notfallzentren“ (INZ) erfolgen. Diese müssten als eine Weiterentwicklung des „Ein-Tresen-Modells“ auf dem Klinikgelände im Sinne einer eigenständigen organisatorischen und wirtschaftlichen Einheit in Trägerschaft durch das jeweilige Krankenhaus und die Kassenärztliche Vereinigung betrieben werden. Um medizinische Entscheidungen, insbesondere zur Frage einer Weiterbehandlung durch das

Krankenhaus (ambulant oder stationär), unabhängig „von den Interessen der Krankenhausträger“ gewährleisten zu können, hat der SVR empfohlen, die INZ von den Kassenärztlichen Vereinigungen betreiben zu lassen. Die Vergütung der INZ soll aus einem neuen Finanzierungstopf für eine sektorenübergreifende Notfallversorgung erfolgen (Bereinigung der vertragsärztlichen und stationären Budgets).

Nach einer Erörterung des beschriebenen Empfehlungsentwurfs des SVR in den Gremien der DKG und der KGNW wurde DKG-seitig eine Arbeitsgruppe zur Formulierung einer Gegenposition der Krankenhäuser eingerichtet. An dieser Arbeitsgruppe ist die KGNW mit zwei Mitgliedern beteiligt.

Pflegeberufereformgesetz/Pflegeberufegesetz

Seit 2010 wurde unter gemeinsamer Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine Bundesländer-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 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung veröffentlicht. Die KGNW hat sich auf bundespolitischer Ebene an der Erarbeitung des Positionspapiers der Deutschen Krankenhausgesellschaft intensiv beteiligt.

Am 22.06.2017 stimmte der Bundestag mit den Stimmen der Regierungskoalition aus CDU, SPD und CSU für die Reform der Pflegeberufe. Vorangegangen war ein Kompromiss zwischen der Unionsfraktion und der SPD, demzufolge alle Auszubildenden eine gemeinsame zweijährige generalistische Ausbildung absolvieren und sich anschließend entscheiden müssen, ob sie den generalistischen Abschluss oder einen spezialisierten Abschluss in der Alten- oder in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem dritten Jahr anstreben.

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

Der Bundesrat hat dem PflBRefG in seiner 959. Sitzung am 07.07.2017 ebenfalls zugestimmt. Mit Datum vom 24.07.2017 wurde das Artikelgesetz im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Das PflB-RefG tritt stufenweise bis zum Jahr 2020 in Kraft, die Voraussetzungen zur Umsetzung der Reform sind bis dahin zu schaffen. Maßgeblichen Anteil am Reformgesetz hat hierbei das Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG, vgl. Art. 1 des PflBRefG).

Die inhaltliche Auseinandersetzung hinsichtlich der Ausbildungsinhalte und der Strukturen wurde auf die kommende Legislaturperiode verschoben. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurde aktuell noch nicht veröffentlicht.

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 GRÜNEN sind in ihren Äußerungen zurückhaltender, wollen die Interessenvertretung der Pflegekräfte aber ebenfalls stärken.

Eine Abstimmung unter den beruflich Pflegenden hinsichtlich der Einrichtung einer Pflege-

kammer wurde im Koalitionsvertrag zwischen der CDU und der FDP vereinbart. Die Pflegenden sollen zwischen der Einrichtung einer Kammer und dem sog. „bayerischen Modell“ wählen können.

Das weitere Vorgehen zur Gründung einer Pflegekammer in NRW ist derzeit jedoch noch offen.

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 ist 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 mit 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 Notfallsanitäter-Ausbildung an den Rettungsdienstschulen in NRW durch eine Arbeitsgruppe des MGEPA an.

Im Jahr 2017 hat sich die KGNW an der Erarbeitung eines Ausbildungskatalogs für die klinischen Ausbildungsabschnitte der angehenden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter beteiligt. Das Dokument wird derzeit vom Ministerium geprüft.

Personaluntergrenzen in der Pflege

Gemäß § 137i SGB V (Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern) haben die Selbstverwaltungspartner Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) spätestens bis zum 30.06.2018 mit Wirkung zum 01.01.2019 für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Die DKG hat in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf auf den unbestrittenen Umstand hingewiesen, dass bereits aktuell trotz größter Anstrengungen der Krankenhäuser 6.000 bis 10.000 Stellen in der Pflege nicht besetzt werden könnten und bezüglich examinierter Pflegekräfte keine Arbeitsmarktreserven bestehen würden. Unabhängig hiervon seien eine vollständige Refinanzierung der mit dem Gesetz verbundenen Anforderungen an die personelle Ausstattung der Pflege, ebenso wie realitätsnahe Übergangsregelungen und Ausnahmetatbestände, unbedingt erforderlich. Neue Dokumentationspflichten müssten vermieden werden, damit die Personaluntergrenzen vollumfänglich zu einer Entlastung der Pflegenden in der direkten Patientenversorgung führen können.

Bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen sind weitere Organisationen zu beteiligen: der Deutsche Gewerkschaftsbund, die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Pflegerat e. V., die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., der Deutsche Behindertenrat, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbst-

hilfegruppen e. V. und die Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen und -initiativen.

Aus diesem Grund wurden neben monatlichen Treffen zwischen der DKG, dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) quartalsweise Treffen in „Großer Runde“ mit den o. g. weiteren Verbänden festgelegt.

Die zentralen Regelungsinhalte zu den Personaluntergrenzen in der Pflege sind die:

- Auswahl der pflegesensitiven Bereiche
- konkreten Personaluntergrenzen
- Ermittlung der IST-Besetzungen in den Krankenhäusern
- Fachkraftquote/Personalmix
- Identifikation pflegeentlastender Maßnahmen
- Abbildung der Pflegeschwere
- Ausnahmetatbestände/Übergangsfristen/Sanktionen
- Dokumentationsverpflichtungen
- Auswirkungsanalyse/Evaluation (2023)

Die bisherigen Beratungen haben u. a. ergeben, dass die wissenschaftlichen Grundlagen zur Bestimmung der pflegesensitiven Bereiche, der konkreten Personaluntergrenzen und zur Fachkraftquote/zum Personalmix wenig belastbar und die internationalen Erfahrungen äußerst eingeschränkt auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Insofern werden vermutlich zu zahlreichen Aspekten normative Festsetzungen notwendig sein.

Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Die QFR-RL beinhaltet zahlreiche Anforderungen an die personelle Ausstattung der Perinatalzentren Level 1 und 2. In zwei Untersuchungen des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) in den Jahren 2014 und 2016 wurde eine objektive Nichterfüllbarkeit dieser Regelungen nachgewiesen. Aus diesem Grund konnte im G-BA eine Übergangsfrist der QFR-RL bis zum 31.12.2019 erreicht werden. Diese Übergangsfrist gilt jedoch nur für die Perinatalzentren, die dem G-BA eine „Nichterfüllung“ der personellen Anforderungen schriftlich mitteilen. Dies ist mittlerweile von mehr als 80 % der

bundesweiten Zentren erfolgt. Aktuell findet in jedem Bundesland durch eine eigens hierfür eingerichtete Fachgruppe ein sog. „klärender Dialog“ mit den gemeldeten Perinatalzentren statt. An dieser Fachgruppe ist die KGNW mit insgesamt vier Mitgliedern beteiligt. Durch den „klärenden Dialog“ soll mit den Krankenhäusern ein Zeit- und Maßnahmenplan zur vollständigen Umsetzung der QFR-RL vereinbart werden. Ein erster Zwischenbericht der Fachgruppe zum „klärenden Dialog“ an den G-BA erfolgt am 31.01.2018.

Recht und Personal/Vorstand

Selbstverwaltungsaufgaben

Selbstverwaltung Landesebene

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

Mit dem am 01.01.2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Versorgungs-

strukturen 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.

Aktueller Sachstand zur Umsetzung (Neue Beschlüsse des G-BA)

Aufbauend auf den im Rahmen der ASV in den Vorjahren bereits in Kraft getretenen Anlagen zu den Krankheitsbildern Tuberkulose und Mykobakteriose, gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, Marfan-Syndrom, pulmonale Hypertonie und gynäkologische Tumoren hat der G-BA weitere Anlagen (Mukoviszidose und rheumatologische Erkrankungen) zur Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) beschlossen.

Der Beschluss des G-BA zur Mukoviszidose ist am 18.03.2017 in Kraft getreten. Hinsichtlich der rheumatologischen Erkrankungen steht die Fertigstellung des Appendix noch immer aus, da diesbezüglich zunächst richtungsweisende Grundsatzentscheidungen zur Teamzusammensetzung erforderlich sind (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 018/2017 vom 12.01.2017 und KGNW-Rundschreiben Nr. 145/2017 vom 29.03.2017).

Des Weiteren hat der G-BA beschlossen, dass im Bereich der Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf zunächst die urologischen Tumore beraten werden. Im Bereich der seltenen Erkrankungen wird zunächst die Möglichkeit einer Zusammenfassung der primären sklerosierenden Cholangitis, der biliären Zirrhose und des Morbus Wilson erörtert (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 018/2017 vom 12.01.2017).

In 2017 sind erstmalig die Übergangsfristen für Altbestimmungen (drei Jahre) ausgelaufen. Dadurch sind die Altbestimmungen zur Tuberkulose und atypischen Mykobakteriose sowie zu den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle gem. § 116b SGB V (alt) zum 23.04.2017 bzw. zum 25.07.2017 unwirksam geworden. Die betroffenen Krankenhäuser mussten eine „Berechtigung“ im neuen ASV-System erlangen, wenn sie weiterhin

Übersicht ASV-Anzeigeverfahren in Westfalen-Lippe

G-BA-Beschlüsse zur ASV			Anzeigen (inkl. erneuter Anzeigen nach vormaliger Ablehnung)						Änderungs- anzeigen				Ver- zicht	
G-B-Anlage	Erkrankungsbild	Inkrafttreten	gesamt	offen	positive Entscheidungen			abgelehnt	gesamt	offen	bewilligt	abgelehnt		
		[Ablauf der Altbestim- mungen]			gesamt	nach WS	nach 2. Anzeige							nach 3. Anzeige
1.1 a (TG1)	Gastrointestinale Tu- moren und Tumoren der Bauchhöhle	26.07.14	22		21		1		1	40	2	38		1
		[25.07.2017]												
1.1 a (TG2)	Gynäkologische Tumoren	10.08.16	1		1									
		[09.08.2019]												
2a	Tuberkulose und atypische Mykobac- teriose	24.04.14	4		3		1		1	4		4		
		[23.04.2017]												
2k	Marfan-Syndrom	30.06.15												
		[29.06.2018]												
2l	Pulmonale Hyper- tonie	01.06.16												
		[31.05.2019]												
2b	Mukoviszidose	18.03.17												
		[17.03.2020]												

Das Referat IV war intensiv in die Prüfung der Anzeigeverfahren als auch alle Beschlussgremien der ASV eingebunden. Der damit einhergehende Arbeitsaufwand hat nicht nur durch die Erhöhung der eingereichten Anzeigen in 2017 quantitativ erheblich zugenommen, sondern auch durch den erhöhten Umfang der Anzeigenunterlagen, da zunehmend Großkrankenhäuser und Universitätskliniken mit großen ASV-Teams ihre Teilnahme an der ASV anzeigen und die Krankenhäuser der KGNW-Empfehlung folgen, aus Sicherheitsgründen so viele Ärzte wie möglich in das Team aufzunehmen.

Die Anzeigen werden durch den Entscheidungsausschuss überwiegend im schriftlichen Verfahren beschieden. Es fanden aber auch in 2017 mehrere Sitzungen der zuständigen Entscheidungsausschüsse statt, weil aufgrund der Komplexität der Anzeigen oder offener Rechts- oder Sachverhaltsfragen eine Diskussion bzw. Abstimmung erforderlich war. Bis dato konnten alle Anzeigeverfahren in den Entscheidungsausschüssen einvernehmlich beschlossen werden.

Weitere Beratungen und Konkretisierungen in der Selbstverwaltung

Aufgrund des erhöhten Anzeigeneingangs und des damit einhergehenden Bearbeitungs- und Beratungsaufwandes für die Geschäftsstellen der erweiterten Landesausschüsse war auch eine Anpassung der Haushaltspläne für die durch das Betreiben der erweiterten Landesausschüsse entstehenden Kosten in beiden Landesteilen erforderlich. Wie auch in den Vorjahren fanden in diesem Jahr zwei Sitzungen der „Landesarbeitsgruppe erweiterter Landesausschuss“ statt, die Grundsatzfragen erörtert und Sitzungen der erweiterten Landesausschüsse vorbereitet haben. Die inhaltliche Abstimmung erstreckte sich vorrangig auf die Beratung der Anzeigeformulare für Mukoviszidose und die rheumatologischen Erkrankungen, auf die Abstimmung eines Musterformulars für Änderungsanzeigen sowie die Klärung offener Rechtsfragen.

In Ergänzung zu den vorgenannten im Zusammenhang mit der Umsetzung des § 116b SGB V angefallenen Aufgaben war das Referat IV auch in diesem Jahr mit der Organisation der seit 2012 bestehenden Arbeitsgruppe der Landeskrankenhausgesellschaften (LKG-AG § 116b SGB V) betraut. Im Rahmen dieser LKG-AG fand auch 2017 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.

Weiterbildung Allgemeinmedizin

Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin (LA-WAM-NRW)

Im Jahr 2011 haben die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und die KGNW nach Maßgabe des § 7 des Bundesvertrages nach § 75a SGB V einen Landesvertrag zur Errichtung einer Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin in Nordrhein-Westfalen (NRW) abgeschlossen.

In NRW wurde damit eine gemeinsame (für beide Landesteile) Koordinierungsstelle (KoStA) errichtet. Die nach § 7 BV bestimmten Aufgaben der KoStA werden in NRW von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern im Rahmen der KoStA-Geschäftsstellen übernommen. Die KGNW ist nur im Rahmen der Gremientätigkeit im Lenkungsausschuss beteiligt, trägt keinerlei Kosten und steht in keiner Haftung. Die KGNW hatte auf Wunsch aller Beteiligten in den ersten sechs Jahren den Vorsitz. Für 2017 hat die

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe den Vorsitz übernommen.

Von den beiden KoStA-Geschäftsstellen werden in NRW 90 Weiterbildungsverbände; in Nordrhein 50 Weiterbildungsverbände (mit 442 Praxen und 108 Krankenhäusern) und in Westfalen-Lippe 40 Weiterbildungsverbände (mit 363 Praxen und 113 Krankenhäusern) betreut (Stand: 2015).

Die gemeinsame Koordinierungsstelle für die Weiterbildung Allgemeinmedizin NRW (KoStA) wurde im Sommer 2017 von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL) gekündigt. Ab 2018 sollen nun zwei neue Vereinbarungen zur Errichtung der landesteilbezogenen Koordinierungsstellen

für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Nordrhein und Westfalen-Lippe geschlossen werden, damit die in § 7 des Bundesvertrages nach § 75a SGB V geforderten Aufgaben in 2018 durch die KoStA weiter betrieben werden können.

Das Referat IV hat mit den Vertretern der nordrheinischen Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung im Oktober 2017 eine neue Vereinbarung für den Landesteil Nordrhein verhandelt, die von den Gremien aller beteiligten Organisationen beschlossen wurde und nach Abschluss des Unterschriftenverfahrens zum 01.01.2018 in Kraft tritt. In Westfalen-Lippe haben noch keine diesbezüglichen Verhandlungen stattgefunden.

Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin (KW WAM)

Zum 01.07.2016 ist der überarbeitete dreiseitige Bundesvertrag nach § 75a Abs. 4 SGB V zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin (im Weiteren Bundesvertrag – BV) in Kraft getreten. Die bestehenden Institutionen der Landesebene (Koordinierungsstellen Weiterbildung Allgemeinmedizin – KoStA) nach § 7 BV bleiben bestehen. An deren Aufgabenspektrum hat sich nichts geändert.

Gemäß § 8 BV sollen nunmehr auf Landesebene weitere Einrichtungen zur Stärkung der Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in die bestehenden Strukturen eingebunden und gefördert (Vo-

lumen: 150.000,00 € jährlich) werden. Diese neuen Einrichtungen werden in der Anlage IV als „Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin“ (KW WAM) bezeichnet. Diese bzw. die hier ergänzend eingebundenen Einrichtungen – in der Regel Universitäten/Lehrstühle für Allgemeinmedizin – sollen Begleitseminare für Weiterzubildende, Train-the-Trainer-Seminare für Weiterbilder sowie Mentoringprogramme anbieten, bei der Etablierung strukturierter, gleichmäßiger und verlässlicher Rotationen mitwirken und diese Angebote kontinuierlich evaluieren.

Die Aufgaben dieser Kompetenzzentren werden über die Bundesebene gefördert. Die Errichtung dieser Kompetenzzentren erfolgt über Kooperationsvereinbarungen der in den Bundesländern (in NRW: in beiden Landesteilen separat) jeweils zuständigen Selbstverwaltungspartner. Partner dieser Vereinbarung sind die universitären Einrichtungen/Lehrstühle für Allgemeinmedizin, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärztekammern und die Landeskrankengesellschaften. Die Kompetenzzentren WAM sollen diese Weiterbildung durch (weitere) geeignete Maßnahmen unterstützen. Als Maßnahmen sieht die Bundesvereinbarung in § 8 Abs. 1 unter anderem Begleitseminare für Weiterzubildende, Train-the-Trainer-Seminare für Weiterbilder sowie Mentoringprogramme vor.

Die Erarbeitung, Strukturierung und Umsetzung der zusätzlichen Maßnahmen nach § 8

Abs. 1 der Bundesvereinbarung erfolgt – nach entsprechender Fördergenehmigung durch die Partner der Bundesebene – primär durch die universitären Einrichtungen. Die Kernaufgabe der KGNW ist – neben der Verbandsvertretung der Krankenhäuser im Rahmen der diesbezüglichen Gremienberatungen – die Information der Krankenhäuser über die Aktivitäten des Kompetenzzentrums.

In Nordrhein-Westfalen wurde auf Basis der bundesvertraglichen Vorgaben in beiden Landesteilen ein Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin unter Beteiligung der KGNW vertraglich vereinbart. Am 27.09.2017 fand in Essen die Auftaktveranstaltung (1. Seminartag) des neuen Weiterbildungskollegs des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Nordrhein statt.

Pflegeüberleitung nach Landesvertrag (APG)

Nach Vorgabe des § 3 Landespflegegesetz (PfG) NRW wurden 1999 zwei Vereinbarungen zum unmittelbaren Übergang von einer Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen ambulanten/stationären Pflege geschlossen, die für die zugelassenen Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen sowie die Pflegekassen in NRW unmittelbar verbindlich sind.

Zum 16.10.2014 wurde das PfG NRW durch das Alten- und Pflegegesetz (APG) NRW abgelöst. Nach § 5 Abs. 1 APG NRW (neu) sind die zugelassenen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 107 SGB V)

verpflichtet, mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI), dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., den Betroffenen sowie ihren Vertretungen und den Angehörigen mit dem Ziel zusammenzuwirken, den Übergang von der Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsbehandlung in die eigene Wohnung oder unter Wahrung der Wahlfreiheit in eine Pflegeeinrichtung sicherzustellen.

Über diese Zusammenarbeit schließen die Landesverbände der Pflegekassen mit den

Vereinigungen der Träger und, soweit solche nicht existieren, mit den Trägern von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen. Diese Vereinbarungen sind für die zugelassenen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sowie die Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen im Land – wie bereits nach dem PFG NRW – unmittelbar verbindlich.

Mit dem zum 01.01.2017 in Kraft getretenen 2. Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit geändert und eine Überarbeitung bzw. Neuvereinbarung nach dem APG erforderlich.

Die Verhandlungen wurden Anfang 2017 aufgenommen und seitens der KGNW federführend von dem Referat IV geführt. Der Schwerpunkt

der Überarbeitung liegt in der Ausgestaltung der (die Patienten unterstützenden) Einbindung der Krankenhäuser in das Pflegegruppen-Prüfverfahren der beiden Medizinischen Dienste. Eine weitere Herausforderung ist die bisher gesetzlich nicht vorgesehene Einbindung der Prüfung der Heimbedürftigkeit seitens der Kommunen sowie die Einbeziehung der Prüfung der neuen sog. Kombileistungen durch die Pflegekassen/den MDK.

Für die Übergangszeit hat die KGNW den Krankenhäusern mit KGNW-Rundschreiben Nr. 504/2016 vom 02.12.2016 einen – mit den Pflegekassen und MDK abgestimmten – modifizierten Informations- und Überleitungsbogen zur unverbindlichen Verwendung ab dem 01.01.2017 zur Verfügung gestellt.

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 gegebenenfalls gemeinsame Prüfkriterien entwickeln. Die Geschäftsstelle hat die KGNW übernommen.

Die gemeinsame Clearingstelle übernimmt grundsätzlich keine Einzelvertragsprüfung. Die betroffenen Vertragsärzte bzw. Krankenhäuser können sich nicht unmittelbar an die Clearingstelle, sondern nur an ihre jeweils zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Die

betroffenen Vertragsärzte können über die jeweils zuständige Ärztekammer und die Krankenhäuser über die jeweils zuständige Bezirksregierung eine abschließende rechtsverbindliche Klärung erreichen.

Die Mitglieder der Clearingstelle haben – im Sinne der Clearingstellenvereinbarung – im Sommer 2017 die aktuellen Grundsatzfragen, insbesondere die Auswirkungen des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (Antikorruptionsgesetz), beraten und sich zu aktuellen Fragestellungen ausgetauscht. Im Nachgang an dieses Treffen wurden auf Initiative der KGNW die Auswirkungen des Antikorruptionsgesetzes mit Ver-

tretern des MGEPA, der Bezirksregierungen, der Selbstverwaltungsinstitutionen sowie mit spezialisierten Fachanwälten beraten.

Die KGNW kann ihre Mitglieder nur unverbindlich beraten. Das Referat IV hat dementsprechend auf Anfrage von Mitgliedern auch dieses Jahr mehrere Kooperationsverträge – überwiegend im Vorfeld von Vertragsab-

schlüssen – zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten auf Basis der „KGNW-Leitlinien“ im Hinblick auf eine unzulässige Zuweisung gegen Entgelt bewertet. Bedenken wurden in der Regel gemeinsam mit den Krankenhäusern ausgeräumt. In Zweifelsfällen wurde seitens der Geschäftsstelle empfohlen, den Bezirksregierungen diese Verträge zur Kontrolle vor Vertragsabschluss vorzulegen.

Selbstverwaltung Bundesebene

Neue Prüfverfahrenvereinbarung nach § 17c Abs. 2 KHG (PrüfvV 2017)

Am 01.01.2017 ist die (überarbeitete) PrüfvV 2017 in Kraft getreten; diese gilt für die Rechnungsprüfung bei Patienten, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Beide Vertragsparteien hatten die Absicht geäußert, gemeinsame Umsetzungshinweise zur überarbeiteten PrüfvV zu veröffentlichen. Aufgrund divergierender Auffassungen von DKG und GKV-SV bei entscheidenden Punkten konnten jedoch keine gemeinsamen Umsetzungshinweise abgestimmt werden. Dies zeigt, dass auch die überarbeitete PrüfvV

2017 in entscheidenden Passagen von den beteiligten Selbstverwaltungspartnern unterschiedlich ausgelegt wird und Streitfragen vorprogrammiert waren.

Die DKG hat eigenständige Umsetzungshinweise zur PrüfvV 2017 (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 076/2017 vom 22.02.2017) in mehreren Arbeitsgruppensitzungen – in die das Referat IV intensiv eingebunden war – erarbeitet, die die erläuterungsbedürftigen Regelungen der PrüfvV 2017 kommentieren und die von der DKG vertretenen Auffassungen mit nachvollziehbaren und rechtlich belastbaren Argumenten stützen.

Bundesrahmenvertrag zum Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V)

Mit dem am 23.07.2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde das Entlassmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung eingeführt.

Voraussetzung für die Einführung war jedoch die Konkretisierung der gesetzlichen Grundlagen durch einen Rahmenvertrag auf Bundesebene. Da dessen einvernehmliche Verabschiedung scheiterte, wurde der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement zunächst am 13.10.2016 durch das erweiterte Bundesschiedsamt nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V festgesetzt. Nach Klageerhebung der DKG, politischer Intervention und gesetzlicher Klarstellung trat der von den Vertragspartnern modifizierte Bundesvertrag am 01.10.2017 in Kraft.

Krankenhäuser müssen seit diesem Stichtag ein standardisiertes Entlassmanagement für alle gesetzlich versicherten Patienten aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen vorhalten.

Auf Grundlage des § 39 Abs. 1a SGB V können Krankenhäuser, soweit dies für die Versorgung der Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, die in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V aufgeführten Leistungen (z. B. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel) verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen und sollen mit nachversorgenden Leistungserbringern eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Versorgung nach der Entlassung abstimmen. Vorausgesetzt wird eine

Prüfung des patientenindividuellen Bedarfs nach einer Anschlussversorgung durch ein multidisziplinäres Team im Krankenhaus auf Grundlage entsprechender Informationen und Einwilligung der Patienten unter Berücksichtigung bundeseinheitlicher Vorgaben.

Die Umsetzung des Entlassmanagements in den Krankenhäusern bedingt einen hohen personellen, administrativen sowie finanziellen Aufwand und hat erhebliche Unsicherheiten in rechtlicher wie organisatorischer Sicht ausgelöst.

Die KGNW informierte ihre Mitglieder laufend und ausführlich mit Rundschreiben Nr. 22/2017 vom 16.01.2017, Nr. 077/2017 vom 22.02.2017, Nr. 162/2017 vom 06.04.2017, Nr. 230/2017 vom 29.05.2017, Nr. 334/2017 vom 07.08.2017, Nr. 373/2017 vom 13.09.2017, Nr. 391/2017 vom 25.09.2017, Nr. 392/2017 vom 28.09.2017 und Nr. 408/2017 vom 10.10.2017 über die einschlägigen Rechtsgrundlagen, die erforderlichen Verfahrensschritte sowie zwingende Anforderungen zur Umsetzung des Entlassmanagements.

Aufgrund der enormen Unsicherheiten und zahlreicher sowie vielfältiger Einzelanfragen der Mitglieder hat das Referat IV eine Liste mit Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen aus der Praxis (FAQ) erarbeitet und mit KGNW-Rundschreiben Nr. 358/2017 vom 30.08.2017 den Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Diese FAQ-Liste wurden von den meisten Landeskrankenhausesgesellschaften

übernommen und an deren Mitglieder weitergeleitet. Insbesondere die Heranziehung der bislang allein für die vertragsärztliche Versorgung maßgeblichen Anforderungen an Inhalt und Form bei Erstellung von Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erforderte eine umfangreiche Beratung und Abstimmung.

Das Referat IV hat federführend mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatz-

kassen sowie den zuständigen Druckereien Einzelheiten zur Bereitstellung der notwendigen Formulare für die Krankenhäuser abgestimmt. Im Weiteren wurde mit den Kassenärztlichen Vereinbarungen die Erteilung einer spezifischen Entlassmanagement-Betriebsstättennummer abgestimmt und mit den Apothekerverbänden wurden aktuelle Fragen im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung im Entlassmanagement erörtert.

Gesetzesinitiativen/-änderungen

Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG)

Zum 01.04.2017 ist das Gesetz zur Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes und anderer Gesetze (AÜG-ÄndG) in Kraft getreten, welches zu einer Reihe von Änderungen im Recht der Arbeitnehmerüberlassung geführt hat. Um den Krankenhäusern die für sie relevanten Änderungen darzustellen, deren

Relevanz für typische Fallkonstellationen der Arbeitnehmerüberlassung aufzuzeigen und die zukünftige Zulässigkeit dieser Fallkonstellationen zu bewerten, wurden von der DKG – in einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Referates IV – entsprechende Hinweise erarbeitet. Diese Hinweise hat die KGNW den Mitgliedern mit Rundschreiben Nr. 256/2017 vom 21.06.2017 zur Verfügung gestellt.

Änderung zur ärztlichen Schweigepflicht (StGB)

Nach § 203 Abs. 1 und 2 Satz 1 des Strafgesetzbuches (StGB) macht sich strafbar, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm in bestimmter beruflicher Eigenschaft anvertraut oder sonst bekannt geworden ist. Die dort genannten Personen (Berufsheimnissträger) sind bei ihrer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit auf die Hilfeleistung anderer Personen angewiesen. In vielen Fällen ist es für Berufsheimnissträger wirtschaftlich

sinnvoll, diese Tätigkeiten nicht durch Berufshelfern im Sinne des § 203 StGB erledigen zu lassen, sondern durch darauf spezialisierte Unternehmen oder selbstständig tätige Personen.

Die Heranziehung dritter, außerhalb der eigenen Sphäre stehender Personen zu diesen Hilfstätigkeiten ist für Berufsheimnissträger aber nicht ohne rechtliches Risiko, sofern diese

Personen damit von geschützten Geheimnissen Kenntnis erlangen können und keine einschlägige Befugnisnorm oder ausdrückliche Einwilligung des Berechtigten vorhanden ist. Auch eine Vertragsgestaltung, durch die die dritten Personen zur Verschwiegenheit verpflichtet und durch den Berufsgeheimnisträger kontrolliert werden, konnte in der Vergangenheit nicht ohne weiteres zur Rechtssicherheit beitragen.

Mit dem Gesetz zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen, in Kraft getreten am 09.11.2017, hat der Gesetzgeber nunmehr Dritte, die an der Berufsausübung eines Berufsgeheimnisträ-

gers mitwirken, in den Straftatbestand des § 203 StGB einbezogen.

Berufsgeheimnisträger sind danach künftig berechtigt, personenbezogene Daten zu offenbaren, soweit dies für die Inanspruchnahme der Tätigkeit der mitwirkenden Personen erforderlich ist. Der Berufsgeheimnisträger kann sich jedoch selbst strafbar machen, wenn er nicht dafür Sorge trägt, dass die mitwirkende Person zur Geheimhaltung verpflichtet wird. Über diese Neuregelung hat die KGNW die Mitglieder mit KGNW-Rundschreiben Nr. 474/2017 vom 15.11.2017 informiert und Hinweise zur Umsetzung der Verpflichtung der mitwirkenden Person zur Geheimhaltung gegeben.

Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

Zum 01.04.2016 trat das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) in Kraft. Es beinhaltet eine Umsetzung der EU-Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten (2013/11/EU) und bezweckt, dass Verbraucher und Unternehmen ihre Streitigkeiten nicht erst vor den ordentlichen Gerichten, sondern bereits in außergerichtlichen Verfahren durch sog. Verbraucherschlichtungsstellen beilegen können.

Die KGNW informierte mit Rundschreiben Nr. 033/2017 vom 25.01.2017 die Mitglieder darüber, dass das VSBG ab dem 01.02.2017 Unternehmen mit mehr als zehn Mitarbeitern grundsätzliche Hinweispflichten auferlegt.

Gemäß § 36 VSBG muss ein Unternehmer, der eine Webseite unterhält oder allgemeine Geschäftsbedingungen verwendet, die Verbraucher leicht zugänglich, klar und verständlich in Kenntnis setzen, ob er bereit oder sogar gesetzlich verpflichtet ist, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Zwar ist nicht eindeutig geregelt, in welchem Umfang Krankenhäuser unter diese Informationspflichten nach dem VSBG fallen; zur Vermeidung von Abmahnungen empfahl die KGNW, die entsprechende Information nach § 36 VSBG auf ihrer Homepage vorzuhalten, und stellte einen entsprechenden Formulierungsvorschlag zur Verfügung.

Transplantationsregistergesetz

Mit Wirkung zum 01.11.2016 trat das Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters in Kraft. Dieses sieht die Einrichtung eines zentralen Transplantationsregisters vor, in dem erstmals alle relevanten Daten bei Organspenden zusammengeführt werden. Alle an Transplantationen Beteiligten (u. a. Transplantationszentren und ambulante Nachsorger) werden verpflichtet, die relevanten Daten, d. h. Spender-, Empfänger-, Vermittlungs- und Qualitätssicherungsdaten, an das Register zu übermitteln.

Die Übermittlung ist gem. § 15e des Transplantationsgesetzes (TPG) nur nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung des Patienten durch das Transplantationszentrum möglich. Auch wenn die Etablierung des Registers durch Bundesärztekammer, GKV-Spitzenverband und DKG noch aussteht, riet die KGNW den Transplantationszentren bereits jetzt zur Aufklärung und Einholung der Einwilligung betroffener Patienten, Organempfänger oder lebender Organspender. Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 154/2017 vom 04.04.2017 wurden entsprechende, von der DKG entwickelte Musterformulare zur Verfügung gestellt.

Änderung der Medizinproduktebetreiberverordnung

Mit Rundschreiben Nr. 050/2017 vom 02.02.2017 und Nr. 484/2016 vom 28.11.2016 hat die KGNW über die Änderungen der Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV) informiert, die zum 01.01.2017 in Kraft getreten ist. Die Änderungen betreffen schwerpunktmäßig den Anwendungsbereich, die Be-

griffsbestimmung zu Betreiberpflichten und zu Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten und zur Bestimmung eines Beauftragten für Medizinproduktesicherheit in Gesundheitseinrichtungen.

Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) wurde im SGB IV eine neue Regelung zur Befreiung der Honorarärzte im Rettungsdienst von der Sozialversicherungspflicht geschaffen. Die Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung gilt allerdings nicht für Einnahmen aus einer vor-

dem 11.04.2017 vereinbarten Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst.

Der Gesetzgeber hat damit erstmals den Entwicklungen im Honorararztwesen und insbesondere der Notwendigkeit der honorarärztlichen Tätigkeit vor dem Hintergrund von Sicherstellungsaspekten Rechnung getragen.

In der Vergangenheit hatten Prüfverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund oftmals zu erheblichen Nachzahlungen von Sozialversicherungsbeiträgen geführt, was letztlich vor allem in Flächenstaaten zu einer Gefährdung der Sicherstellung der notärztlichen Tätigkeit im Rettungsdienst geführt hat. Vor diesem Hintergrund sind die Neuregulungen als Sicherstellungsmaßnahmen zu betrachten.

Für die übrigen Tätigkeitsformen von Honorarärzten in Krankenhäusern, insbesondere im Rahmen von Vertretungsdiensten oder den

operierenden Fächern, hat sich an der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung nichts geändert. Der Einsatz von Honorarkräften bleibt somit weiterhin problembehaftet. An der ursprünglichen Empfehlung, Ärzte nach Möglichkeit in einem Angestelltenverhältnis zu beschäftigen, um das höchste Maß an Sicherheit zu erlangen, ändert sich somit nichts.

Die KGNW hat über die Gesetzesänderung mit KGNW-Rundschreiben Nr. 199/2017 vom 04.05.2017 und Nr. 097/2017 vom 02.03.2017 informiert.

Information und Beratung/aktuelle Rechtsprechung

MDK-Prüfverfahren

Umsetzung der PrüfvV 2017

Anlässlich des Inkrafttretens der neuen PrüfvV 2017 hat die KGNW im Jahr 2017 eine weitere Informationsveranstaltung unter dem Titel „PrüfvV 2017 und Aufwandspauschalen“ organisiert (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 059/2017 vom 08.02.2017). Die Informationsveranstaltung fand am 17.03.2017 in Düsseldorf statt. Die dazugehörigen Vortragsunterlagen der Referenten hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 143/2017 vom 28.03.2017 zur Verfügung gestellt.

Ferner hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 318/2017 vom 26.07.2017 über die Verwendung der Nachricht Sammelüberweisung bei der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V im Kontext des § 10 PrüfvV informiert. Die

Verwendung des Nachrichtentyps Sammelüberweisung ist im Rahmen der PrüfvV ausschließlich nach bilateraler Absprache mit den Krankenkassen möglich. Vor- und Nachteile solcher Vereinbarungen sind krankenhausindividuell abzuwägen. Bei Abschluss einer Vereinbarung sollte insbesondere auf das Bestehen einer Kündigungsmöglichkeit geachtet werden.

Weitere Beratungsschwerpunkte in Bezug auf die neue PrüfvV waren zu Beginn des Jahres 2017 die Einleitung der Prüfung im Falle einer Direktbeauftragung des MDK durch die Krankenkassen. Gemäß § 6 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV 2017 entfällt in diesen Fällen die Mitteilung der Krankenkassen nach § 4 PrüfvV 2017, weshalb eine Mitteilung durch den MDK nach § 6 Abs. 3 Satz 4 PrüfvV ausreichend ist.

Die auch 2017 wiederholt gestellte Frage auf einen Anspruch zur Übermittlung des MDK-Gutachtens musste leider auch im Geltungsbereich der neuen PrüfvV 2017 verneint werden. Gemäß § 277 Abs. 1 SGB V und § 8 PrüfvV 2017 haben Krankenhäuser in NRW nur einen Anspruch auf Mitteilung des Prüfergebnisses durch den MDK sowie der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse.

Auch in 2017 wurde die Möglichkeit einer Zweitbegutachtung durch den MDK thematisiert. Zwar hatten die Krankenhäuser in NRW auch nach der alten PrüfvV keinen Anspruch auf Durchführung eines sog. Widerspruchsverfahrens (Zweitbegutachtung des MDK im Falle eines negativen Begutachtungsergebnisses), aber durch die Einführung der Option eines für die Krankenkassen freiwilligen Nachverfahrens (§ 9 PrüfvV 2017) hat die Bereitschaft der Krankenkassen (als auch des MDK) zur Zweitbegutachtung – wie dem diesbezüglichen Anfragevolumen der Mitglieder zu entnehmen war – erheblich abgenommen.

Nach wie vor umstritten ist die Frage, ob § 7 Abs. 2 PrüfvV 2017 eine Ausschlussfrist enthält und die Krankenkasse nach Ablauf der Frist bzw. Nachfrist ohne MDK-Prüfung nur den unstreitigen Vergütungsbetrag zahlen

muss. Nach Information der Mitglieder hat sich Frage nach Inkrafttreten der PrüfvV 2017 dahingehend verschärft, dass Krankenkassen zunehmend die streitigen Vergütungsbeträge unter Verweis auf die Ausschlussfrist verweigern. Dies wird von den Sozialgerichten höchst unterschiedlich beurteilt. Die Abzeichnung einer einheitlichen Linie ist bislang nicht erkennbar. Höchststrichterlich ist diese Frage noch nicht entschieden. Die KGNW vertritt weiterhin die Auffassung, dass auch § 7 Abs. 2 PrüfvV 2017 keine Ausschlussfrist beinhaltet.

Im Jahr 2017 ist zunehmend die Frage aufgekommen, ob Krankenhäuser infolge einer positiven MDK-Begutachtung einen höheren Rechnungsbetrag geltend machen können. Dies ist nach Auffassung der KGNW im Rahmen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Rechnungs Korrekturen möglich. Bereits nach dem Wortlaut der PrüfvV ist diese Vorgehensweise nicht ausgeschlossen. Der KGNW sind hierzu noch keine sozialgerichtlichen Urteile bekannt. Die Mitglieder wurden mit Rundschreiben Nr. 563/2016 vom 23.12.2016 entsprechend informiert.

Strukturprüfungen

Weiterer Beratungsbedarf ergab sich 2017 aufgrund der zunehmenden Anzahl von MDK-Prüfungen bei Abrechnung von Komplexbehandlungen (sog. Strukturprüfungen).

Problematisch ist hierbei insbesondere, dass die Krankenkassen nach einer für das Krankenhaus negativen Strukturprüfung im Einzelfall die Vergütung hinsichtlich des geprüften OPS-Kodes vollständig einstellen bzw. die Vergütung für vergangene Zeiträume zurückfordern. Sofern die Voraussetzungen zur Abrechnung des jeweiligen OPS-Kodes nach Ansicht des Krankenhauses vorliegen, verbleibt den betroffenen Krankenhäusern nur die gerichtliche Durchsetzung.

Ferner ist zu beobachten, dass seitens des MDK über den Wortlaut des jeweiligen OPS-Kodes hinaus Voraussetzungen statuiert werden. Dies ist aus Sicht der KGNW unzulässig. Sofern der MDK bzw. die Krankenkasse nicht bereit ist, hiervon abzurücken, ist auch hier leider die Klage der einzige Weg, diesen Praktiken wirksam entgegenzutreten. Bezugnehmend auf diese Vorgehensweise hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 103/2017 vom 07.03.2017 hinsichtlich der Strukturprüfung zum OPS 8-98f – aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung – informiert, dass sich aus dem Wortlaut des OPS 8-98f nicht ableiten lässt, dass bei einer interdisziplinären Intensivstation sowohl ein internistischer als auch ein anästhesiologischer ärztlicher Behandlungsleiter erforderlich ist.

Sachlich-rechnerische Prüfung

Das mit Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 01.07.2014 (Az. B 1 KR 29/13 R) eingeführte „sachlich-rechnerische Prüfregime“ war auch 2017 ein Schwerpunkt der Beratung der Mitglieder durch das Referat IV. Dieses nicht gesetzlich verankerte „Prüfregime“ führte zu extremen Unsicherheiten der Mitglieder. Im Bereich der Kodierprüfungen werden damit die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V und die gesetzliche Sechs-Wochen-Frist zur Einleitung der Prüfverfahrens ausgehebelt. Trotz der vom Gesetzgeber geübten Kritik an dieser Rechtsprechung mittels Klarstellung im § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V hat das BSG seine diesbezügliche Rechtsprechung aufrechterhalten.

Gegen die Urteile des BSG vom 25.10.2016 zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit ist eine Verfassungsbeschwerde unter dem Az. 1 BvR 318/17 beim Bundesverfassungsgericht (BVerfG) eingelegt worden (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 069/2017 vom 15.02.2017). Eine weitere Verfassungsbeschwerde wurde gegen das Urteil des BSG vom 28.03.2017 (Az.: B 1 KR 23/16 R) unter dem Az. 1 BvR 1474/17 zur gleichen Thematik eingelegt (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 374/2017 vom 13.09.2017).

Die Verfassungsbeschwerde hat keinen Suspensiveffekt, sodass die Rechtskraft der angegriffenen Entscheidungen des BSG bestehen

bleibt. Aufgrund der mit der Verfassungsbeschwerde angestrebten verfassungsrechtlichen Kontrolle dieser Rechtsprechung des BSG erscheint es zweckmäßig, die diesbezüglich anhängigen Verfahren ruhend zu stellen.

Die KGNW hat die Mitglieder mit Rundschreiben Nr. 069/2017 vom 15.02.2017 informiert, potentielle Vorgehensweisen dargestellt und entsprechende Musterschreiben zur Verfügung gestellt.

Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten

Die KGNW hat mit Rundschreiben Nr. 257/2017 vom 21.06.2017 kritisch über die Auswirkungen einer weiteren grundsätzlichen und die Krankenhäuser einseitig belastenden Entscheidung des BSG informiert, mit der das BSG die Pflichten von Krankenhäusern zur wirtschaftlichen Leistungserbringung und seinen eigenen Grundsatz zum sog. „fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten“ erweitert.

Aufgrund dieses BSG-Urteils vom 28.03.2017 (B 1 KR 29/16 R) sind Krankenhäuser trotz des Ausschlusses einer Fallzusammenführung in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes künftig gehalten, Versicherte zwischen mehreren

Behandlungsepisoden nicht zu entlassen, sondern zu beurlauben, um die einzelnen Aufenthalte als einen zusammenhängenden Behandlungsfall abzurechnen. Entgegenstehende landesvertragliche Regelungen hält das BSG ebenso für nichtig, wie es eindeutige Regelungen der FPV unberücksichtigt lässt.

Auch diese Entscheidung reiht sich nahtlos in den Reigen anderer in der jüngeren Vergangenheit zulasten der Krankenhäuser ergangenen Entscheidungen des 1. Senats ein, in denen dieser den Krankenhäusern durch eine Überstrapazierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V ein überschießendes wirtschaftliches Alternativverhalten abverlangt.

Generalkritik gegen die ausufernde BSG-Rechtsprechung (1. Senat)

Der 1. Senat des BSG setzt sich – zulasten der Krankenhäuser – mit seinen selbst kreierten Maßstäben („sachlich-rechnerisches Prüfre-gime“ und „wirtschaftliches Alternativverhalten“) über den eindeutigen Wortlaut des Gesetzes und der Selbstverwaltungsregelungen (PrüfvV und FPV) hinweg. Er stellt das „Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V“ höchst bedenklich über alle gesetzlichen als auch

vertraglichen Regelungen. Diese Rechtsprechung wird nicht nur in der sozialrechtlichen Literatur, sondern auch offen in zahlreichen Entscheidungen der Sozialgerichte verfassungsrechtlich kritisiert.

Die DKG hat diese Rechtsprechung bereits zum Anlass genommen, in Gesprächen mit dem BMG die Notwendigkeit klarstellender

gesetzlicher Regelungen zu betonen. Des Weiteren hat die DKG mit allen Landeskrankenhausesgesellschaften die Kritik im Aufsatz von Herrn Dr. Ulrich Hambüchen (Vors. Richter am

BSG a. D.) in der Zeitschrift „das Krankenhaus“ (Heft 11/2017, Seite 978 ff.) nachdrücklich unterstützt.

Aufwandspauschalen

Aktueller Sachstand (Gesetzgebung/ Rechtsprechung)

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einer „Urteilsreihe“ vom 25.10.2016 bestätigt, dass bis zum 31.12.2015 die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung einem eigenständigen Prüfregime unterfällt. Die Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V – insbesondere zur Zahlung der Aufwandspauschale – finden bis dahin keine Anwendung (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 069/2017 vom 15.02.2017).

Zusammenfassend bedeutet dies für die Krankenhäuser, dass erst mit dem Inkrafttreten der Regelung des Satzes 4 von § 275 Abs. 1c SGB V am 01.01.2016 der Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale klar geregelt ist. Die BSG-Rechtsprechung vom 25.10.2016 ist für die erstmalige Geltendmachung von Aufwandspauschalen im Zeitraum vom 01.07.2014 bis 31.12.2015 einschlägig. Ein entsprechender Anspruch der Krankenhäuser für diesen Zeitraum ist damit derzeit schwer durchsetzbar.

Die Rückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschalen durch die Krankenkassen wurde bislang noch nicht vom BSG entschieden. Bis zum 01.07.2014 (1. Urteil des BSG zum sachlich-rechnerischen Prüfregime) vorbehaltlos gezahl-

te Aufwandspauschalen können von der Krankenkasse nicht auf der Grundlage der aktuellen BSG-Rechtsprechung zurückgefordert werden.

Aufgrund dessen empfiehlt die KGNW mit Rundschreiben Nr. 374/2017 vom 13.09.2017 auch weiterhin, bereits bezahlte Aufwandspauschalen derzeit nicht zurückzuzahlen. Zur Vermeidung von Klageverfahren kann den Krankenkassen der Abschluss von Verjährungsverzichtserklärungen vorgeschlagen werden. Außergerichtliche Vergleichsangebote der Krankenkassen, welche die teilweise Rückzahlung von Aufwandspauschalen beinhalten, sollten nicht akzeptiert werden. Im gerichtlichen Verfahren sollten nicht ohne weiteres „Unterwerfungsvergleiche“ abgeschlossen werden.

Sofern etliche Krankenkassen dazu übergegangen waren, bereits vorbehaltlos gezahlte Aufwandspauschalen im Wege der Aufrechnung geltend zu machen, hat das LSG NRW mit Beschluss vom 30.10.2017 (L 16 KR 780/16 NZB) die Auffassung der KGNW dahingehend bestätigt, dass diese Vorgehensweise wegen eines Verstoßes gegen das landesvertragliche Aufrechnungsverbot unzulässig ist. Die Mitglieder wurden darüber mit Rundschreiben Nr. 469/2017 vom 14.11.2017 informiert.

Musterverfahren zu AP-Rückforderungen

Die mit den KGNW-Musterverfahren „Rückforderung von Aufwandspauschalen“ geführte Streitfrage wurde vom BSG mit den Urteilen vom 25.10.2016 und allen in dieser Thematik folgenden Urteilen bislang nicht entschieden und ist somit weiterhin offen. Daher hat die KGNW auch dazu geraten, insbesondere die Rückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschalen durch die AOK Rheinland/Hamburg weiterhin nicht zu akzeptieren (vgl. Rundschreiben Nr. 069/2017 vom 15.02.2017 und Nr. 209/2017 vom 11.05.2017).

Bezogen auf die anhängigen Klageverfahren der AOK Rheinland/Hamburg in Sachen Rückforderung von Aufwandspauschalen hat die KGNW den Krankenhäusern aus prozessrechtlichen Erwägungen aber empfohlen, zeitlich begrenzt auf die Einrede der Verjährung zu

verzichten (vgl. Rundschreiben Nr. 536/2016 vom 16.12.2016).

Die KGNW-Musterverfahren, die durch das Sozialgericht Aachen am 13.09.2016 positiv beschieden wurden, befinden sich derzeit in der Berufung beim Landessozialgericht NRW. Wann mit einer Entscheidung in der Sache gerechnet werden kann, ist momentan nicht bekannt.

Auch hinsichtlich der Thematik der Aufwandspauschalen fand die KGNW-Informationsveranstaltung am 17.03.2017 regen Anklang. Die dazugehörigen Vortragsunterlagen der Referenten hat die KGNW auch für diesen Themenbereich mit Rundschreiben Nr. 143/2017 vom 28.03.2017 zur Verfügung gestellt.

Ambulante Notfallbehandlung

Auch im Jahr 2017 war die Vergütung der Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung ein Streitpunkt und ein

entsprechender Beratungsschwerpunkt des Referates IV.

Besuchsbereitschaftspauschalen

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.

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.

Die Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses wurde von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlich betrieben. Während die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein die seitens der Krankenhäuser quartalsweise eingelegten Widersprüche bezüglich des ersatzlosen Wegfalls der Besuchsbereitschaftspauschale mittels

eines Widerspruchsbescheides negativ beschieden hatte und diesbezüglich seitens der KGNW drei Musterklageverfahren geführt werden, erließ die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe sog. Abhilfebescheide, die eine Neufestsetzung der Honoraransprüche auf Grundlage der vom Bewertungsausschuss beschlossenen rückwirkenden Änderungen des EBM enthielten. Da auch diese Bescheide weiterhin von einem ersatzlosen Wegfall der Besuchsbereitschaftspauschale ausgehen, empfahl die KGNW mit Rundschreiben Nr. 019/2017 vom 12.01.2017, hiergegen fristgemäß Widerspruch einzulegen und stellte ein entsprechendes Muster zur Verfügung.

Laborleistungen

Ein weiterer Streitpunkt war die Abrechenbarkeit von Laborleistungen im Rahmen der Notfallbehandlung. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe stellte im Jahr 2017 vielfach die Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen in Bezug auf abgerechnete Laborleistungen sachlich-rechnerisch richtig. Unter Bezugnahme auf ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 12.12.2012 (Az. B 6 KA 5/12 R) wurde einzelnen Gebührenordnungspositionen die Erforderlichkeit im Rahmen einer ambulanten Notfallbehandlung abgesprochen und diese pauschal und

ohne konkrete Einzelfallprüfung durch die KVWL gestrichen und damit nicht vergütet.

Die KGNW empfahl den Krankenhäusern nach Prüfung der Sach- und Rechtslage mit Rundschreiben Nr. 343/2017 vom 15.08.2017, individuell zu klären, ob die Abrechnung der von der KVWL beanstandeten Laborleistungen den gesetzlichen Vorgaben sowie der BSG-Rechtsprechung des 6. Senates genügt und ggf. gegen die sachlich-rechnerische Richtigstellung durch die KVWL fristgerecht Widerspruch einzulegen.

Abklärungspauschale

Mit Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses vom 07.12.2016 (Inkrafttreten zum 01.04.2017) wurden – gegen die Stimmen der DKG – neue Gebührenpositionen bei der Abrechnung der ambulanten Notfallbehandlung eingeführt, die seitens der KGNW entschieden kritisiert wurden.

Mit den GOP 01205 und 01207 werden erstmals sog. Abklärungspauschalen im EBM zur Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit etabliert. Gemäß der neu eingeführten Bestimmung Nr. 7 des Abschnitts 1.2 EBM sind diese GOP dann zu berechnen, wenn die Erkrankung

des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder aufgrund der Umstände vertretbar ist. Dies intendiert, dass eine Vielzahl von Patienten abgewiesen werden soll.

Aufgrund der zahlreichen unbestimmten Rechtsbegriffe und der Unsicherheiten bezüglich deren Auslegung werden sich die Rechtsfolgen erst im 1. oder 2. Quartal 2018 zeigen, wenn die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Honorarbescheide erlassen.

Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V

Die Abrechnung der Grundpauschale und der Konsultationspauschale (GOP 01436) beim ambulanten Operieren gem. § 115b SGB V ist zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern seit jeher umstritten. Die KGNW hatte bereits mit Rundschreiben Nr. 364/2016 vom 20.09.2016 über eine Entscheidung des BSG zur Frage der Abrechenbarkeit der Grundpauschale bei fachgruppengleicher Überweisung berichtet und darauf hingewiesen, dass hinsichtlich der Abrechenbarkeit der Grundpauschale in anderen Konstellationen noch Klageverfahren offen waren.

Mit Rundschreiben Nr. 274/2017 vom 04.07.2017 konnte die KGNW nunmehr darüber berichten, dass eines dieser Verfahren rechtskräftig entschieden wurde. Gegenstand war die Frage der Abrechenbarkeit der Grund-

pauschale bei Vorliegen einer fachgruppenfremden Überweisung bzw. fehlender Überweisung. Das BSG hatte diesbezüglich schon mit Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R) festgestellt, dass für die Abrechnung der Grundpauschale bei fachgruppengleicher Überweisung neben den von der Konsultationspauschale erfassten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegen muss, die Abrechnung der Grundpauschale aber möglich ist, sofern die notwendige Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte vorliegt. Dies wurde nun gleichermaßen für die Fälle bestätigt, in denen eine fachfremde Überweisung erfolgt ist oder eine Überweisung fehlt.

Musterverfahren zum Hilfsmittelregress der Barmer

Die noch nicht erstinstanzlich entschiedenen NRW-Musterverfahren in Sachen Hilfsmittelregress der Barmer wurden ruhend gestellt. Dies hat den Hintergrund, dass eine – für die Krankenhäuser positive – Entscheidung des Sozialgerichts Berlin vorliegt, die sich bereits

in der Berufung befindet. Da mit den Musterverfahren die folgenden Instanzen nicht mehr früher erreicht und beeinflusst werden können, war die Ruhendstellung aus prozessökonomischen Gründen geboten (vgl. Rundschreiben Nr. 173/2017 vom 11.04.2017).

Verwertungsgesellschaften

Die KGNW hat die Mitglieder über den aktuellen Stand hinsichtlich der Verhandlungen auf Bundesebene mit den Verwertungsgesellschaften GEMA, VG Media und ZWF sowie der

Lizensierungsgesellschaft MPLC informiert und die Handlungsempfehlungen der DKG weitergegeben.

Politik, PR und Presse

Die Themen im Berichtszeitraum wurden maßgeblich durch die Planungen und Umsetzungen von Maßnahmen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser im „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ bestimmt. 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 unzureichende Investitionsfinanzierung aufmerksam zu machen. Grundlage dieser Aktivitäten ist das Investitionsbarometer NRW, das vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) im Auftrag der KGNW erstellt wurde. Nach elf Regionalveranstaltungen im Jahr 2016 wurde diese Reihe des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ in 2017 mit sechs weiteren Veranstaltungen weitergeführt. Im Rahmen der Maßnahmen des Bündnisses wurden zahlreiche Gesprächstermine mit der Ministerin, Staatssekretärin sowie weiteren Vertretern und Vertreterinnen des MGEPA und anderer Institutionen, der Politik und der Medien organisatorisch und inhaltlich vorbereitet und begleitet. Weitere Schwerpunkte des Referates waren die Darstellung der Positionen der Krankenhäuser im Zuge der weiteren Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG), von G-BA-Richtlinien, des Krankenhausplans sowie zur Hygiene und zum Fachkräftemangel im Krankenhaus mit den damit verbundenen Folgen für die Patienten- und Krankenhausversorgung. Mit dem Verbundvorhaben „I/E-Health NRW – Hand in Hand bestens versorgt“ als ein Siegerprojekt

des Leitmarktwettbewerbs Gesundheit.NRW und dem für das Projekt geschaffenen Verein Digital Healthcare NRW e. V. kam die Öffentlichkeitsarbeit für diesen Verbund als neue Aufgabe in diesem Jahr hinzu.

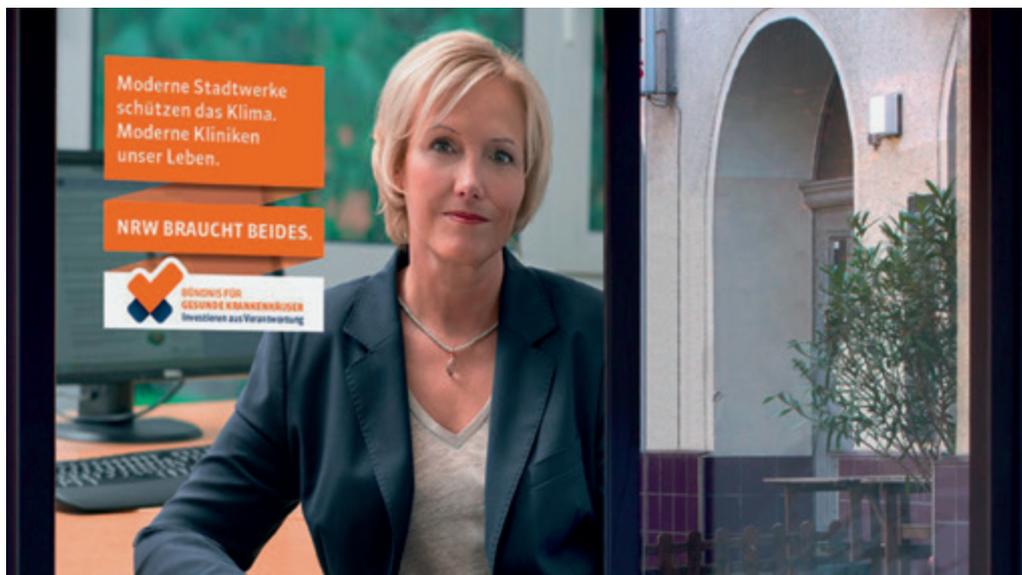
Neben diesen Aktivitäten bestimmten die Diskussion und die Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2016 mit Blick auf Qualitätskriterien und auf vermeintliche Überkapazitäten in NRW sowie Gespräche der KGNW-Spitze mit NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens und weiteren Ministern und Staatssekretären der 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/-innen 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.

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

Nach den Aktivitäten und Maßnahmen zum Auftakt im Jahr 2016 bis zur Mitgliederversammlung am 06.12.2016 standen 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.

Als öffentliches Signal der Kampagnenfähigkeit der Krankenhäuser in NRW wurden nach

der Durchführung von elf Regionalveranstaltungen im Dezember öffentlichkeitswirksam Anzeigen geschaltet und City-Light-Poster belegt. Am Samstag, den 3.12.2016, erschienen mit einer landesweiten Reichweite von knapp zwei Mio. verkauften Tageszeitungen, also nahezu flächendeckend in NRW, die vier bekannten Motive der Poster als Anzeige in blattbreit, 155 mm hoch und farbig. Die vier Motive wurden regional den Zeitungen zugeordnet. In der Woche vom 6.12. bis 12.12.2016 waren im Großraum Düsseldorf 100 City-Light-Poster mit allen vier Motiven zu sehen. Damit wurden in erster Linie die politischen Entscheider auf dem Weg in den Landtag und die Ministerien oder zum Bahnhof erreicht.



Das „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ wendet sich mit Anzeigen und City-Light-Poster an die Öffentlichkeit, um auf den Investitionsstau und die Investitionslücke der NRW-Krankenhäuser aufmerksam zu machen.

Regionalveranstaltungen 2017 – „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“



Die Vertreter der Dortmunder Krankenhäuser informierten auf einer Pressekonferenz am 26.04.2017 über den Investitionsstau und die Investitionslücken in ihren Krankenhäusern.

Nach elf Regionalveranstaltungen im Jahr 2016 wurde diese Veranstaltungsreihe des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ in 2017 weitergeführt. Mit Blick auf die Landtagswahlen am 14.04.2017 und die dann anstehenden Koalitionsverhandlungen wurde in den Regionalveranstaltungen weiter auf die strukturelle Unterfinanzierung und die damit verbundenen Folgen in den Regionen aufmerksam gemacht. Gleichzeitig wurde aber auch auf die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser und deren Stellenwert als Arbeitgeber hingewiesen.

Die erste Veranstaltung 2017 fand am 06.02.2017 in Mettmann mit Beteiligung der nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerin Barbara Steffens statt. Die Ministerin nahm auch am politischen Fachgespräch „Investieren aus Verantwortung? Krankenhausfinanzierung kirchlicher Kliniken in NRW auf dem Prüfstand“ des katholischen und evangelischen Büros NRW am 14.02.2017 in Düsseldorf teil.

Ebenfalls in Düsseldorf fand am 20.03.2017 die nächste Regionalveranstaltung statt, gefolgt von einer Pressekonferenz der Vertreter der Dortmunder Krankenhäuser

am 26.04.2017, einer Regionalveranstaltung am 27.04.2017 in Bonn, die gemeinsam von den Krankenhäusern aus Bonn, dem Rhein-Sieg-Kreis und dem Rhein-Erft-Kreis organisiert und umgesetzt wurde, und am 19.06.2017 in Borken.

Von Bedeutung war, dass mit der regionalen Umsetzung der Veranstaltungsreihe der

Handlungsdruck bei den politischen Entscheidungen hochgehalten wurde – mit dem Ziel, im Hinblick auf die kommende Landtagswahl eine Lösung für den Investitionsstau zu erreichen, die nachhaltig ist und konkret im Koalitionsvertrag sowie in der mittelfristigen Finanzplanung des Landes fixiert wird.

Investitionsbedarf der Krankenhäuser von Parteien anerkannt

Vor diesem Hintergrund wurde in der außerordentlichen Vorstandssitzung der KGNW am 17.01.2017 über Signale aus der Landesregierung und der anderen Landtagsfraktionen beraten und die Marschroute bis zur Landtagswahl am 14.05.2017 festgelegt.

Mit Anschreiben an Kandidaten, den Regionalveranstaltungen, lokalen und überregionalen Gesprächsangeboten, stützenden Anzeigen sowie entsprechender Medienarbeit wurden bis zur Wahl und zum Koalitionsvertrag das Problem und die Folgen der unzureichenden Investitionsfinanzierung mit Erfolg deutlich gemacht und transparent über die Bündnis-Homepage www.gesunde-krankenhaeuser.de dargestellt.

So wurden die von SPD-MdL Serdar Yüksel beim KGNW-Forum 2016 geäußerten Überlegungen zu einem 2-Mrd.-Euro-Programm über die NRW-Bank, ähnlich wie für die Schulen und die Uniklinken, von Michael Scheffler, sozialpolitischer Sprecher der SPD-Landtags-

fraktion, beim TK-Neujahrsempfang am 11.01.2017 als Fraktionsmeinung wiederholt.

Die Ankündigung der nordrhein-westfälischen Ministerpräsidentin Hannelore Kraft, analog den Programmen für Hochschulen und Schulen, auch für die Krankenhäuser ein Milliarden-Förderprogramm aufzulegen, wurde von KGNW-Präsident Jochen Brink im Namen des Bündnisses für gesunde Krankenhäuser ausdrücklich begrüßt. Die SPD-Landesvorsitzende und Ministerpräsidentin hatte dies in ihrer Rede bei der Vorstellung des Wahlprogrammes der NRWSPD am 18.02.2017 ins Spiel gebracht. Außerdem wurde im Wahlprogramm der SPD, das nach deren außerordentlichen Parteitag am 18.02.2017 inhaltlich noch weiter konkretisiert wurde, der Investitionsstau im Programm erwähnt und es wurden Vorschläge zum Abbau aufgenommen.

Peter Preuß, der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Landtagsfraktion, erklärte beim KGNW-Forum und bei weiteren Veranstaltungen, dass die CDU sich ebenfalls für mehr

Investitionsmittel für die Krankenhäuser einsetzen werden. Die Mittel sollten an Qualitätsverbesserungen wie Hygiene und IT-Sicherheit gebunden sein, aber über die Details der Verwendung sollten die Krankenhäuser selbst entscheiden können. Im Leitantrag des CDU-Landesvorstandes „Zuhören. Entscheiden. Handeln.“ für das Regierungsprogramm für NRW 2017–2022, das als Wahlprogramm der CDU auf dem Landesparteitag am 01.04.2017 verabschiedet wurde, sprach sich die CDU für eine pauschale Investitionskostenförderung und eine deutliche Erhöhung der Investitionsmittel aus.

Nach dem Gespräch mit der KGNW-Spitze erklärte der designierte Spitzenkandidat der CDU, der Landes- und Fraktionsvorsitzende Armin Laschet, am 26.01.2017, dass der anhaltend hohe Investitionsstau in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens drohe, zur Gefahr für die gesundheitliche Versorgung in Nordrhein-Westfalen und auch für den Jobmotor Gesundheitswirtschaft zu werden. Laut einer Studie des Rheinisch-Westfälischen Wirtschaftsinstituts fehlten jährlich 1 Mrd. € und auch in der Gesundheitspolitik brauche Nordrhein-Westfalen einen Neustart.

Die Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens (Bündnis 90/Die Grünen) brachte am

Ende der rot-grünen Legislaturperiode mehrfach die Teilmonistik und eine dritte Säule für eine gezielte Steuerung durch die Landesregierung in die Diskussion ein. Zuschüsse müssten an ganz bestimmte Zwecke gebunden werden und die Kliniken müssten nachweisen, wofür das Geld ausgegeben wird. Sie sprach sich aber auch für eine bessere Finanzausstattung der NRW-Krankenhäuser aus und erkannte grundsätzlich einen Mehrbedarf an.

Die FDP kündigte in ihrem Wahlprogramm an, die Haushaltsmittel des Landes für Krankenhausförderung sukzessive zu erhöhen.

DIE LINKE hatte die Forderung des Bündnisses in ihr Wahlprogramm übernommen mit der Ansage, die Krankenhausfinanzierung des Landes auf mindestens 1,3 Mrd. € jährlich zu erhöhen.

Im Ergebnis haben alle Parteien den Investitionsbedarf anerkannt und Lösungen für den Investitionsstau angekündigt. Trotz dieser Signale war es vor dem Hintergrund der Zielsetzung des Bündnisses notwendig, weiterhin die durch das Investitionsbarometer NRW belegten berechtigten Forderungen sachlich vorzutragen.

Koalitionsvertrag der neuen Landesregierung: Sonderprogramm zur Erhöhung der Mittel zur Krankenhausinvestitionsfinanzierung

Anknüpfend an die Zusagen vor der Landtagswahl hatten Ministerpräsident Armin Laschet (CDU) und der FDP-Landesvorsitzende Christian Lindner am 16.06.2017 bei der Vorstellung des Koalitionsvertrags von CDU und FDP vor der Landespressekonferenz ihr gegebenes Wort wiederholt und erneut bekräftigt, die Lösung des Problems der unzureichenden Investitionsförderung anzugehen.

Im Koalitionsvertrag wird anerkannt, dass die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen erheblich unter der unzureichenden Investitionskostenförderung durch das Land leiden. Deshalb werde die Landesregierung parallel zu einer aktiven Krankenhausplanung die Mittel zur Kran-

kenhausinvestitionsfinanzierung im Rahmen eines Sonderprogramms erhöhen und zielgerichtet einsetzen. Das Land werde damit seinen Verpflichtungen zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser besser nachkommen mit dem Ziel, nachhaltig eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, so die Ankündigungen im Koalitionsvertrag.

Zum Ausdruck gebracht wird aber auch, dass die deutliche Anhebung der Investitionskostenförderung durch das Land zwingend mit der Einleitung von Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft verbunden werde, die zu mehr Qualität und Effizienz, zu kooperativen Strukturen in der medizinischen Versorgung und zu gu-



ten Arbeitsbedingungen für das Personal führen. Begrüßt und unterstützt werden sollen daher auch trägerübergreifende Verbände, die sich bereiterklären, gemeinsam in einer zu definierenden Region das notwendige Versorgungsangebot sicherzustellen, bei gleichzeitiger Reduktion der Anzahl von mehrfach ohne Notwendigkeit vorgehaltenen Fachabteilungen.

Das „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ hatte damit einen ersten zentralen Meilenstein erreicht, denn das Problem der unzureichenden Investitionskostenförderung wurde anknüpfend an die Zusagen vor der Wahl benannt und Lösungen wurden aufgezeigt.

Nachtragshaushalt NRW 2017: Respektables Zeichen für einen Neustart bei der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Im Zuge der weiteren Umsetzung der gemachten Zusagen, die vom Bündnis für gesunde Krankenhäuser entsprechend dem Beschluss des KGNW-Vorstands vom 30.05.2017 mit Blick auf die Bundestagswahl am 24.09.2017 aufmerksam und kritisch verfolgt wurden, musste festgestellt werden, dass nach der Landespressekonferenz von der Landesregierung nichts Konkretes zur Umsetzung zu hören und zu lesen war.

Gespräche, die seitens des Bündnisses geführt wurden, sowie die landespolitische Berichterstattung gaben eher Anlass zur Sorge, dass es im Wettstreit der Ressorts zu keiner kurzfristigen Lösung des Investitionsstaus in angemessener Höhe kommen werde.

Entsprechend des abgestimmten Konzepts sollte aber vom Bündnis erreicht werden, dass bereits im Nachtragshaushalt für 2017 ein Zeichen für einen Neustart bei der Investitionsfinanzierung gesetzt wird und die mittelfristige Finanzplanung einen entsprechenden Fahrplan für diese Legislaturperiode aufzeigt.

Deshalb wurden im Hinblick auf die Beratungen der Landesregierung zum Nachtragshaushalt 2017 kurzfristig weitere Aktionen wie die Durchführung einer Pressekonferenz vor der Landespressekonferenz am 31.08.2017, Plakataktionen auch mit Lithomobilen, Anzeigenschaltungen sowie eine Postkartenaktion für erforderlich gehalten und entsprechend vorbereitet. Die verantwortlichen gesundheitlichen Sprecher wurden im Vorfeld des geplanten Starts der Aktionen (am 02.09.2017) über diese vorab informiert.

Am 30.08.2017 stellte die Landesregierung überraschend in einer Pressekonferenz die „Eckpunkte zur Bestandsaufnahme und zum Nachtragshaushalt 2017 – Wesentliche Maßnahmen zur Beseitigung der Versäumnisse der Vorgängerregierung“ vor. Im Rahmen dieser Eckpunkte wurde auch der Punkt „Beseitigung der unzureichenden Krankenhausinvestitionsförderung“ für den Nachtragshaushalt 2017 benannt. Dort wurde ein Volumen von insgesamt 250 Mio. € für die Krankenhäuser zusätzlich noch für 2017 vorgesehen, wobei in

§ 17 KHGG NRW geregelt ist, dass die Gemeinden an den im Haushaltsplan des zuständigen Ministeriums veranschlagten Haushaltsbeträgen der förderfähigen Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 KHG mit 40 % beteiligt werden.

Bereits am 06.09.2017 hat die Landesregierung den Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung eines Nachtrags zum Haushaltsplan des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2017 (Nachtragshaushaltsgesetz 2017) in den nordrhein-westfälischen Landtag eingebracht. Darin ist vorgesehen, dass die 250 Mio. € vollständig über die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW bereitgestellt werden. In der Folge dürfen die Krankenhäuser dann die für die Wiederbe-

schaffung kurzfristiger Anlagegüter gewährte Pauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW bis zu 50 % der Jahrespauschale für Zwecke nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW (Baupauschale) einsetzen (vgl. § 21 Abs. 9 Satz 2 KHGG NRW).

Der genaue Fahrplan für die Bereitstellung der 250 Mio. € wurde noch nicht konkret benannt. Nach der 1. Lesung des Nachtragshaushalts 2017, die am 13.09.2017 im Landtag erfolgte, wurde damit gerechnet, dass die Krankenhäuser spätestens im Dezember über die Finanzmittel verfügen können. Minister Karl-Josef Laumann ging in einem Interview davon aus, dass die Krankenhäuser das Geld noch vor Weihnachten auf dem Konto haben.

KGW vor der Landespressekonferenz: Jetzt in NRW-Krankenhäuser investieren!



Über die Investitionslücken der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser berichtete die KGNW vor der Landespressekonferenz im Landtag am 31.08.2017. KGNW-Präsident Jochen Brink betonte, dass von der Landesregierung ein Fahrplan mit konkreten Summen zur Schließung der Förderlücke erwartet werde. Positiv hob Brink die Soforthilfe von 250 Mio. € für das Jahr 2017 hervor.

Aufgrund der in den Eckpunkten zur Bestandsaufnahme und zum Nachtragshaushalt 2017 der Landesregierung unter dem Punkt „Beseitigung der unzureichenden Krankenhausinvestitionsförderung“ zusätzlich vorgesehenen insgesamt 250 Mio. € für 2017 wurden im Hinblick auf die geplanten Maßnahmen des „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ entsprechende Modifikationen vorgenommen und Konsequenzen gezogen. Es wurde entschieden, bis auf die Pressekonferenz vor der Landespressekonferenz alle weiteren geplanten Maßnahmen nicht mehr durchzuführen.

Bei der Vorstellung der Situation der Investitionsfinanzierung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser vor der Landespressekonferenz

im Landtag am 31.08.2017, die einen breiten Niederschlag in den nordrhein-westfälischen Medien fand, hob KGNW-Präsident Jochen Brink hervor, dass über den Nachtragshaushalt für das Jahr 2017 zusätzliche 250 Mio. € an die Krankenhäuser fließen werden. Damit habe die Landesregierung ein respektables Zeichen für einen Neustart bei der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser gesetzt. Zudem werde anerkannt, dass die Krankenhäuser neben Kitas, Polizisten und Lehrern ein zentraler Teil der Daseinsvorsorge in unserem Land seien.

Hervorgehoben wurde, dass dieses Geld zum richtigen Zeitpunkt kommt, da die Häuser zum Beispiel bei den Chancen und Risiken der Digitalisierung, der Hygiene, dem demogra-



Pressevertreter von TV, Hörfunk, Print und, Online zeigten großes Interesse an dem Investitionsbedarf und dem massiven Investitionsstau in den NRW-Kliniken. Jochen Brink, Präsident der KGNW, und Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW, stellten sich den Fragen der Journalisten.

fischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt vor großen Herausforderungen stehen. „Dafür brauchen die Kliniken entsprechende Finanzmittel, denn Patienten und Mitarbeiter haben einen Anspruch auf moderne Geräte und Gebäude, die die qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung im Land auch zukünftig sicherstellen“, erklärte der KGNW-Präsident.

Deswegen wurde zum Ausdruck gebracht, dass das „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ für den Haushalt des Jahres 2018 und die mittelfristige Finanzplanung dieser Legislaturperiode auch einen mit konkreten Summen hinterleg-

ten Fahrplan zur Schließung der Förderlücke erwartet. Für das Bündnis gilt dabei weiterhin der vom Investitionsbarometer NRW herausgearbeitete zusätzliche Bedarf, der in der Studie für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt im Land aufgeführt ist und sich für ganz NRW auf 1 Mrd. € jährlich summiert. Die Ergebnisse der RWI-Studie wurden auch von den schwarz-gelben Koalitionären anerkannt und müssen jetzt haushaltstechnisch umgesetzt werden.

Im Ergebnis konnte festgestellt werden, dass die vielfältigen Aktionen des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ und das ständige gemeinsame „Am-Ball-Bleiben“ dafür gesorgt haben, dass

ein erster richtiger Schritt erreicht werden konnte. Es ging aber für das weiterhin bestehende „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ in der weiteren politischen Diskussion und insbesondere bei der zukünftigen Positionierung des Bündnisses in den Haushaltsberatungen des Jahres 2018 und bei der mittelfristigen Finanz-

planung dieser Legislaturperiode nun darum, das Erreichte zu verstetigen und zu einer angemessenen und nachhaltigen Verbesserung der Investitionsfinanzierung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser durch die Landesregierung auf der Grundlage des Investitionsbarometers NRW zu kommen.

NRW-Haushaltsentwurf 2018: Ein Wahlversprechen – ein Schritt vor und zwei zurück

Die neue Landesregierung war angetreten, die Situation der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen grundlegend zu verbessern. Im Koalitionsvertrag wurde das im Wahlkampf gegebene Versprechen mit folgendem Satz bekräftigt:

„Das Land wird damit seinen Verpflichtungen zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser besser nachkommen mit dem Ziel, nachhaltig eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.“ (Koalitionsvertrag für Nordrhein-Westfalen 2017–2022, Seite 95)

Der am 12.10.2017 verabschiedete Nachtragshaushalt für das Jahr 2017 ließ hoffen, dass die Landesregierung und die sie tragenden Fraktionen beabsichtigen, diese Zusicherung einlösen. Es wurden 250 Mio. € zusätzlich eingestellt, die für Investitionen in eine bessere Patientenversorgung, die Krankenhausinfrastruktur und für die Entlastung der Beschäftigten dringend benötigt werden.

Nach Vorlage des Haushaltsentwurfs 2018 mussten die Krankenhäuser aber erkennen, dass die Aufstockung der Mittel zwar ein Schritt in die richtige Richtung war und erste kleinere Investitionen in Geräte und Gebäude getätigt werden konnten, aber dass mit dem Haushalt 2018 das Vorhaben der Landesregierung, die Investitionskostenfinanzierung für Krankenhäuser auf ein gesundes Niveau zu heben und den Investitionsstau nachhaltig abzubauen, ins Straucheln gekommen ist.

Mit dem Haushalt 2018 fällt die zusätzliche Fördersumme auf rund 50 Mio. €, 16 Mio. € Pauschal- und 33 Mio. € Einzelförderung, zurück. Hierzu erklärte KGNW-Präsident Jochen Brink in einer Pressemitteilung, dass dies wieder zwei Schritte zurück seien und die Krankenhäuser in NRW so nicht wirklich vorkommen, zumal die Vergabe der Mittel zur Förderung von Investitionen einzelner Kliniken noch völlig unklar.

Hervorgehoben wurde zudem, dass der Investitionsbedarf der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser mit einer jährlichen Förder-

lücke von 1 Mrd. € endlich konsequent und nachhaltig beantwortet werden müsse und es ein gesundes NRW nur mit gesunden Krankenhäusern gebe. Auch wurde auf das Investitionsbarometer NRW hingewiesen, in dem die Lücke zwischen dem Förderbedarf und der tatsächlichen Förderung des Landes auf jährlich 1 Mrd. € beziffert ist und dass diese Summe auch bei den von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann angestrebten Strukturveränderungen gelte.

Mit Blick auf die von Minister Laumann angestrebten Strukturveränderungen verwies KGNW-Präsident Jochen Brink darauf, dass von den Krankenhäusern hier in den vergangenen zehn Jahren viel getan worden sei. Etliche Häuser hätten sich vernetzt, stimmten sich in der Region ab und bündelten ihre Kompetenzen. Wenn die Landesregierung mit den Krankenhäusern gemeinsam weitere Schritte gehen wolle, stünden sie zur Verfügung. An der Höhe der notwendigen Investitionen für die flächendeckende Versorgung ändere sich dadurch allerdings nichts. Wer glaube, hier Einsparungen zu erzielen, spare an der Zukunft der Versorgung und auf Kosten der Belegschaft, so der KGNW-Präsident, der auf die Verantwortung der Krankenhäuser für ihre Patienten und für ihre Mitarbeiter hinwies. Er brachte die Erwartung der Krankenhäuser zum Ausdruck, dass die Landesregierung ihrer Verantwortung und den gegebenen Versprechen gerecht werde, denn die Krankenhäuser brauchten eine verlässliche und transparente Aussage darüber, wie das Problem der anerkannten Förderlücke in den nächsten Jahren angegangen werde. Eine Debatte über Strukturen dürfe davon nicht ablenken. So hat Gesundheitsminister

Karl-Josef Laumann angekündigt, das Jahr 2018 zu nutzen, um einen Krankenhausplan mit einem neuen Verteilschlüssel der Fördermittel ab 2019 zu entwickeln.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen und der von allen politischen Parteien anerkannten Investitionslücke in Höhe von 1 Mrd. € jährlich verschickte die KGNW in einer landesweiten Aktion am 14.11.2017 ein Musterschreiben an die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, mit dem die Abgeordneten der CDU-FDP-Landesregierung an die protokollierten Aussagen aus der Haushaltsdebatte für den Nachtragshaushalt 2017 erinnert werden sollten, für leistungsfähige Krankenhäuser zu sorgen und das Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung endlich nachhaltig anzugehen.

Die Adressaten waren die CDU- und/oder FDP-Landtagsabgeordneten aus den jeweiligen Wahlkreisen. Zudem wurde den Krankenhäusern eine Übersicht abgestimmt nach Krankenhäusern und Wahlkreisen sortiert zugesandt und im Internet – wie auch das Musterschreiben sowie weitere Unterlagen – zum Download bereitgestellt. Für den Fall, dass aus einem Wahlkreis kein Abgeordneter von CDU und/oder FDP im Landtag vertreten war, wurden die Krankenhäuser gebeten, die Briefe jeweils an den Vorsitzenden der CDU-Landtagsfraktion, Bodo Löttgen, und/oder an den Vorsitzenden der FDP-Landtagsfraktion, Christof Rasche, zu adressieren.

Weiterhin wurde in diesem Schreiben darum gebeten zu ergänzen, welche Investitionsmaßnahmen mit den zusätzlichen Mitteln aus dem Nachtragshaushalt 2017 geplant wurden und,

welche dringenden Investitionsvorhaben noch offen sind und nicht mit den derzeitigen pauschalen Fördermitteln finanziert werden können. Ferner wurde dazu aufgefordert, die vom RWI für den jeweiligen Kreis oder die jeweilige kreisfreie Stadt festgestellte Förderlücke anzugeben. Hierzu wurden Ausfüllhinweise beigefügt.

Neben der Sensibilisierung und Information der Abgeordneten vor Ort war ein weiteres Ziel, den landesweiten Investitionsbedarf öffentlich zu machen. Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser auch gebeten, eine Kopie der Schreiben per E-Mail an die KGNW zu senden, um auf Grundlage der Rückmeldungen die geplanten und die erforderlichen

Maßnahmen der Krankenhäuser auf Ebene der jeweiligen kreisfreien Stadt bzw. des Kreises unter Nennung des einzelnen Krankenhauses auf der Bündnis-Plattform www.gesunde-krankenhaeuser.de in einer NRW-Karte zu dokumentieren.

Mit einer möglichst vollständigen Beteiligung an dieser Aktion sollten alle Krankenhäuser als Teil des „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ demonstrieren, dass sie nicht „lockerlassen“ und ihr von der Politik ja nachweislich verstandenes Anliegen einer ausreichenden Investitionsfinanzierung nachhaltig weiterverfolgen. Ebenso sollte demonstriert werden, dass die Kliniken gemeinsam „am Ball bleiben“.

KGW-Frühjahrsmpfang 2017

Beim KGNW-Frühjahrsmpfang in der Düsseldorfer Rheinterrasse standen am 16.03.2017 die Investitionsfinanzierung, die Personalanhaltszahlen in der Pflege und die sektorenübergreifende Versorgung mit dem Schwerpunkt ambulante Notfallversorgung im Mittelpunkt der Reden und anschließenden Gespräche.

NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens sprach sich für eine Verbesserung der Finanzausstattung der Krankenhäuser aus, die notwendig sei. Hierzu sei eine Drei-Punkte-Lösung im Rahmen eines Sonderprogramms, finanziert über die NRW-Bank, nötig, um Sanierungsstaus auflösen zu können. Dies befürwortete jetzt auch die Ministerpräsidentin. Ein befristetes Programm alleine reiche aber

nicht aus, denn der medizinische Fortschritt löse kontinuierlich Veränderungsbedarf aus, so die Ministerin. Ergänzend zu den allgemeinen pauschalen Investitionsmitteln des Landes sollte es eine weitere Pauschale geben – gezielt zur Finanzierung inhaltlich prioritärer Maßnahmen, die landesweit zur Verbesserung der Versorgung notwendig seien. Von der Hygiene über IT-Sicherheit bis hin zu Umbaumaßnahmen für die steigende Zahl älterer Patientinnen und Patienten nannte die Ministerin zentrale Handlungsfelder. Wie vor Jahren bereits für die neuen Bundesländer sollte es aber auch für die westlichen Länder zusätzliche Investitionsmittel über eine Teilmonistik geben, also unter Beteiligung der Krankenkassen. Das sei für sie auch eine Frage der Gerechtigkeit!“, erklärte Ministerin Steffens.



Zu Gast auf dem KGNW-Frühjahrs Empfang: Martina Hoffmann-Badache, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA), und Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens v. l. n. r..

Diese deutlichen Aussagen der Ministerin stießen bei den Krankenhausvertretern im Saal auf große Zustimmung. KGNW-Präsident Jochen Brink betonte in diesem Kontext, dass bei den anstehenden Parteitagen der CDU und FDP Anfang April die 256.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch hier von den Spitzenkandidaten ein ähnlich konkretes

öffentliches Bekenntnis zur Schließung der Investitionslücke erwarteten. Weitere Erwartungen seien, dass das grundsätzliche Problem der Investitionsfinanzierung in der nächsten Legislaturperiode endlich entschieden angegangen werde. Krankenhäuser gehörten zur zentralen Infrastruktur dieses Landes, so Brink.

Außerordentliche Mitgliederversammlung der KGNW am 30.05.2017

KGNW-Präsident Jochen Brink betonte im Rahmen einer außerordentlichen Mitgliederversammlung vor Vertretern der NRW-Kliniken am 30.05.2017 in Neuss mit Blick auf die neue Landesregierung, dass die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser vom neuen Landtag und der neuen Landesregierung konkrete und kurzfristige Lösungen für den Investitions-

stau erwarten. Im Koalitionsvertrag von CDU und FDP müsse deutlich werden, dass die Krankenhäuser als wichtiger Bestandteil der Daseinsvorsorge zur zentralen Infrastruktur des Landes gehören und entsprechend ihrem Investitionsbedarf gefördert werden müssten. Patienten und Mitarbeiter haben einen Anspruch auf moderne Geräte und Gebäude,

die die qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung im Land auch zukünftig sicherstellen. In den Wahlprogrammen und öffentlichen Statements hatten CDU und FDP eine Auflösung des Investitionsstaus der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser einschließlich eines dringend benötigten kurzfristigen Entlastungsprogramms angekündigt. In dem CDU-Positionspapier „Krankenhaus der Zukunft für Nordrhein-Westfalen“ von Armin Laschet und Karl-Josef Laumann wurde ein „Drei-Stufen-Plan“ zur nachhaltigen Finanzierung stationärer Versorgung in Nordrhein-Westfalen angekündigt, der von der KGNW in einer Pressemitteilung in seiner Zielrichtung begrüßt wurde. Es sei erfreulich, dass die CDU hier auch dringenden Handlungsbedarf sehe, denn Krankenhäuser gehörten zur zentralen Infrastruktur dieses Landes, und die Krankenhäuser wollten eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Krankenhausversorgung der Bürgerinnen und Bürger auch zu-

künftig sichern, so die Pressemitteilung. In der Mitgliederversammlung wurde im Kontext der weiteren Diskussion über die Erhöhung der Investitionsfördermittel hervorgehoben, dass auch hier immer wieder auf bereits erfolgte Strukturveränderungen seitens der Kliniken hingewiesen werden müsse. So hätten die Krankenhäuser in NRW in den letzten Jahren viel geleistet, um die Versorgungsstrukturen im Land effizienter zu gestalten. Zwischen 1995 und 2015 wurden rund 20 % der Betten abgebaut und die Zahl der Kliniken wurde von 483 auf 352 reduziert. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten konnte um rund 42 % gesenkt werden. Es wurde festgestellt, dass der Abbau von weiteren rund 8.500 Betten aktuell umgesetzt werde, dass aber trotz aller Anstrengungen der Investitionsbedarf bestehen bleibe. Zudem müsse in die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken investiert werden.

Hygiene-Schulungsvideos

Die landesweite Hygiene-Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“, die im Jahr 2015 unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsidentin Kraft begonnen wurde, hat das Ziel, die Öffentlichkeit über multiresistente Erreger, Krankenhaushygiene und Infektionsschutz aufzuklären.

Im Rahmen dieser Initiative haben wir unseren Mitgliedern mit Förderung durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

ab März 2017 ein exklusives Schulungsangebot bereitgestellt. Auf einer videobasierten Lernplattform finden Krankenhausmitarbeiter Schulungsfilmchen zum Thema Krankenhaushygiene, die im Rahmen von Fortbildungen eingesetzt werden können.

In einer gemeinsamen Pressemitteilung mit dem MGEPA vom 23.03.2017 erklärte KGNW-Präsident Jochen Brink, dass Mitarbeiterschulungen auf dem neuesten Stand im Kampf gegen Infektionen, insbesondere gegen die multiresistenten Erreger, ein ganz entschei-

dender Baustein seien und man sich über die Förderung von 90.000 € durch das NRW-Gesundheitsministerium freue.

Die damalige Gesundheitsministerin Barbara Steffens erklärte, dass die konsequente Einhaltung hygienischer Standards eine unverzichtbare Voraussetzung für eine gute medizinische Versorgung sei. Die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen des Landes schreibe die regelmäßige Fortbildung und Information aller im Krankenhaus Tätigen vor. Es sei gut, wenn die KGNW ihre Mitglieder mit einem so umfangreichen Angebot dabei unterstützt, dieser Verpflichtung bestmöglich nachzukommen.

Die Schulungsfilme mit insgesamt sieben Haupt- und 35 Unterkapiteln zeigen anhand von realen Krankenhaussituationen, wie die aktuellen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) konkret umgesetzt werden können. In den einzelnen Filmen werden die Abläufe dargestellt, die die Mitarbeiter aus der täglichen Praxis kennen. Wenn es zukünftig neue KRINKO-Empfehlungen geben wird, werden auch die Schulungsfilme entsprechend angepasst werden.

Die umfassende Fortbildung richtet sich primär an Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Reinigungskräfte und Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten. Die Kapitelthemen im Einzelnen sind:

- Händehygiene und Schutzhandschuhe
- Prävention bei Reinigung und Flächen-desinfektion
- Prävention bei Punktionen und Injektionen
- Prävention katheterassoziierter Harnweginfektionen
- Prävention der beatmungsassoziierten Pneumonie
- Wundbehandlung und Verbandwechsel
- Management bei Verdacht auf eine lebensbedrohliche, hochkontagiöse Erkrankung

Die Krankenhäuser Nordrhein-Westfalens finden alle notwendigen Informationen zum Zugang für die externe Lernplattform unter www.keine-keime.de/schulungsfilme.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) empfiehlt „Keine Keime“ im Rahmen der „Allianz für Gesundheitskompetenz“.

Die DKG ist am 19.06.2017 der „Allianz für Gesundheitskompetenz“ beigetreten und hat den Erfolg der Hygiene-Initiative „Keine Keime“ als positives Beispiel genannt. Beim Unterzeichnen der Gründungserklärung sagte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum, dass es ein ganz wichtiger Schritt sei, die Bevölkerung zu informieren, damit jeder selbst aktiv seinen Teil zur eigenen Gesundheitserhaltung beitragen kann. Für die Krankenhäuser sei dies schon lang ein vorrangiges Ziel. Informationen auf Augenhöhe in verständlicher Sprache seien die Grundlage, um die Patienten in eine eigenverantwortlichere und entscheidungsfähige Situation zu versetzen.

Die Hygiene-Initiative „Keine Keime“ sei ein Beispiel dafür, wie so etwas gelingen könne. Das von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen entwickelte multimediale Projekt steigere in patientenverständlicher Sprache das Wissen über Keim- und Infektionsgefahren und zugleich die Kenntnis über deren erfolgreiche Verhinderung. Solche Projekte verbesserten die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und machten deutlich, dass viele Probleme nur in einem Gesund-

heitssystem, das den Patienten dauerhaft als gleichberechtigten Akteur anerkenne, gelöst werden könnten.

Die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ ist eine bundesweit angelegte Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit. Neben der DKG beteiligen sich Krankenkassen, Apothekerverbände und weitere wichtige Organisationen des Gesundheitswesens an der Allianz.

Projekt „Digital Healthcare NRW“

Das Verbundvorhaben „I/E-Health NRW – Hand in Hand bestens versorgt“ ist ein Siegerprojekt des Leitmarkt Wettbewerbs Gesundheit NRW, welches vom 01.09.2016 bis 31.08.2019 mit Mitteln des Landes und des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) gefördert wird. Konkretes Ziel des Projektes ist es, bisher sektorspezifische Lösungen für den sektorenübergreifenden Austausch von elektronischen Dokumenten mittels einer gemein-

samen IT-Infrastruktur und standardisierter Schnittstellen für eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung nutzbar zu machen und damit die Versorgung der Patienten zu verbessern. Die Umsetzung erfolgt in vier Modellregionen: Borken/Ahaus: Demenz-Akte; Münster/Kreis Warendorf: Geriatrie-Akte; Dortmund: Pädiatrie-Akte; Düren/Aachen: Notfall-Pflegeakte.

Fachbeirat für Gesundheit: Nutzung diagnostischer Geräte in Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen von Menschen mit Behinderung

In der Sitzung des Inklusionsbeirats am 25.11.2015 in Krefeld wurde die Nutzung diagnostischer Geräte in Krankenhäusern und Praxen durch Menschen mit Behinderung diskutiert. Angesprochen wurde, dass bestimmte Geräte wie z. B. CT/MRT, Röntgengeräte beim Mammografie-Screening nicht oder nur unzureichend von Menschen mit Behinderung

nutzbar sind. Deutlich wurde auch, dass grundsätzlich keine Erkenntnisse über unzureichende Nutzungsmöglichkeiten z. B. in räumlicher Nähe von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung vorliegen und eine Beurteilung der Gesamtsituation pauschal nicht möglich ist. Um auf der Grundlage der bisherigen Erkenntnisse und der Festlegung der Bandbreite der

Nutzungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung vorliegender technischer Empfehlungen Handlungsoptionen abzuleiten, wurde dann im Fachbeirat Gesundheit am 16.02.2016 im MGEPA vereinbart, dass sich eine Arbeitsgruppe unter der Federführung der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) der Thematik annimmt und in einem ersten Schritt zunächst den Bedarf ermittelt und das weitere Vorgehen bespricht.

Unter Beteiligung der Landesbehindertenbeauftragten NRW Frau Veldhues, des Patientenbeauftragten NRW Herrn Meyer, der Vorsitzenden des Landesbehindertenrates Frau Servos sowie von Vertreterinnen und Vertretern des MGEPA, der Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie dem Diakonischen Werk der Ev. Kirche im Rheinland fand eine entsprechende Arbeitsgruppensitzung am 11.08.2016 in der KGNW-Geschäftsstelle statt.

In der Arbeitsgruppensitzung wurden zunächst die Vielfältigkeit von Behinderung und die daraus resultierenden vielschichtigen Besonderheiten und Bedarfe bei der Leistungserbringung bei Patientinnen und Patienten mit Behinderung herausgestellt. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass neben der demografischen Entwicklung der medizinische, der medizintechnische und der pharmakologische Fortschritt, die ärztliche und pflegerische Leistungsfähigkeit und die Struktur des Gesundheitswesens die ambulante und stationäre Versorgung auch von Menschen mit Behinderung beeinflussen.

Im Hinblick auf die Anforderungen an eine an Menschen mit Behinderung angepasste geeignete diagnostische und apparative Ausstattung wurde verabredet, eine Checkliste der entsprechenden Anforderungen an eine Ausstattung, die den Patientinnen und Patienten mit Behinderung gerecht wird (z. B. Computer- und Kernspintomografie, höhenverstellbare Untersuchungsstühle und -betten), vom Landesbehindertenrat zu entwickeln. Diese Liste liegt zurzeit aber noch nicht vor.

Der Landesbehindertenrat und die Landesbehindertenbeauftragte sprachen sich dafür aus, dass sich die Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter sowie die Leistungserbringer vor Ort in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) über die jeweiligen Angebotsstrukturen für Menschen mit Behinderung informieren und austauschen, u. a. mit dem Ziel, auf diese Angebote hinzuweisen und diese bekannt zu machen.

Dieser Vorschlag und der fachliche Austausch über Fragen und Möglichkeiten zur Behandlung und der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung in den KGKen wurden begrüßt. Vorgeschlagen wurde, die Problemstellung von den Beteiligten in den KGKen aktiv zu thematisieren und Lösungsmöglichkeiten vor Ort und in den Regionen aufzeigen.

Das MGEPA ist dem Vorschlag der Arbeitsgruppe gefolgt und hat die Thematik in die Kommunalen Gesundheitskonferenzen hineingetragen und am 10.11.2016 bei einem Vortrag anlässlich der Tagung der Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer der Kommunalen Gesundheitskonferenzen dafür sensibilisiert.

Darüber hinaus wurde von der KGNW in der Sitzung des Fachbeirats Gesundheit am 21.03.2017 im MGEPA über die Ergebnisse der Arbeitsgruppe und über den ersten Umsetzungsschritt durch das MGEPA berichtet. Durch das MGEPA wurde die Nutzung diagnostischer Geräte in Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen von Menschen mit Behinderung und die

Arbeitsgruppenergebnisse im Bericht des Fachbeirats Gesundheit im Rahmen der Sitzung des Inklusionsbeirats NRW am 30.03.2017 in Krefeld thematisiert. Zurzeit steht das Ministerium in Kontakt zum Landesbehindertenrat im Hinblick auf die in der Arbeitsgruppe vereinbarte Erstellung einer behinderungsspezifischen Checkliste für die Krankenhäuser und Praxen.

Demenzsensible Versorgung

Die Versorgungszahlen von Menschen mit einer Demenz oder mit kognitiven Störungen in Akutkrankenhäusern steigen weiter an. Nach aktuellen Zahlen der General-Hospital-Study (2016) weisen 40 % aller über 65-jährigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern kognitive Beeinträchtigungen auf.

Im Zuge dieser Entwicklung richten sich viele Krankenhäuser passgenauer auf die Bedarfe dieser Patientinnen und Patienten mit Demenz aus. Um eine demenzsensible Versorgung in allen Abteilungen sicherstellen zu können, bedarf es spezieller, interdisziplinär entwickelter Versorgungsstrukturen und Konzepte. Die Erfahrungen zeigen, dass Krankenhäuser, insbesondere während der Entwicklungs- und Einführungsphasen von demenzsensiblen Konzepten, vor großen Herausforderungen stehen. Zahlreiche Prozesse müssen analysiert und neu angepasst werden.

Um die demenzsensible Versorgung der Patienten im Krankenhaus in NRW weiter zu verbessern, ist für den Zeitraum 2017–2019 vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) in einer neuen För-

derphase im Rahmen des Projekts „Blickwechsel Demenz“ ein zweites Workshop-Programm zur „Förderung der Umsetzung demenzsensibler Versorgungsprojekte“ für Krankenhäuser, die sich demenzsensibel ausrichten möchten, aufgelegt worden. Über 70 Krankenhäuser in NRW haben von 2013 bis 2016 an dem ersten Workshop-Programm im Rahmen des Projekts teilgenommen. Deutlich wurde, dass Krankenhäuser durch ihre Projektteilnahme nicht nur den Behandlungserfolg und die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit Demenz, sondern auch die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter steigern konnten.

In der neuen Förderphase setzt „Der Paritätische NRW“ nunmehr die Projektreihe „Blickwechsel Demenz.NRW“ fort und bietet – aufbauend auf den Erfahrungen der Vorprojekte – Unterstützungsangebote an. Das Projekt wird durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) gefördert und vom Verband „Der Paritätische NRW“ in enger Kooperation mit der Krankenhausgesellschaft NRW und den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe durchgeführt

Die zentrale Umsetzungsmaßnahme besteht in sechs kostenfreien fachgerechten Workshops, in denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Krankenhäusern in NRW darin unterstützt werden, demenzsensible Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Diese Konzepte orientieren sich an den Gegebenheiten des Krankenhauses und berücksichtigen bereits bestehende Konzepte.

Die Projektkonzeption sieht eine verbindliche Beteiligung der Geschäftsleitungen vor. Für jedes Krankenhaus nehmen zwei Personen an dem über zwei Jahre laufenden Workshop-Programm mit sechs Terminen teil.

Neben der Beteiligung am Netzwerk „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ und der Mitwirkung an den Fachtagen „Demenzsensible Notaufnahme“ in der Ärztekammern Nordrhein am 22.06.2017 und der Ärztekammer Westfalen-Lippe am 17.10.2017, informierte die KGNW über die im Rahmen des Programms „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen“, das von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert wird, durch eine geführte Studienreise vom 29.05. bis 02.06.2017 nach Norwegen. Damit wurde professionellen Akteuren in der stationären Akutversorgung die Möglichkeit geboten, internationale Einrichtungen mit Vorbildcharakter zur Versorgung von Menschen mit Demenz kennenzulernen und sich mit internationalen Experten auszutauschen. Bei den Fachtagungen der Ärztekammern wurden von demenzsensiblen Krankenhäusern entwickelte Konzepte vorgestellt und

diskutiert, mit denen bereits in der Notaufnahme auf die Besonderheiten dieser Patienten reagieren werden kann.

Weiterhin wurde über die Ausschreibung „Wirkungsanalyse Lokale Allianzen“, in denen sich Partner vernetzen, um durch konkrete Maßnahmen in der Kommune Einfluss darauf zu nehmen, dass Demenzerkrankte ebenso wie ihre pflegenden Angehörigen nicht ausgegrenzt werden, sondern verständnisvoll und einfühlsam ihren Bedürfnissen entsprechend akzeptiert werden, informiert sowie über das Empfehlungspapier des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV) „Auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus“ zur Förderung demenzsensibler Strukturen in den Krankenhäusern, das sechs Themenfelder enthält, die für demenzsensible Krankenhäuser unverzichtbar sind. Zudem wurde auf das Gemeinschaftsprojekt der Düsseldorfer Krankenhäuser zum Umgang mit demenzkranken Patientinnen und Patienten unter der Schirmherrschaft von Oberbürgermeister Thomas Geisel hingewiesen. Das Strategiepapier „Düsseldorfer Charta für den Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ wurde auf Initiative des Arbeitskreises „Demenz als Nebendiagnose im Krankenhaus“ erarbeitet, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Demenz in den Krankenhäusern zu verbessern. So sollen Angehörige in die Behandlung mit einbezogen werden und das Pflegepersonal im Umgang mit demenzkranken Menschen qualifiziert werden.

Landesgesundheitskonferenz 2017

Am 22.11.2017 verabschiedeten die Mitglieder der 26. Landesgesundheitskonferenz (LGK) unter Beteiligung der KGNW im AOK-Bildungszentrum in Grevenbroich die EntschlieÙung mit dem Thema „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“. Mit dieser EntschlieÙung wird das Landespräventionskonzept aus dem Jahr 2005 fortgeschrieben.

Die LGK hat bereits mit ihrer EntschlieÙung „Landespräventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität“ im Jahr 2005 Schwerpunktthemen vereinbart sowie Landesinitiativen und Arbeitsstrukturen eingerichtet, um mit geeigneten Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Bevölkerung beizutragen. Die LGK hat eine Weiterentwicklung der Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen, die an Bewährtes anknüpft und aktuelle wie zukünftige Herausforderungen gleichermaßen berücksichtigt, als erforderlich angesehen, da sich seit der Verabschiedung des Landespräventionskonzeptes die Rahmenbedingungen zum Teil erheblich geändert haben.

In diesem Kontext hat es die LGK für notwendig gehalten, die mit Themen der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention befassten Strukturen anzugleichen bzw. einen inhaltlichen Austausch sicherzustellen, um Doppelstrukturen zu vermeiden, Synergien zu schaffen und Ressourcen zu bündeln. Darüber hinaus bieten diese Entwicklungen aus LGK-Sicht einen geeigneten Anlass, um Bilanz zu ziehen und erforderliche Aktualisie-

rungen des Landespräventionskonzeptes zu vereinbaren.

Die Fortschreibung des Landespräventionskonzeptes mit der LGK-EntschlieÙung 2017 soll auf der Grundlage der Arbeit der Landesinitiativen innerhalb des bisherigen Landespräventionskonzeptes, das durch eine sinnvolle und vertrauensvolle Verantwortungsteilung sowie durch eine hohe Kooperationskultur gekennzeichnet war, erfolgen. Das fortgeschriebene Präventionskonzept soll deshalb auf dem bereits Erreichten und Bewährten aufbauen, dieses aber in Teilen schärfer konturieren.

Zentrale Eckpunkte zur Fortschreibung des Landespräventionskonzeptes im Rahmen der EntschlieÙung sind:

- Maßnahmen, Programme und Strukturen der Zusammenarbeit orientieren sich an der fachübergreifenden Leitidee von „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und legen Erkenntnisse aktueller Datenlagen und sich jeweils daraus ableitender konkreter Handlungserfordernisse zugrunde.
- Statt der bisher parallel arbeitenden „Landesinitiativen“ mit eigenen Lenkungs- und Arbeitsstrukturen wird eine übergreifende „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ eingerichtet.
- Mit dem Aufbau und der Steuerung der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention wird eine Lenkungsgruppe

unter Vorsitz des für Gesundheit zuständigen Ministeriums beauftragt.

- Die Lenkungsgruppe richtet Arbeitsgruppen ein, die die laufenden Programmteile ehemaliger Landesinitiativen weiter fachlich steuern und fortführen bzw. weiterentwickeln sowie neue Themen aufbereiten und deren Umsetzung in die Praxis verantwortlich koordinieren.

Es soll erreicht werden, bestehende Kooperations- sowie Koordinierungsstrukturen,

Maßnahmen und Programme, aber auch neue Entwicklungen und Strukturen mit dem Landespräventionskonzept in Einklang zu bringen, um ein aufeinander abgestimmtes, gezieltes, bedarfsgerechtes und partizipatives Handeln zu ermöglichen und Synergien bestmöglich nutzen zu können. Darüber hinaus sollen Partizipation, Kooperation, Koordination, Vernetzung, eine gute öffentliche Präsenz und differenzierte Kommunikationsformen mit dazu beitragen, zu einer wirksamen Gesundheitsförderung und Prävention zu kommen.

Unterstützungsmaßnahmen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern

Die Ergebnisse aus der Befragung der Patientenfürsprecher/-innen zu den „Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern“ waren zentrale Elemente von zwei Qualifizierungsworkshops für Patientenfürsprecher/-innen im Jahr 2016 in Duisburg im Evangelischen Klinikum Niederrhein und in Herne im St. Anna Hospital.

Nach der erfolgreichen Durchführung dieser Workshops wurde vom Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) in Kooperation mit der KGNW am 11.05.2017 eine weitere Mentoringveranstaltung für die ehrenamtlichen Patientenfürsprecher/-innen, die erst kurze Zeit im Amt sind, durchgeführt. Ziel

der Veranstaltung war es, den neuen Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern eine Orientierungshilfe und weitere praktische Unterstützung für die Ausübung ihres Amtes zu geben. Im Rahmen der Veranstaltung konnten sich die neuen Patientenfürsprecher/-innen u. a. mit erfahrenen Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern anderer NRW-Kliniken direkt austauschen, vernetzen und von deren oftmals langjährigen Erfahrungen profitieren. Eine weitere zentrale landesweite Informationsveranstaltung unter Beteiligung des neuen NRW-Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann war für Februar 2018 geplant.

Förderprogramm der Robert-Bosch-Stiftung zur interkulturellen Gesundheitsversorgung: Projekt „Operation Team – Interprofessionelle Fortbildungen“

In Krankenhäusern und Arztpraxen gehört die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund längst zum Arbeitsalltag. Neben der Sprachbarriere sind auch die kulturellen, religiösen und lebensgeschichtlichen Unterschiede oft Hürden beim Zugang und bei der qualitativen Versorgung im deutschen Gesundheitssystem. Durch den zusätzlichen Strom der Flüchtlinge nach Deutschland hat sich die Situation zur Sicherstellung einer kultursensiblen Gesundheitsversorgung in den letzten zwei bis drei Jahren eher verschärft.

Evident ist, dass kulturelle Unterschiede oft zur Ungleichversorgung im Gesundheitswesen führen und das deutsche Gesundheitssystem in vielen Bereichen nicht auf die Herausforderungen und Besonderheiten des Umgangs mit Menschen aus anderen Ländern, Kulturen oder Ethnien eingerichtet ist. Zudem sind die im Gesundheitswesen Tätigen wie z. B. im ärztlichen und pflegerischen Bereich oder in anderen Gesundheitsberufen oft im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen überfordert.

Um eine kultursensible Patientenversorgung professionsübergreifend gewährleisten zu können, müssen die Mitarbeiter aller Berufsgruppen sensibilisiert, geschult und Maßnahmen zur kulturellen Öffnung etabliert werden. Vor diesem Hintergrund hat die Robert-Bosch-Stiftung das Förderprogramm „Operation

Team – Interprofessionelle Fortbildungen“ mit dem Schwerpunkt auf interkulturelle Gesundheitsversorgung aufgelegt. Im Rahmen dieses Projekts sollen interkulturelle Ansätze und gleichzeitig interprofessionelle Prinzipien für den Fortbildungsbereich entwickelt und Einfluss auf die nachhaltige Verankerung in den Fortbildungskatalogen genommen werden.

Von der Robert-Bosch-Stiftung ist vorgesehen, bis zu 15 Projekte in die Förderung aufzunehmen, die diese Perspektiven in gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen für unterschiedliche Berufsgruppen aufgreifen, und damit die interprofessionelle und interkulturelle Kooperation der Gesundheitsberufe weiterzuentwickeln.

Dem Projektantrag zur Teilnahme an diesem Förderprogramm, der federführend von der Ärztekammer Nordrhein in Kooperation mit der ÄKWL und dem Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke gestellt wurde und durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO), das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), die Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL (Ärztekammer Westfalen-Lippe) und die KVWL (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe), den Verband medizinischer Fachberufe e. V. (MFA), den Pflegerat NRW, der Zahnärztekammer Nordrhein sowie die KGNW unterstützt

wurde, wurde von der Robert-Bosch-Stiftung zugestimmt.

Unter Mitwirkung der KGNW werden von den beteiligten Institutionen professionsübergreifende Schulungsmaßnahmen entwickelt, um die Hemmschwelle für den kollegialen und interprofessionellen Austausch zu senken und mögliche Fehlerquellen zu reduzieren. Weiterhin sollen die Maßnahmen dazu beitragen, die Arbeitszufriedenheit der beteiligten

Berufsgruppen und die Qualität der Patientenversorgung zu steigern sowie die Entwicklung interprofessioneller Teams zu fördern.

Bei erfolgreichem Abschluss des Projektes ist geplant, die erarbeiteten Schulungsmodule und Erfahrungen besonders über die beteiligten Institutionen zu verbreiten und interessierten Regionen und Institutionen zur Verfügung zu stellen und so die regionale Verbreitung zu fördern.

Treffen für griechische Ärztinnen und Ärzte

Im Rahmen der im November 2012 begonnenen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen NRW und Nordgriechenland hat die landesweite Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW/docjobs-nrw“ am 07.06.2017 im Klinikum Dortmund diesen Ärztinnen und Ärzten in NRW mit einem zweiten gemeinsamen Treffen eine Kommunikationsplattform zu einem Meinungs- und Erfahrungsaustausch geboten. Grundlage der KGNW-Beteiligung an diesen Aktivitäten ist der Beschluss des KGNW-Vorstands vom 24.03.2011, in dem sich der Vorstand der KGNW für eine aktive Mitwirkung der KGNW an der weiteren Umsetzung der landesweiten Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW/docjobs-nrw“ – unter Einbeziehung der interessierten nordrhein-westfälischen Krankenhäuser – in Griechenland ausgesprochen hatte.

Um den gemeinsamen Dialog zu fördern, führten die Beteiligten an der landesweiten Initiative www.docjobs-nrw.de, die vom Gesundheitsministerium des Landes NRW, vom

Landeszentrum Gesundheit NRW, von den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie der KGNW getragen wird, mit diesem Treffen die bereits vor drei Jahren mit einer ersten Veranstaltung für griechische Ärztinnen und Ärzte begonnene Einladung fort. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde in Dortmund die Gelegenheit geboten, weitere Kontakte zu knüpfen, die dazu beitragen, dass gerade neu angekommene griechische Ärztinnen und Ärzte sich in Nordrhein-Westfalen wohl und gut aufgehoben fühlen. Die Beteiligten wurden von den Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Herrn Dr. Theodor Windhorst, und der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke gemeinsam mit der Staatssekretärin im nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium, Martina Hoffmann-Badache, dem griechischen Generalkonsul in Düsseldorf, Grigorios Delavekouras, dem Vorstandsmitglied der Ärztekammer Thessaloniki, Dr. Tsamis und KGNW-Präsident Jochen Brink sowie dem Geschäftsführer des Klinikum Westfalen Andreas Schlüter persönlich

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

übernahm die Moderation der Veranstaltung, die mit einem gemeinsamen Erfahrungsaustausch und einem Imbiss endete.

Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland: Ergebnisse der Umfrage zum Triple-Win-Projekt für philippinische Pflegekräfte

In der Sitzung des Vorstandes am 16.03.2017 berichtete die KGNW vor dem Hintergrund der Vielzahl von offenen Stellen und fehlendem qualifizierten Pflegepersonal über die Planungen eines neuen Triple-Win-Projekts der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Gewinnung von Pflegekräften aus den Philippinen. Das Projekt wurde in der Vorstandssitzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 29.11.2016 durch die Zentrale Ausland- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (BA) und die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) vorgestellt. Das Projekt bezieht sich ausschließlich auf Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger.

Von der KGNW wurde darauf hingewiesen, dass die DKG die Landeskrankengesellschaften im Zuge der Umsetzung des Projekts gebeten habe, den Bedarf an philippinischen Pflegekräften in den deutschen Krankenhäusern näher zu bestimmen und eine Umfrage bei den Kliniken durchzuführen. In der KGNW-Vorstandssitzung wurde vorgeschlagen, die Umfrage durch die Spitzenverbände der KGNW durchzuführen.

Im Ergebnis zeigte die Umfrage der Spitzenverbände, dass sich konkret vier Kliniken an diesem Projekt beteiligen möchten und mittel- und langfristig insgesamt 90 Pflegekräfte benötigen, wobei von einem Krankenhaus die angegebene Anzahl von benötigten Pflegekräften bereits als offene Stellen der örtlichen Agentur für Arbeit gemeldet wurden. Die an einer Teilnahme am Projekt interessierten Krankenhäuser wurden – wie von der DKG mit der GIZ und der ZAV vereinbart – den Koordinatorinnen des Projekts bei der Bundesagentur für Arbeit zur weiteren Umsetzung gemeldet.

Rückgemeldet wurde außerdem, dass ein Träger sich bereits an dem laufenden Projekt, mit dem u. a. Pflegekräfte aus Serbien und Bosnien vermittelt werden, beteiligt. Hier wurde ausdrücklich die gute und reibungslose Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit betont und weiterempfohlen. Das Krankenhaus habe sich allerdings bewusst für Personen aus dem europäischen Ausland entschieden, da die Integration von nicht europäischen Pflegekräften als große Herausforderung betrachtet wird.

Als Stimmungsbild wurde ebenfalls übermittelt, dass einige Träger keinen Bedarf einer Beteiligung an einem solchen Projekt sehen, da sie derzeit die offenen Stellen noch recht unproblematisch wiederbesetzen können. Weitere Kliniken äußerten sich jedoch auch durchaus kritisch zu dem geplanten Projekt. Hier habe die Erfahrung mit einer großen Anzahl von Ärzten aus dem Ausland gezeigt, dass es für die Patienten oft schwierig sei, einen ver-

trauensvollen Kontakt zu ihnen aufzubauen. Dies wollen diese Häuser im Pflegebereich nicht wiederholen. Insgesamt wird der Aufwand für die Einarbeitung, die Begleitung im Anerkennungsverfahren und die Wohnraumbeschaffung als zu hoch bewertet. Es wird sinnvoller erachtet, in Nordrhein-Westfalen in eine ausreichende Anzahl von gut qualifizierten Pflegekräfte zu investieren und diese selbst auszubilden.

Internationales

Kommission „Europa und internationales Krankenhauswesen“ auf Studienreise

Mitglieder der DKG-Kommission „Europa und internationales Krankenhauswesen“ und Mitglieder des DKG-Vorstands unter Beteiligung von KGNW-Kommissionsmitglied Lothar Kratz, Referatsleiter für Politik, Presse, PR, informierten sich vom 20.09. bis 22.09.2017 auf einer dreitägigen Studienreise in Frankreich über die französische Krankenhausstrukturreform und die gleichzeitig durchgeführte umfassende Gebietsreform, in deren Folge die Versorgungsstrukturen neu organisiert werden mussten.

Im Fokus des Studieninteresses lag vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen in Deutschland auch die Organisation der Rettungsdienste im ländlichen Raum in Frankreich.

In Paris informierten Vertreter nationaler Organisationen wie der französischen Krankenhausgesellschaft (FHF), des französischen Gesundheitsministeriums, der obersten Gesundheitsbehörde (HAS) sowie Vertreter der Krankenversicherungen die Delegationsteilnehmer über das französische Gesundheits- und Krankenhaussystem mit dem Schwerpunkt auf die Auswirkungen der Krankenhausstrukturreform. Nach den Gesprächen in der französischen Hauptstadt standen im zweiten Teil der Informationsreise in Besançon in der Region Bourgogne/Franche-Comté neben der Besichtigung des dortigen Universitätskrankenhauses mit Gesprächen mit Vertretern der neuen regionalen Gesundheitsagentur („Agences régionales de santé“, ARS) die Besichtigung der neuen Rettungsdienststelle auf dem Programm. Nach der letzten Gebietsreform waren in der eher ländlich geprägten Region auch die Rettungsdienststrukturen neu geschaffen worden.

G+G-Studienreise nach Dänemark

Der Umbau der Krankenhauslandschaft, die Notfallversorgung und die Digitalisierung des Gesundheits- und Krankenhauswesens standen als zentrale Themen im Mittelpunkt der Studienreise vom 12.06. bis 14.06.2017 nach Dänemark, die von Mitarbeitern der Zeitschrift „Gesundheit und Gesellschaft (G+G)“ der Kompart-Verlagsgesellschaft der AOK organisiert und durchgeführt wurde und an der von Seiten der KGNW Lothar Kratz, Referatsleiter für Politik, Presse, PR, teilnahm. Neben dem Vorsitzenden des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Prof. Dr. Ferdinand Gerlach und weiteren Mitgliedern des SVR nahmen auch Vertreter der DKG und anderer Landeskrankenhausgesellschaften sowie der AOK-Landesverbände an der Studienreise teil.

Drei Tage hatten die Teilnehmer in Kopenhagen und Umgebung Gelegenheit, sich aus

erster Hand über die auch in Deutschland viel beachtete dänische Krankenhauspolitik zu informieren. Experten aus dem dänischen Gesundheitsministerium, Krankenhausmanager, Mediziner und E-Health-Profis lieferten Einblicke in die gesundheitspolitische Strategie der dänischen Regierung, in die praktische Umsetzung der Gesundheits- und Klinikreform vor Ort sowie in die Strukturen des Notfallmanagements und der elektronischen Vernetzung. Ein Bild von der Kooperation von Ärzten und Pflegekräften in dänischen Krankenhäusern und der konsequenten Umsetzung einer E-Health-Strategie mit den Auswirkungen für Patienten, Ärzte und Pflegekräfte konnten sich die Teilnehmer bei Besuchen im Krankenhaus des Kopenhagener Vororts Hvidovre und im Bispebjerg Hospital im Zentrum von Kopenhagen machen.

KG NW-FORUM 2017



Zentrale Themen des KGNW-Forums am 05.12.2017 in Neuss waren die nachhaltige bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in NRW, die ambulante Notfallbehandlung und die sektorenübergreifende Versorgung.

Die Teilnehmer des KGNW-Forums 2017 am 05.12.2017 im swissôtel Düsseldorf/Neuss beschäftigten sich mit der zentralen Frage: Wie gestalten wir die Zukunft der Krankenhausversorgung?

Im Detail diskutierten die Referenten über folgende Themen: Kommt das Land endlich seiner Verpflichtung einer bedarfsgerechten Investitionsfinanzierung nach? Wie geht es mit der ambulanten Notfallbehandlung und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit weiter? Welche Chancen bietet die Digitalisierung und wie kommt der Nutzen schneller bei

Patienten und Mitarbeitern an? Personaluntergrenzen und Fachkräftemangel – wie kann das funktionieren?

Unter den Referenten war der neue Minister für Arbeit und Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Karl-Josef Laumann, der seine Vorstellungen zur Zukunft der Patientenversorgung in Nordrhein-Westfalen vorstellte. Die KGNW-Mitglieder appellierten: „Wir brauchen von der Landesregierung eine verlässliche und transparente Aussage darüber, wie sie das Problem der anerkannten Förderlücke bei den Krankenhausinvestitionen in den



Prominenter Gast beim KGNW-Forum 2017: der neue NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann.

nächsten Jahren lösen will. Eine Debatte über Strukturen und einen neuen Krankenhausplan darf hiervon nicht ablenken“, erklärte Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, bei der Mitgliederversammlung der 348 NRW-Kliniken in Neuss. Auf dem Podium vormittags diskutierten Roman Lovenfoss-Gehrt, Vizepräsident der KGNW, Günter van Aalst, Leiter der TK-Landesvertretung, Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer, Wolfgang Cremer von verdi NRW sowie Prof. Dr. Reinhold Haux über das Spannungsfeld „Personaluntergren-

zen und Fachkräftemangel“. Ein weiteres Thema war die gesundheitspolitische Agenda in Nordrhein-Westfalen – und was kommt vom Bund? NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann und Heike Gebhard, MdL (SPD), Vorsitzende des Ausschusses Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW, stellten sich den Fragen der Leistungsträger und Selbstverwaltungspartner: Dr. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Jochen Brink, Präsident der KGNW und Matthias Mohrmann, AOK-Vorstandsmitglied.

Finanzen, Personal und Organisation

Schiedsstellen nach §§ 18, 18a KHG

Vor der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe waren

- 2017 insgesamt 19 Verfahren aus den Jahren 2016 und 2017 anhängig,
- davon wurden 14 Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen,
- ein Verfahren konnte durch Vergleich der Parteien vor der Schiedsstelle abgeschlossen werden,
- ein Verfahren wurde durch Rücknahme beendet,
- drei Verfahren konnten bisher nicht zum Abschluss gebracht werden (davon wurde ein Verfahren zur mündlichen Verhandlung zum Jahresende 2017 sowie ein Verfahren zur mündlichen Verhandlung zum Jahresanfang 2018 terminiert).

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

- 2017 insgesamt 13 Verfahren aus den Jahren 2014 bis 2017 anhängig,
- davon wurden sieben Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen,
- in einem Verfahren erfolgte die Rücknahme des Antrages nach vorangegangenem Auflagenbeschluss,
- ein Verfahren endete aufgrund eines Vergleichsvorschlages der Schiedsstelle,
- zwei Verfahren wurden durch Rücknahme nach vorangegangenem Vergleich der

Parteien im Rahmen einer Schiedsstellensitzung beendet,

- zwei Verfahren konnten bisher noch nicht abgeschlossen werden (davon wurde bisher ein Verfahren zum Jahresanfang 2018 zur mündlichen Verhandlung terminiert).

Die überwiegende Anzahl der 2017 bei der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe abgeschlossenen Verfahren bezieht sich auf die strittige Gewährung von Mehrleistungsabschlägen für vorangegangene Entgeltzeiträume. Streitgegenstand war hier jeweils die Frage der Verfassungswidrigkeit der anzuwendenden Regelung des § 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntG.

Bei den bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland abgeschlossenen Verfahren stellten wesentliche Streitpunkte die Problematik hinsichtlich der Gewährung von Zuschlägen für Zentren (Kinderonkologie, Erwachsenenonkologie, Neonatologie), die Abrechenbarkeit von NUB-Leistungen sowie auch in mehreren Verfahren die Gewährung von Mehrleistungsabschlägen dar.

Darüber hinaus war bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland der KGNW-seitig gestellte Antrag auf Festsetzung des landesweit geltenden Basisfallwertes 2017 für Nordrhein-Westfalen anhängig. Nach mündlicher Verhandlung und ergangenem Auflagenbeschluss der Schiedsstelle verständigten sich die Parteien nach weiteren Verhandlungen außerhalb der Schiedsstelle über die Höhe des Landesbasisfallwertes 2017.

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Gemäß 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 270 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31.12.2017). Insgesamt vertritt die KGNW 335 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
Lenastraße 41
40470 Düsseldorf
(bis 27.09.2017)

Diakonisches Werk der Ev. Kirche
von Westfalen
Landesverband der Inneren Mission e. V.
Friesenring 34
48147 Münster
(bis 27.09.2017)

Diakonisches Werk
Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.
Geschäftsstelle Düsseldorf
Lenastraße 41
40470 Düsseldorf
(ab 27.09.2017)

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 Kultur und
Wissenschaft des Landes
Nordrhein-Westfalen
Völklinger Straße 49
40221 Düsseldorf

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

Städtetag Nordrhein-Westfalen
Lindenallee 13–17
50968 Köln

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

Mitgliederversammlung

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

- a) Änderung der Satzung
- b) Festlegung der Grundsätze für die Arbeit der Gesellschaft sowie Entscheidung über Grundsatzfragen
- c) Wahl des Präsidenten und von zwei Vizepräsidenten gem. § 9 Abs. 4 der Satzung

d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gem. § 9 Abs. 3 der Satzung

e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gem. § 11 der Satzung

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

g) Genehmigung des Wirtschaftsplans

h) Genehmigung der Jahresrechnung

i) Entgegennahme des Geschäftsberichtes

j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| k) Bestellung der Rechnungsprüfer | Die Mitgliederversammlung wird vom Präsidenten nach Bedarf, mindestens einmal im Jahr, einberufen. Im Berichtszeitraum fand folgende Sitzung statt: |
| l) Wahrnehmung der von der an die Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben | |
| m) Auflösung der Gesellschaft | 05.12.2017 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 gGmbH

1. Vizepräsident:

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

2. Vizepräsident:

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach
(bis 30.06.2017)

Geschäftsführer Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
(ab 01.07.2017)

Von den Einzelmitgliedern gewählte Mitglieder:

Geschäftsführer Dr. Dirk Albrecht
Contilia GmbH, Essen

Vorstandsvorsitzender Dr. Olaf Bornemeier
Mühlenkreiskliniken (AöR), Minden
(ab 05.12.2017)

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

Vorstand Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford
(bis 30.04.2017)

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach
(bis 30.06.2017)

Geschäftsführer Hermann Gemke
Kreisklinikum Mechernich GmbH
(ab 05.12.2017)

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 gGmbH

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
Evangelisches Krankenhaus
St. Johannisstift, Paderborn

Geschäftsführer Rainer Rabsahl
Evangelisches Krankenhaus Wesel GmbH

Geschäftsführer Andreas Schlüter
Klinikum Westfalen GmbH, Dortmund

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

Kaufm. Direktor Günter Zwilling
Universitätsklinikum Köln

**Von den Verbandsmitgliedern benannte
Mitglieder:**

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

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

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

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

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

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

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

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

Hauptreferent Dr. Matthias Menzel
Städte- und Gemeindebund NRW,
Düsseldorf

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

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

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

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

Hauptreferentin Andrea Vontz-Liesegang
Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln

LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland, Köln

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

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

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, Düsseldorf

Sitzungen:

17.01.2017 in Düsseldorf (Sondersitzung)
16.03.2017 in Düsseldorf
30.05.2017 in Düsseldorf
27.09.2017 in Düsseldorf
23.11.2017 in Düsseldorf

Präsidium

Zu den Aufgaben des Präsidiums heißt es in der Satzung der KGNW unter § 10 Abs. 1: „Das Präsidium hat den Vorstand in der Erfüllung seiner Aufgaben durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, insbesondere durch Vorbereitung der Vorstandssitzungen, zu unterstützen. Es hat dafür zu sorgen, dass die Arbeit der Gesellschaft nach den Bestimmungen der Satzung und den Beschlüssen des Vorstandes sowie der Mitgliederversammlung durchgeführt wird. Ferner wählt das Präsidium auf Vorschlag des Geschäftsführers die Hauptreferenten der Geschäftsstelle aus. Darüber hinaus kann das Präsidium anstelle des Vorstands in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist dem Vorstand unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Vorstandsmitglieds sind sie auf der nächsten Vorstandssitzung erneut zu behandeln.“

Dem Präsidium gehörten im Berichtszeitraum an:

Präsident

Geschäftsführer Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus Lippstadt

1. Vizepräsident

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

2. Vizepräsident

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach
(bis 30.06.2017)

Geschäftsführer Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
(ab 01.07.2017)

Geschäftsführendes Präsidialmitglied

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Beisitzer:

Vorstand Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford (bis 30.04.2017)

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:

16.03.2017 in Düsseldorf
30.05.2017 in Düsseldorf
27.09.2017 in Düsseldorf
23.11.2017 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, Düsseldorf

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, Duisburg

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 gewählte stellvertretende 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
Evangelisches Krankenhaus
Bergisch Gladbach

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

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

Kaufm. Geschäftsführer
Dr. Günter Peters
Märkische Kliniken GmbH
(bis 29.05.2017)

Geschäftsführer
Dr. Johannes Hütte
Klinikum Lippe GmbH, Detmold,
AG der kommunalen Spitzenverbände NRW
(ab 30.05.2017)

Sitzungen:

01.03.2017 in Düsseldorf
16.05.2017 in Düsseldorf
02.06.2017 in Düsseldorf (Sondersitzung)
20.09.2017 in Düsseldorf
08.11.2017 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“

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

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

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Diakonisches Werk
Rheinland-Westfalen-Lippe e. V., Düsseldorf

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband
Rheinland e. V., Köln

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

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

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland und
Ostwestfalen, Münster

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

Sitzungen:

24.01.2017 in Düsseldorf

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

Stellvertretender Geschäftsführer
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:**

Geschäftsführer Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus
Lippstadt gGmbH

Vorstand. Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford
(bis 09.02.2017)

Vorstandsvorsitzender Dieter Kesper
Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria, Köln

Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus GmbH,
Bergisch Gladbach (bis 30.08.2017)

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

Geschäftsführer Wolfgang Müller
Vestische Caritas-Kliniken GmbH

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

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

Geschäftsführer Ralf Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich,
St. Elisabeth

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef-Krankenhaus GmbH, Moers

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Michael Wermker
Evangelisches Krankenhaus Hamm GmbH

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Kliniken im Märkischen
Kreis gGmbH

b) Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

Bereichsleiter Peter Brüssel

Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln e. V.

Michael van Brederode

Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Alexander Spernau

Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen e. V.

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn

Diakonisches Werk

Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.

Elke Held

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Dr. Christian Hoppenheit

Ministerium für Kultur und Wissenschaft
des Landes Nordrhein-Westfalen

Tapio Knüvener

Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Oliver Lohr

Caritasverband für das Erzbistum

Paderborn e. V.

Vorsitzender der Geschäftsführung

Rudolf Mintrop

Städtetag Nordrhein-Westfalen

Thomas Profazi

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Geschäftsführer Dr. Johannes Hütte

Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Norbert Vongehr

Städte- und Gemeindebund

Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Harald Wohlfarth

Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsbereichsleiterin Katharina Benner

Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Axel Bremecke

Diakonisches Werk

Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.

Dr.. Gaby Bruchmann

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

(bis 30.08.2017)

Rainer Dräger

Diakonisches Werk

Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.

Hauptreferent Horst Gerbrand

Städte- und Gemeindebund

Nordrhein-Westfalen

Ekkehard Zimmer

Ministerium für Kultur und Wissenschaft

des Landes Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg

Verband der Privatkliniken

Nordrhein-Westfalen e. V.

Nadine Katrin Gertzen
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.

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

Beigeordneter Dr. Christian von Kraack
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(bis 30.08.2017)

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

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**

Geschäftsführer Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln GmbH

Landesrat 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 Kranken-
häuser Münsterland und Ostwestfalen e. V.,
Münster

Sitzungen:

09.02.2017 in Düsseldorf

30.08.2017 in Düsseldorf

07.11.2017 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe
„Psychiatrieplanung“ der KGNW**

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland, Köln

Oliver Gondolatsch
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Diakonisches Werk
Rheinland-Westfalen-Lippe e. V., Düsseldorf

Axel Bremecke
Diakonisches Werk
Rheinland-Westfalen-Lippe e. V., Düsseldorf

Rechtsanwalt Oliver Lohr
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Paderborn

Dr. Helmut Middeke
Klinikum Lippe-Lemgo

Landesrat Prof. Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Dr. Gaby Bruchmann
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Abteilungsleiter 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

Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Sitzungen:
keine

Fachausschuss für Krankenhausorganisation

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

Stellvertretender Vorsitzender:
Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:
Kaufm. Direktor Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

Tim Bacher
Evangelisches und Johanniter Klinikum
Niederrhein gGmbH, Duisburg

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

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

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

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland
(bis 31.03.2017)

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

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

Hans Peter Klaus
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf

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

Geschäftsführer Dr. Guido Lerzynski
GFO Kliniken Rhein-Berg,
Vinzenz Pallotti Hospital Bensberg,
Bergisch Gladbach
(ab 01.08.2017)

Dr. Ulrike Möller-Bierth
Landschaftsverband Rheinland, Köln
(ab 27.09.2017)

Moritz Quiske
Malteser Deutschland gGmbH

Geschäftsführer Andreas Schlüter
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Klaus Stahl
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

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

Annette Uentrup
Caritasverband für das Bistum Münster e. V.

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

Sitzungen:

14.02.2017 in Düsseldorf
06.07.2017 in Düsseldorf
06.11.2017 in Düsseldorf

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

Vorsitzender:
N. N.

Mitglieder:
Helmut Ahrweiler
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Klaus Armonies
St.-Josef-Krankenhaus Moers GmbH
(ab 06.07.2017)

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:

25.01.2017 in Düsseldorf
23.06.2017 in Düsseldorf
18.10.2017 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

Ulrich Erdbories
Josephs-Hospital Warendorf
(ab 06.07.2017)

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

Yvonne Henn
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH
(bis 23.01.2017)

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 e. V.
(bis 31.12.2017)

Monika Rimbach-Schurig
WissensKonsil, Alfter

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

Katrin Stapenhorst
Christophorus-Kliniken GmbH,
Coesfeld, Dülmen, Notuln

Dipl.-Wirt.-Ing. Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth
Universitätsklinikum Düsseldorf

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

Sitzungen:

24.01.2017 in Düsseldorf

23.05.2017 in Düsseldorf

13.09.2017 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

Heinz Koopmann-Horn
Sana IT Services GmbH, Remscheid

Frank Kriege
Contilia GmbH, Essen

Andreas Lockau
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Volker Lowitsch
Universitätsklinikum Aachen

Stephan Meiritz
Katholische Kliniken Emscher-Lippe GmbH,
Gelsenkirchen

Thomas Prumbaum
Klinikum Dortmund gGmbH

Dr. Klaus Retter
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
gGmbH Krankenanstalten Gilead

Georg Richartz
St. Barbara-Klinik Hamm GmbH

Kay Siercks
HELIOS Klinikum Krefeld

Andreas Tholen
Katholische Kliniken Emscher-Lippe GmbH,
Gladbeck

Andreas Weitzel
Kliniken Essen-Mitte

Sitzungen:

01.02.2017 in Düsseldorf

09.05.2017 in Düsseldorf

11.09.2017 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „QR-Check“

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

Dr. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Dr. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Dr. Patrick Fränkel
Universitätsklinikum Aachen

Robert Gruber
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

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
Südwestfalen e. V., Iserlohn

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

Jörg Kühn
Krankenhauszweckverband
Rheinland e. V., Köln

Stefan Leiendecker
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH

Dr. Guido Lerzynski
GFO Kliniken Rhein-Berg,
Vinzenz Pallotti Hospital Bensberg,
Bergisch Gladbach

Dr. Peter Merguet
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Dr. Peter Merguet
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Med. Geschäftsführer Dr. Andreas Sander
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Dipl.-Wirt.-Ing. Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Sitzungen:
keine

Fachausschuss für Personalwesen

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

Mitglieder:
Rainer Dräger
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.
(bis 16.01.2017)

Volker Gläser
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Jan Großkopf
Städtetag Nordrhein-Westfalen
Personalleiter David Heller
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(bis 31.12.2017)

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

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.

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

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

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

Landesverw.-Direktor Martin Skorzak
Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
Münster

Jörn Suermann
Caritasverband für die Diözese
Münster e. V.

Kaufmännischer Direktor
Jörg Wegener
Verband der Privatkliniken NRW e. V.
(bis 30.04.2017)

Noemi Wulff
Landschaftsverband Rheinland, Köln

Sitzungen:

10.05.2017 in Düsseldorf

07.09.2017 in Düsseldorf

17.11.2017 in Düsseldorf

Landesausschuss für Krankenhausplanung

Zur Erarbeitung insbesondere von Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben des Landeskrankenhausesplans 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

Geschäftsführer Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus
Lippstadt gGmbH

Geschäftsführer Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln GmbH

Geschäftsführer Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

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

Stellvertretende Mitglieder für die KGNW:

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

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, Düsseldorf

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen, Düsseldorf

**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:

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

Landesrätin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland, Düsseldorf

Sitzung:
15.11.2017

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 Verbandsmitglieder bezeichnet) angehören. Spitzenverbände sind die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenverbände

der freien Wohlfahrtspflege und der Landesverband der Privatkrankenanstalten.

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

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitglieder

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

- (2) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Gesellschaft bei der Erfüllung ihrer 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 Land 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 Falle 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. Euro des nach Abs. 4 gemeldeten Budgets (Erlöse aus Pflegesätzen, vor- und nachstationärer Behandlung sowie Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz). Die Höchstzahl beträgt fünf Stimmen je Krankenhaus.

Der auf jedes Verbandsmitglied gem. § 3 Abs. 1 2. Halbsatz entfallende Stimmenanteil ergibt sich aus dem Verhältnis der Summe der Stimmrechte der dem jeweiligen Verband angeschlossenen Einzelmitglieder zu der Summe der Stimmrechte aller verbandsangehörigen Einzelmitglieder. Die Summe der auf die Verbandsmitglieder entfallenden Stimmenanteile bildet 25 v. H. des Gesamtstimmrechts.

- (4) Die Einzelmitglieder haben bis zum 30.09. 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 Dritteln der abgegebenen Stimmen. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die vom Beschluss abweichende Auffassung eines Mitglieds ist auf dessen Antrag in die Sitzungsniederschrift aufzunehmen. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Vorstandsmitglieder anwesend ist. Ist eine Angelegenheit wegen Beschlussunfähigkeit zurückgestellt worden und wird der Vorstand zur Verhandlung über denselben Gegenstand einberufen, so ist er ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig. Bei der zweiten Ladung muss auf diese Bestimmung ausdrücklich hingewiesen werden.
- (8) Die Beschlüsse der Vorstandssitzung sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.

(9) Auch ohne Sitzung der Mitglieder des Vorstands ist ein Beschluss gültig, wenn die nach der Satzung erforderliche Mehrheit der Mitglieder ihm innerhalb der ihnen vom Präsidenten oder in dessen Vertretung von einem Vizepräsidenten mitgeteilten Frist schriftlich zustimmt und nicht innerhalb dieser Frist von mindestens einem Vorstandsmitglied eine Sitzung beantragt wird.

§ 10 Präsidium

- (1) Das Präsidium hat den Vorstand in der Erfüllung seiner Aufgaben durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, insbesondere durch Vorbereitung der Vorstandssitzungen, zu unterstützen. Es hat dafür zu sorgen, dass die Arbeit der Gesellschaft nach den Bestimmungen der Satzung und den Beschlüssen des Vorstandes sowie der Mitgliederversammlung durchgeführt wird. Ferner wählt das Präsidium auf Vorschlag des Geschäftsführers die Hauptreferenten der Geschäftsstelle aus. Darüber hinaus kann das Präsidium anstelle des Vorstandes in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist dem Vorstand unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Vorstandsmitglieds sind sie auf der nächsten Vorstandssitzung erneut zu behandeln.
- (2) Dem Präsidium gehören der Präsident, die beiden Vizepräsidenten sowie bis zu fünf vom Vorstand aus dessen Mitte zu wählende Beisitzer an. Der Geschäftsführer gehört als geschäftsführendes Präsidialmitglied ohne Stimmrecht zusätzlich dem Präsidium an. Den Vorsitz führt der Präsident.
- (3) Das Präsidium ist Vorstand 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 Pflege-satzverhandlungen 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.

§ 12 Geschäftsführer

(1) Der Geschäftsführer führt die laufenden Geschäfte der Gesellschaft; er ge-

hört mit beratender Stimme dem Vorstand und dem Präsidium an.

(2) Der Geschäftsführer leitet die Geschäftsstelle und ist Vorgesetzter der Mitarbeiter. Zum Abschluss und zur Kündigung von Arbeitsverträgen ist er berechtigt.

(3) Im Rahmen des ihm zugewiesenen Geschäftsbereiches vertritt der Geschäftsführer die Gesellschaft (§ 30 BGB). Er ist insoweit alleinvertretungsberechtigt.

§ 13 Ausschüsse

(1) Zur Beratung von besonderen inhaltlichen oder regionalen Aufgabenstellungen kann der Vorstand im Rahmen seiner Zuständigkeit Ausschüsse bilden. Zu Sitzungen der Ausschüsse können Personen, die als besonders sachkundig anzusehen sind, bei Bedarf beratend hinzugezogen werden. An den Sitzungen der Ausschüsse nehmen Vertreter der Geschäftsstelle teil.

(2) Die Vorsitzenden der Ausschüsse berichten dem Vorstand über das Ergebnis der Beratungen; sie können an den Sitzungen des Vorstandes mit beratender Stimme teilnehmen.

§ 14 Geschäftsjahr, Haushalts- und Rechnungsführung

(1) Das Geschäftsjahr der Gesellschaft ist das Kalenderjahr.

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

§ 15 Auflösung

Bei Auflösung der Gesellschaft obliegt dem Präsidium die Liquidation. Im Falle 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 gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin
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 Gesundheitswesen	BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
ArbZG	Arbeitszeitgesetz	BQS	Institut für Qualität und Patientensicherheit
Art.	Artikel	BSG	Bundessozialgericht
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	BetrSichV	Betriebssicherheitsverordnung
AVB	allgemeine Vertragsbedingungen	BVerfG	Bundesverfassungsgericht
Az.	Aktenzeichen	BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BAG	Bundesarbeitsgericht	BZU	Bezugsgröße „Unterkunft“
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	bzw.	beziehungsweise

d. h.	das heißt	EKV	Bundesmantelvertrag- Ärzte/Ersatzkassen
DIMDI	Deutsches Institut für me- dizinische Dokumentation und Information	EPA	elektronische Patientenakte
DKG	Deutsche Krankenhaus- gesellschaft	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 Krankenhaus- verzeichnis	e. V.	eingetragener Verein
DMP	Disease Management Programm	EWG	Europäische Wirtschafts- gemeinschaft
DRG	Diagnosis Related Groups	FAQ	Frequently Asked Questions
DSO	Deutsche Stiftung Organ- spende	FPG	Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpau- schalengesetz)
eFA	elektronische Fallakte	FPV	Fallpauschalenver- einbarung
EG	Europäische Gemeinschaft	G-BA	Gemeinsamer Bundes- ausschuss
eGK	elektronische Gesundheits- karte	G-DRG	German Diagnosis Related Groups
EKR-NRW	Epidemiologisches Krebs- register NRW	gem.	gemäß

gematik	Gesellschaft für Telematik- anwendungen der Gesund- heitskarte mbH	InEK	Institut für das Entgelt- system im Krankenhaus gGmbH
ggf.	gegebenenfalls	Invfög	Investitionsförderungs- gesetz NRW
GKV	Gesetzliche Kranken- versicherung	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 Gesundheitswesen
GKV-WSG	Gesetz zur Weiterentwick- lung der Strukturreform in der gesetzlichen Kranken- versicherung	IPQ	Internet Portal Qualitäts- bericht
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 Bundes- vereinigung
HBA	Heilberufausweis	KFPV	Krankenhausfallpauscha- lenverordnung
HPC	Health Professional Card	KGNW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
HWG	Heilmittelwerbebesetz	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
ICD	Internationale Klassifika- tion der Krankheiten, Verletzungen und Todes- ursachen	KHStatV	Krankenhausstatistik- verordnung
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		

Geschäftsführer der KGNW
 – Geschäftsführendes Präsidiummitglied –
Rechtsanwalt Matthias Blum

Geschäftsbereich I

Sekretaria/Mitgliederverwaltung
 Dorothea Grabhorn

Telefondurchwahl
 -50/51

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

Sekretariat
 N. N.

- DKG-Haushaltsausschuss
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Bundesgeschäftsstelle
- Landesgeschäftsleitertagung
- Landesausschuss für Krankenhausplanung
- Landesgesundheitskonferenz
- Landespflegegesetzsausschuss

Geschäftsbereich II

Telefondurchwahl

- Hauptausschuss der KGNW
- Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV
- DKG Fachausschuss Recht und Verträge

• Schiedsstellen nach § 114, SGB V und § 18a KHG
 • Gemeinsamer Bundesausschuss
 • Bundesschiedsstelle

Politik, PR und Presse

Referatsleiter
 Lothar Katz

Referentinnen
 Ass. jur. Sandra Felsken
 Dipl.-Pol. Mirko Milinewitsch

Sekretariat
 Anke Fröhlich

Themen
 – Gesundheitspolitik
 – Landesgesundheitskonferenz
 – Kontaktpflege zu den Landtagsfraktionen, Landesministerien und zu den Institutionen der Selbstverwaltung
 – Grundsatzfragen des Krankenhauswesens
 – Kampagnenplanung
 – Pressestelle
 – Publikationen
 – Veranstaltungsmanagement
 – Internetredaktion, Newsletter
 – Europäisches Krankenhauswesen
 – AG-Ausländische Ärzte
 – DKG, Kommission Europa und internationales Krankenhauswesen

Telefondurchwahl
 -70

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

Referatsleiter
 Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer

Referenten
 Dipl.-Wirtschaftsmath. Robert Falber
 Dipl.-Inform. Med. Klaus Kalkreuter
 Dipl.-Geograf Nico Renke
 M. Sc. Med. Informatik Jakob Scholz
 Nico Binkkötter, B. Sc. eHealth
 Lea Sanktewitsch, B. A. Politikwissenschaft

Sachbearbeitung/Datenverarbeitung
 Betriebswirtin (WWA) Astrid Stiller

Sekretariat
 Beate Luter mann
 Natalie Findler

Themen
 – Qualitätssicherung, Zertifizierung
 – Arzneimittelwesen, Blutversorgung, -produkte, Gefährstoffe, Gefährgüter
 – Rettungsdienst
 – Krankenhaustechnik, Medizinprodukte, Arbeitssicherheit
 – Umweltschutz, Abfallwirtschaft, Krankenhaushygiene
 – IT im Krankenhaus: Internet, Multimedia, Telemedizin, Datenschutz und -sicherheit, Datenübermittlung, Krankenhausvergleiche, Statistik
 – Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte
 – Interne IT-Betreuung
 – Gremienbetreuung
 Fachausschuss für Krankenhausorganisation der KGNW
 Kommission Umweltschutz im Krankenhaus der KGNW
 Kommission Qualitätsmanagement der KGNW
 Kommission IT im Krankenhaus der KGNW
 – DKG:
 Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
 Fachausschuss für Dateninformation und -kommunikation
 Kommission Qualitätssicherung
 AG-Organispende

Teil-Durchwahl
 -20
 -22
 -23
 -26
 -25
 -27
 -28
 -24
 -21
 -28

Medizin

Referatsleiter
 Dr. med. Peter-Johann May M. A.

Referentin
 Dr. med. Miriam Böttgeboest
 Dipl.-Pflegewirt (FH) Christian Book

Sekretariat
 Beate Luter mann
 Natalie Findler

Themen
 – Verbandspezifische medizinische Fragestellungen zu: Krankenhausfinanzierung/-planung
 Qualitätssicherung
 Pflege
 Disease-Management-Programmen
 Dokumentationsmethoden
 Versorgungsstrukturen und -prozesse im Gesundheitswesen
 – Sonderaufgaben
 – Gremienbetreuung:
 – DKG:
 Medizinischer Beirat der KGNW
 Fachausschuss für Medizin
 Kommission Hygiene
 Kommission Organpende
 Kommission Psychiatrie
 Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
 – Gemeinsamer Bundesausschuss:
 Unterausschuss Ambulante spezialärztliche Versorgung

Telefondurchwahl
 -30
 -32
 -33
 -21
 -28

Finanzierung/Planung

Referatsleiter
 Rechtsanwält. Richard Kösters

Referenten
 Dipl.-Kaufm. Ursula Femholz-Grafle
 Dipl.-Ges.-Öcon. (FH) Thomas Specker
 Alexander Schrahe, M. Sc. HCM
 Annette Noll, M. Sc. HCM

Sekretariat
 Yvonne Bergmann

Themen
 – Krankenhausfinanzierung:
 Pflegegesetzfragen
 Bundespflegesatzverordnung
 Krankenhausentgeltgesetz
 Abrechnungsfragen
 Neue Leistungs- und Entgeltformen
 Integrierte Versorgung
 Wirtschaftlichkeitsfragen im Krankenhaus
 Landesbasisärztwert
 Vereinbarung landesweiter Entgelte
 Leistungs- und Kostenaufstellung
 – Krankenhausplanung und -förderung:
 Landeskrankenhausplanung
 Pauschalförderung
 Einzelförderung
 – Disease-Management-Programme
 – Ausgleichsfonds gem. § 17a KHG
 – Finanzierung spezieller Leistungen
 Sozialpädiatrische Zentren
 Pathologie
 Helmholtz
 – Gebührenerhöhungen
 – Gremienbetreuung
 Fachausschuss für Planung und Förderung der KGNW
 Arbeitsgruppe Helmholtzvertrag
 – DKG:
 Kommission Leistungsentgelte

Telefondurchwahl
 -10
 -14
 -13
 -12
 -47
 -11

Recht und Personal

Referatsleiter
 Rechtsanwält. Thorsten Gansse

Referenten
 Rechtsanwält. Joachim Klöhn
 Ass. jur. Katharina Hüßner
 Rechtsanwältin Kristina Schwarz

Sekretariat
 Anna Korth

Themen
 – Rechts- und Vertragswesen
 Rechtsberatung der Mitgliedsverbände/Krankenhaus
 K-HentG, BPrIV, FPV und Sozialrecht (SGB, RVO etc.)
 Belegarzt und Konsiliararzt
 Kooperationsverträge
 Allgemeines Wirtschaftsrecht
 Steuerrecht
 Allgemeine Vertragsbedingungen und Haftungsrecht
 Auswertung Rechtsprechung
 – Personalwesen im Krankenhaus
 Grundsatzfragen zum Arbeitsrecht
 Aus-, Weiter- und Fortbildung
 Ausbildungsstätten
 Ärztliches Berufsrecht
 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
 – Bundes- und Landesverträge sowie
 Rahmenempfehlungen
 – Gremienbetreuung:
 Fachausschuss für Personalwesen der KGNW
 – DKG:
 Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation

Telefondurchwahl
 -40
 42
 43
 44
 -41



Humboldtstraße 31
 40237 Dusseldorf
 Telefon: +49 211 47819-0
 Telefax: +49 211 47819-99
 E-Mail: info@kgnw.de

Finanzen, Personal und Organisation

Innere Dienst/Buchhaltung
 Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/Sekretariat
 Martina Rabs
 Chantal Müllers

Themen
 – Personalwesen
 – Beschaffungs-/Rechtswesen
 – Betriebsangelegenheiten
 – Vorbereitung Buchhaltung
 – Budgetkontrolle/Wirtschaftsplan
 – Vorbereitung Jahresabschluss

Telefondurchwahl
 -60
 -62
 -63

Geschäftsstelle der Schiedsstelle- KHG Rheinland

Sachgebietleitung
 Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/Sekretariat
 Martina Rabs
 Chantal Müllers

Telefondurchwahl
 -60
 -62
 -63

Vorstandsbüro

Stand: 01.2.2017

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: 0211 47819-0
Telefax: 0211 47819-99
E-Mail: post@kgnw.de
Internet: www.kgnw.de

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

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

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Kontakt

Humboldtstraße 31

40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 47819-52

Telefax: +49 211 47819-99

E-Mail: post@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de