

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Geschäftsbericht 2018





KGNW

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
Finanzierung und Planung	11
Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse	37
Medizin	77
Recht und Personal/Vorstand	93
Politik, PR und Presse	114
Finanzen, Personal und Organisation	132
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW	133
Satzung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	153
Organigramm	166
Impressum	167

Vorbemerkung



KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum

Die Tätigkeitsschwerpunkte der KGNW-Geschäftsstelle im Berichtszeitraum 05.12.2017 bis 10.12.2018 sind im Folgenden kurz zusammengefasst: Rückblickend liegt für die KGNW und ihre Mitglieder erneut ein ereignisreicher Berichtszeitraum vor. Besonders hervorzuheben sind die Reformbestrebungen in der Pflege, ausgelöst durch das Gesetzgebungsverfahren zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). Am 09.11.2018 hat der Bundestag das PpSG beschlossen. Mit dem Gesetz sollen Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden. Der Kern der Reform, die Stärkung der Pflege, wird mit einem umfassenden Maßnahmenbündel angegangen. Von zentraler Bedeutung ist die Zusage, dass zukünftig alle Pflegekosten zur Versorgung der Patienten vollständig refinanziert werden sollen. Die DRG-Berechnungen werden um diese Pflegepersonalkosten bereinigt. Der Pflegezuschlag mit einem bundesweiten Volumen von

500 Mio. Euro entfällt ab dem Jahr 2020, was zu massiven Protesten unter den Krankenhäusern bundesweit und in NRW geführt hat. Auf der Grundlage einer Vereinbarung in der Klausurtagung des DKG-Vorstandes hat die KGNW ihre Mitglieder mit Blick auf den geplanten Wegfall des Pflegezuschlags in Höhe von 500 Mio. Euro gebeten, dem nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann und den politischen Verantwortlichen auf Bundesebene ihre individuelle Betroffenheit zum Wegfall des Pflegezuschlags für ihr Krankenhaus darzustellen. Die Krankenhäuser in NRW haben daraufhin dargelegt, welche gravierenden finanziellen Einschnitte der Wegfall des Pflegebudgets bedeute.

Der Gesetzesentwurf wurde noch einmal überarbeitet. Im Ergebnis sieht der Gesetzesentwurf nun vor, dass ab dem Jahr 2020 200 Mio. Euro direkt über die Landesbasisfallwerte in den Kliniken verbleiben sollen. Mit den wegfallenden 300 Mio. Euro müssen die Krankenhäuser aber letztlich einen Teil der Mittel aufbringen, die die Reform vorsieht. Es gibt allerdings auch noch weitere Entlastungen für die Krankenhäuser. Die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr werden ab 2019 ebenfalls vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass ca. 50 Mio. Euro über einen Pauschalbetrag von 400.000 Euro den Krankenhäusern zufließen sollen, die die Voraussetzungen für den Sicherstellungszuschlag nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen. Das ist ein wichtiges Signal zur Sicherung der stationären Grundversorgung in der Fläche. Auch die Freistellung

der noch festzulegenden Zuschläge für die Notfallstufen von der Verrechnung mit den Landesbasisfallwerten und die Klarstellung zur Begrenzung des Fixkostendegressionsabschlags auf 35% für maximal drei Jahre sind finanzielle Verbesserungen, die anzuerkennen sind.

Größte Sorge bereitet den Krankenhäusern jedoch die Verschärfung der Sanktionen bei den Untergrenzen für Personalbesetzungen in pflegesensitiven Leistungsbereichen. So werden die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen weiterentwickelt und auf weitere pflegesensitive Bereiche ausgeweitet werden. Dazu enthält das Gesetz entsprechende Aufträge an die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Es wird zudem ein Pflegepersonalquotient eingeführt: Ab dem Jahr 2020 wird der sog. Gesamthausansatz eingeführt, der die Pflegepersonaluntergrenzen flankieren soll. Mit diesem Instrument wird das Verhältnis der Pflegekräfte zu dem zu leistenden Pflegeaufwand (Pflegepersonalquotient) ermittelt, der Aufschluss über das Verhältnis von Pflegepersonalausstattung und Arbeitsbelastung im gesamten Krankenhaus geben soll. Die Krankenhäuser sind grundsätzlich bereit, Personaluntergrenzen als Instrument für mehr Patientensicherheit anzuerkennen und umzusetzen. Aber auch die Politik weiß, dass die notwendigen zusätzlichen Pflegekräfte aktuell am Arbeitsmarkt nicht verfügbar sind. Mit der Reform werden den Krankenhäusern Fallzahlbegrenzungen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen auferlegt, die dazu führen, dass vorübergehende Personalengpässe zu medizinischen Versorgungsengpässen für die Bevölkerung im Einzugsbereich der jeweils betroffenen Kliniken führen können. Erfreulich

sind die Initiative von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und die Unterstützung der Koalitionsfraktionen zur Abwehr der absolut nicht gerechtfertigten und existenzgefährdenden Rechnungskürzungskampagnen der Kassen. Dass nunmehr rückwirkend Klarstellungen zu Abrechnungsbestimmungen (OPS-Anpassungen) möglich sind und dass die Verjährungsfrist für die Geltendmachung von Rechnungskürzungen auf zwei Jahre begrenzt wird, sind wichtige Entscheidungen zur Herstellung von Rechtssicherheit. Massenhaft durchgeführte Kürzungen auf der Grundlage höchst fraglicher Neuinterpretationen von Abrechnungsbestimmungen darf es rückwirkend nicht geben.

Die Forderung von Fachverbänden nach einer generalistischen Pflegeausbildung wird seit Jahren diskutiert. In dieser Legislaturperiode wurde diese Forderung nach einer generalistischen Pflegeausbildung mit dem Pflegeberufegesetz umgesetzt. Die Reform sieht statt der bisher getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege eine neue „gemeinsame“ Ausbildung vor. Die Finanzierung der Ausbildungskosten sowohl der Pflegeschulen als auch der Träger der praktischen Ausbildung erfolgt ab dem Jahr 2020 regelhaft als sog. Pauschalbudget.

Auf Landesebene richtet die KGNW den Blick sehr stark auf die Neuaufstellung des Krankenhausplans. Zur Neuaufstellung des Krankenhausplans hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft in NRW in Auftrag gegeben, das u. a. die aktuelle Versorgungsstruktur erfassen und eine etwaige

Unter- und Überversorgung in den Regionen ermitteln soll. Auftragnehmer des Gutachtens ist die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH („Partnerschaft Deutschland“), die zu 100% in den Händen öffentlicher Gesellschafter liegt und Bund, Ländern, Kommunen und sonstigen öffentlichen Auftraggebern als Inhouse-Berater umfassende Beratungs- und Managementleistungen anbietet. In die Erstellung des Gutachtens werden von der PD als Auftragnehmer das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin unter der Leitung von Professor Dr. med. Reinhard Busse und die Lohfert & Lohfert AG aus Hamburg einbezogen. Erste Ergebnisse des Gutachtens sollen bis Ende 2018 vorliegen, der Abschlussbericht wird in der Mitte des Jahres 2019 erwartet. Aus Sicht des MAGS soll das Gutachten eine wesentliche Grundlage für den nächsten Krankenhausplan sein.

Die Krankenhäuser sperren sich nicht gegen Reformen, aber die Reformbestrebungen müssen den Investitionsstau in den Kliniken auflösen. Die mit dem Nachtragshaushalt 2017 erfolgte Aufstockung der pauschalen Fördermittel in Höhe von 250 Mio. Euro wurde für 2018 fast vollständig wieder rückgängig gemacht. Der Haushaltsansatz für das Jahr 2018 sank im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2017 (inklusive Nachtragshaushalt) wieder um rund 200 Mio. Euro. Der Haushaltsansatz 2018 in Höhe von 582.273.400 Euro fiel im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2017 (783.500.000 Euro) um 201.226.600 Euro ab (jeweils ohne Mittel für den Landesanteil Strukturfonds). Erstmals seit der Umstellung auf die Pauschalförderung mit der Einführung des KHGG NRW im Jahr 2008 waren für die Einzelförderung von Investitionen 33.333.400 Euro vorgesehen. Ein wirksamer und

nachhaltiger Fortschritt in der Investitionsfähigkeit der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erfolgt nur äußerst zögerlich. Ein weiteres Anwachsen des Investitionsstaus wird nur sehr zurückhaltend verlangsamt, aber bei Weitem nicht gestoppt. Das hat zur Folge, dass notwendige Investitionen in die Infrastruktur weiterhin nicht vollumfänglich getätigt werden können oder aufgeschoben werden müssen. In der Folge vergrößert sich der Investitionsstau und das birgt Risiken für Patientinnen und Patienten des Landes, für die Beschäftigten und für die Krankenhäuser selbst. Die tägliche Praxis zeigt, dass unsere Krankenhäuser und besonders die Funktionsräume (Operationssäle, Endoskopie, Zentralsterilisation) vor 30 bis 40 Jahren nicht für die heutige Anzahl an Patienten und die aktuellen Anforderungen an Hygiene, Arbeits- und Brandschutz sowie IT-Sicherheit geplant wurden. Die Krankenhäuser fahren diese Infrastruktur aktuell wie die Leverkusener Autobahnbrücke auf Verschleiß. Die Politik sollte aus den Versäumnissen bei der Verkehrspolitik lernen und die Gesundheitsinfrastruktur zügig modernisieren. Die Patienten und Mitarbeiter leiden schon heute täglich unter den beengten Verhältnissen. Moderne Geräte bieten die dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Diagnosemöglichkeiten und setzen die Menschen einer geringeren Strahlenbelastung aus. Die Politik ist in der Verantwortung zu handeln. Die Zukunftsfähigkeit unserer Krankenhäuser hängt zudem auch wesentlich von einer gelingenden Digitalisierung sowie dem Schutz vor Cyberangriffen ab. Dazu sind erhebliche Investitionen in die digitale Infrastruktur erforderlich. Weitere und deutlich größere Schritte bleiben zwingend notwendig, um die Krankenhäuser in NRW in die Lage zu versetzen, Investitionen zur

Sicherstellung hochwertiger und zukunftssicherer Krankenhausleistungen für die Bevölkerung in NRW umsetzen zu können.

Ein am 12.11.2018 von Spiegel Online veröffentlichter Artikel mit dem Titel „73 Krankenhäuser liefern ‚unzureichende Qualität‘“, in dem das IQTIG als „Krankenhaus-TÜV“ bezeichnet und von der Auswertung von Abrechnungsdaten gesprochen wurde, hat bei vielen betroffenen Krankenhäusern umfangreiche Nachfragen der Lokalpresse ausgelöst. Dabei wurden einige Fälle bekannt, die darauf hindeuten, dass Krankenhäusern unberechtigterweise ‚unzureichende Qualität‘, unterstellt wird. Die KGNW unterstützte die betroffenen Krankenhäuser in der Kommunikation mit der Presse und wird die Auswirkungen der Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen Ergebnisse und insbesondere mögliche Mängel über die DKG im Verfahren im G-BA und mit dem IQTIG diskutieren.

Im Lenkungsausschuss QS-NRW haben sich Krankenkassen, Ärztekammern, Patientenvertreter und KGNW für einen gemeinsamen Appell an G-BA und IQTIG ausgesprochen, die Instrumente zu überprüfen, die Werkzeuge zur Datenvalidierung rechtzeitig und funktionsfähig zur Verfügung zu stellen und vor allem zukünftig größere Sorgfalt vor der Veröffentlichung von Ergebnissen walten zu lassen und im Zweifel auf Veröffentlichung in der aktuellen Form zu verzichten.

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) schreitet weiter voran. Mit Abschluss der Finanzierungsvereinbarung gem. § 291a Abs. 7a SGB V wurde eine wesentliche Voraussetzung für die Ausstattung der Krankenhäuser für die

Telematikinfrastruktur geschaffen. Die KGNW begleitet den Prozess durch Mitwirkung in den zahlreichen Gremien und Arbeitsgruppen. Es wurden Pauschalen festgelegt, die eine Ausstattung der Krankenhäuser mit Kartenterminals, Konnektoren und den notwendigen digitalen Zertifikaten abdecken. Ebenfalls über die Pauschalen abgedeckt sind die mit dem Anschluss an die TI einhergehenden Anpassungen der Infrastrukturen, der Software und der Betriebskonzepte. Dafür stellt die GKV über 400 Mio. Euro zur Verfügung. Ebenfalls wurden Pauschalen für die jährlichen Betriebskosten festgelegt, die bei ca. 18 Mio. Euro liegen werden.

Aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels in der Hygiene hat sich die KGNW in enger Abstimmung mit der DKG und den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe um eine rasche landesweite Umsetzung der curricularen Fortbildung der BÄK eingesetzt. Mittlerweile besteht in beiden Ärztekammern ein Kammerzertifikat „Krankenhaushygiene“. Ein gemeinsames Fortbildungskonzept wurde durch die Fortbildungseinrichtungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit weiteren Landesärztekammern entwickelt.

Mit dem KHSG wurden die Vertragspartner auf der Bundesebene in § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG beauftragt, bis zum 30.06.2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zu vereinbaren. Die Zu- und Abschläge müssen sich auf ein Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gem. § 136c Abs. 4 SGB V vom G-BA zu entwickeln ist. Nachdem die in

zahlreichen wesentlichen Punkten widersprüchlichen Positionen der DKG und des GKV-Spitzenverbandes nicht im Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA innerhalb der o. g. Fristen geeint werden konnten, wurden im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eine Verlängerung der Beratungen zur stationären Notfallversorgung auf der Bundesebene um ein Jahr und eine verpflichtende Auswirkungsanalyse durch den G-BA festgelegt. Daraufhin hat der G-BA das IGES-Institut mit einer Auswirkungsanalyse der Vorschläge der DKG und des GKV-Spitzenverbandes beauftragt. In diesem Zusammenhang erfolgte in der zweiten Jahreshälfte 2017 eine schriftliche Befragung aller Krankenhäuser in Deutschland. Aufgrund einer insgesamt nicht zufriedenstellenden Rücklaufquote waren die erstellten Analysen des IGES-Institutes nur eingeschränkt aussagekräftig. Die Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gem. § 136c Abs. 4 SGB V traten zum 19.05.2018 in Kraft, die Zu- und Abschlüsse müssen jedoch noch auf der Bundesebene abschließend verhandelt werden.

Im Verlauf der Beratungen des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V hat Minister Laumann angeregt, zu der flächendeckenden Implementierung von Portalpraxen eine Empfehlung der beteiligten Institutionen zu vereinbaren. Ein abschließendes Dokument ist, vorbehaltlich der noch notwendigen Kompromisse, frühestens zum Ende des Jahres zu erwarten.

Die Diskussionen zur Einrichtung einer Pflegekammer in NRW werden in unterschiedlicher

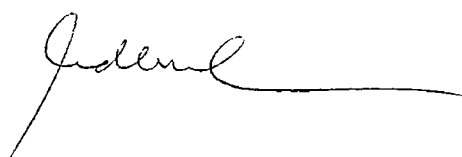
Intensität seit 2006 geführt. Durch die Einrichtung der Landespflegekammern in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen in den vergangenen zwei Jahren wurde dieses Thema erneut in NRW aufgegriffen. Das oberste Ziel einer Pflegekammer ist es, eine fachgerechte und professionelle Pflege der Bevölkerung sicherzustellen und die Berufsausübung der professionell Pflegenden zu überwachen. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) wird im Auftrag der NRW-Landesregierung die Meinung der Pflegefachkräfte zum Thema „Interessenvertretung der Pflege“ einholen und im Oktober 2018 eine repräsentative Befragung unter Pflegefachkräften durchführen. Die KGNW hat die Mitglieder mit der Bitte um Teilnahme an der Umfrage zur Bildung einer Interessenvertretung informiert.

Auch die Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung stellte die Krankenhauträger insbesondere 2018 vor große Herausforderungen und sorgte für intensiven und umfangreichen Informations- und Beratungsbedarf. Aufgrund der hohen Bedeutung des Themas hat die KGNW am 09.04.2018 eine ganztägige Informationsveranstaltung durchgeführt, in der die Mitglieder über die neuen datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen in Kenntnis gesetzt und erste Empfehlungen und Hinweise zur Umsetzung im Krankenhaus gegeben wurden. Die KGNW hat mit zahlreichen Rundschreiben informiert und den Mitgliedern insbesondere Hinweispapiere, Empfehlungen, Checklisten, Musterformulierungen und Arbeitshilfen zur Umsetzung der neuen datenschutzrechtlichen Regelungen zur Verfügung gestellt.

Die Hygiene-Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“ der KGNW und der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, die 2015 gestartet wurde, hat sich seit ihrem Start zu einem Erfolgsmodell entwickelt. Ausgehend von NRW wurde die Initiative von anderen Landeskrankengesellschaften adaptiert und umgesetzt. Aufgrund der positiven Erfahrungen und Resonanz setzt die KGNW die landesweite Initiative mit erweiterten Inhalten und Maßnahmen in diesem und im nächsten Jahr fort. Prominenten Besuch erhielten die Vertreter der Hygiene-Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“ am NRW-Tag in Essen. NRW-Ministerpräsident Armin Laschet, der auch Schirmherr der Hygiene-Initiative ist, NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, Claudia Middendorf, Behinderten- und Patientenbeauftragte der Landesregierung, und der Essener Oberbürgermeister Thomas Kufen statteten der Hygiene-Initiative, vertreten durch Hygieneexpertinnen und -experten der Krankenhäuser Essen-Mitte, der Contilia-Gruppe, des St. Josef Krankenhauses Essen-Werden sowie der Krankenhausgesellschaft NRW auf dem mobilen Informationsstand einen Besuch ab und informierten sich.

Das Präsidium hat im vergangenen Jahr die Einrichtung einer Präsidial-Arbeitsgemeinschaft „Ordnungspolitischer Rahmen“ beschlossen. Mit Blick auf die kritischen Äußerungen von Minister Laumann zum aktuellen Zustand der Krankenhausplanung in NRW und deren geplanter „Neuaustrichtung“ im Verlauf der Legislaturperiode sieht das Präsidium kurz- bis mittelfristigen Bedarf im Hinblick auf eine Positionierung

der KGNW zum „Krankenhausplan NRW der Zukunft“. Im Rahmen seiner Beschlussfassung hatte sich das Präsidium für eine möglichst umfassende Erörterung potentieller Ansatzpunkte für einen „Krankenhausplan NRW der Zukunft“ ausgesprochen. Dabei dürften auch in der Vergangenheit bereits als „unantastbar“ bewertete Positionen in der Diskussion nicht ausgespart werden. Kontroverse Aspekte sollen ausdrücklich in den Blick genommen werden. Die Präsidial-AG besteht aus den Mitgliedern des Präsidiums sowie den jeweiligen Vorsitzenden des Hauptausschusses, des Fachausschusses für Planung und Förderung, des Fachausschusses für Krankenhausorganisation und des Fachausschusses für Personalwesen. Bisher fanden zwei Sitzungen der Präsidial-AG am 17.01.2018 und am 08.05.2018 statt. Ziel der Beratungen ist die Erarbeitung eines Papiers, in dem die KGNW die grundsätzlichen Positionen der Krankenseite für die zukünftige Krankenhausplanung zusammenfasst.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Laumann', with a long horizontal flourish extending to the right.

Finanzierung und Planung

Krankenhausfinanzierung

Am 09.11.2018 hat der Bundestag das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beschlossen. Mit dem Gesetz sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden.

Wesentliche Regelungen im Überblick:

- Verlängerung des Pflegestellen-Förderprogramms: Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Pflegestellen-Förderprogramm erstreckt sich über das Jahr 2018 hinaus auch auf das Jahr 2019. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze und der Eigenanteil der Krankenhäuser von 10% entfällt. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für hinzukommende und aufgestockte Pflegestellen am Bett. Nicht für weiteres Pflegepersonal verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Ab dem Jahr 2020 geht das Pflegestellen-Förderprogramm im krankenhausesindividuellen Pflegebudget auf.
 - Einführung eines krankenhausesindividuellen Pflegebudgets: Die Krankenhausvergütung wird ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Das neue Pflegebudget berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf und die krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen.
- Die DRG-Berechnungen werden um diese Pflegepersonalkosten bereinigt.
- Wegfall des Pflegezuschlags: Der Pflegezuschlag mit einem bundesweiten Volumen von 500 Mio. Euro entfällt ab dem Jahr 2020, wobei eine nur teilweise Kompensation erfolgt. Die Finanzmittel aus dem Pflegezuschlag werden ab dem Jahr 2020 in Höhe von rund 200 Mio. Euro in die Landesbasisfallwerte überführt. Zudem werden für bedarfsnotwendige kleine Krankenhäuser in ländlichen Gebieten aus dem Pflegezuschlag ab dem Jahr 2020 insgesamt rund 50 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, um die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern.
 - Tarifierhöhungsrates: Bereits für das Jahr 2018 sollen anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden.
 - Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegekräfte: Krankenhäuser können Maßnahmen zur Verbesserung von Pflege, Familie und Beruf vereinbaren. Die erforderlichen Aufwendungen hierfür können Krankenhäuser hälftig für einen Zeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der Kostenträger decken.
 - Bedingter Wegfall des Anrechnungsschlüssels: Die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Krankenpflegehilfe im

ersten Ausbildungsjahr werden ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert.

- **Ausweitung der pflegesensitiven Bereiche:** Die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen sollen weiterentwickelt und auf weitere pflegesensitive Bereiche ausgeweitet werden. Dazu enthält das Gesetz entsprechende Aufträge an die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene.
- **Einführung eines Pflegepersonalquotienten:** Ab dem Jahr 2020 wird der sog. Gesamthausansatz eingeführt, der die Pflegepersonaluntergrenzen flankieren soll. Mit diesem Instrument wird das Verhältnis der Pflegekräfte zu dem zu leistenden Pflegeaufwand (Pflegepersonalquotient) ermittelt, der Aufschluss über das Verhältnis von Pflegepersonalausstattung und Arbeitsbelastung im gesamten Krankenhaus geben soll.
- **Finanzierung der stationären Notfallversorgung:** Um Verwerfungen bei der finanziellen Umverteilung zwischen den Krankenhäusern zu vermeiden, werden Zu- und Abschläge bei der stationären Notfallversorgung zukünftig ohne eine Verbindung zum Landesbasisfallwert erhoben.
- **Betriebliche Gesundheitsförderung:** Zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen werden die Krankenkassen verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Mio. Euro jährlich für Leistungen zur

betrieblichen Gesundheitsförderung in diesen Bereichen aufzuwenden.

- **Fortführung des Krankenhausstrukturfonds:** Der Krankenhausstrukturfonds wird ab dem Jahr 2019 für vier Jahre mit einem Volumen von 1 Mrd. Euro jährlich fortgesetzt. Die diesbezüglichen Regelungen wurden angepasst. Die Finanzierung erfolgt wie bisher je zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder (inklusive eines möglichen Trägeranteils).

Pflegeberufegesetz

Mit dem Pflegeberufegesetz werden die bisher getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in eine neue gemeinsame Ausbildung zusammengeführt. Die Finanzierung der Ausbildungskosten sowohl der Pflegeschulen als auch der Träger der praktischen Ausbildung erfolgt ab dem Jahr 2020 regelhaft als sog. Pauschalbudget. Für die Umsetzung der Pauschalbudgets ist auf Landesebene bereits im Jahr 2019 eine landesweit geltende Pauschale zur Finanzierung der Kosten der Pflegeschulen und eine landesweit geltende Pauschale zur Finanzierung der Kosten der praktischen Ausbildung für das Jahr 2020 zu verhandeln.

Im Hinblick auf die erstmalige Verhandlung und Vereinbarung der landesweit geltenden Pauschalen im Jahr 2019 wurde von der KGNW ein Gutachten in Auftrag gegeben, welches von zahlreichen Spitzenverbänden und Ins-

titutionen unterstützt wird. Mit der Durchführung des Gutachtens wurden das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung sowie die Curacon GmbH beauftragt. Mit dem Gutachten sollen die beiden Pauschalen sachgerecht hergeleitet und kalkuliert werden und als Basis für die kommenden Verhandlungen der landesweit geltenden Pauschalen dienen.

Krankenhausplanung 2015

Zur zukünftigen krankenhausplanerischen Ausweisung von Zentren und zur diesbezüglichen Ausweisung besonderer Aufgaben hat das MAGS den Bezirksregierungen per Rund-erlass vom 22.10.2018 die zugehörigen Grundlagen übermittelt (Checklisten, Neufassung des Muster-Feststellungsbescheides inklusive Anlage). Zudem hat das MAGS ein Informationsblatt zur Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015 auf seiner Internetseite veröffentlicht. In insgesamt elf Versorgungsbereichen soll zukünftig eine krankenhausplanerische Zentrumsausweisung und eine diesbezügliche Ausweisung besonderer Aufgaben erfolgen.

Zur Neuaufstellung des Krankenhausplans hat das MAGS ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft in NRW in Auftrag gegeben, das u.a. die aktuelle Versorgungsstruktur erfassen und eine etwaige Unter- und Überversorgung in den Regionen ermitteln soll.

Auftragnehmer des Gutachtens ist die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH („Partnerschaft Deutschland“), die zu 100% in den Händen öffentlicher Gesellschafter liegt und Bund, Ländern, Kommunen und sonstigen öffentlichen Auftraggebern als Inhouse-Berater umfassende Beratungs- und Managementleistungen anbietet. In die Erstellung des Gutachtens werden von der PD als Auftragnehmer das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin unter der Leitung von Professor Dr. med. Reinhard Busse und die Lohfert & Lohfert AG aus Hamburg einbezogen. Erste Ergebnisse des Gutachtens sollen bis Ende 2018 vorliegen, der Abschlussbericht wird in der Mitte des Jahres 2019 erwartet.

Bündnis für gesunde Krankenhäuser

Im Rahmen des Bündnisses hatte das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung erstmals den konkreten Investitionsbedarf in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt im Land ermittelt. Das „Investitionsbarometer NRW“ des RWI hat eine jährliche Förderlücke von 1 Mrd. Euro in Nordrhein-Westfalens Krankenhäusern erhoben. An der Studie haben 93% der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen teilgenommen, die im Krankenhausplan des Landes aufgenommen und damit förderfähig sind.

Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes für das Land NRW

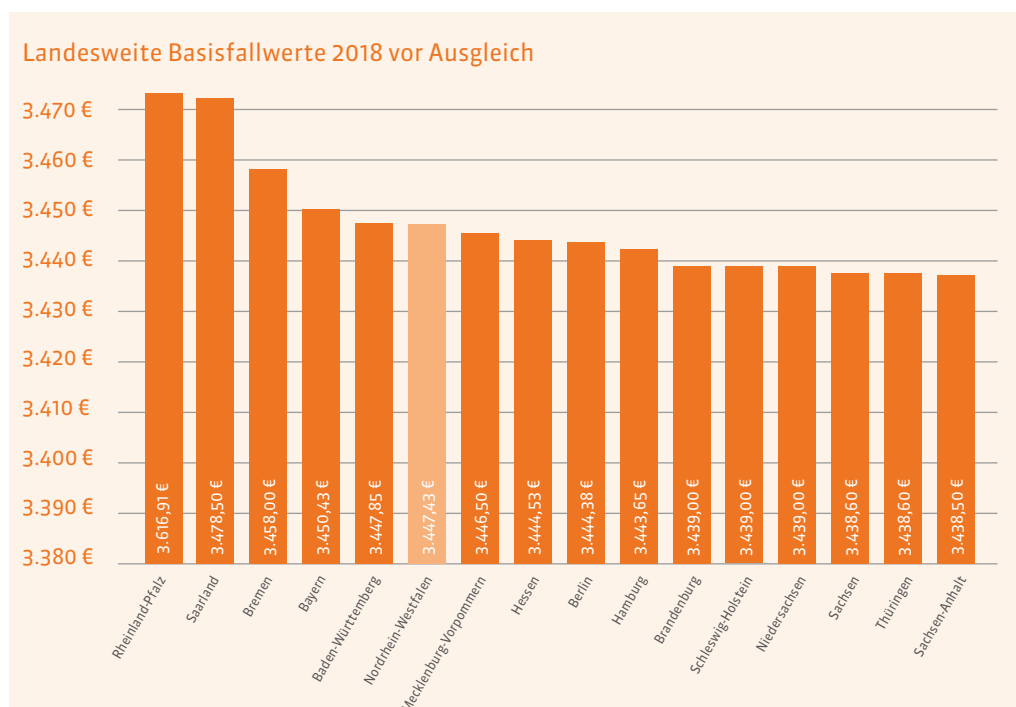
Landesbasisfallwert 2018

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 2018 zwischen den Landesverbänden der

Kostenträger und der KGNW wurden erneut von der KGNW-Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ geführt.

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



Quelle: eigene Abfrage, KGNW

Ausganggrundlage der Verhandlungen war der Landesbasisfallwert 2017 ohne Ausgleich (3.355,00 Euro). Ausgehend von diesem Wert haben die Vertragsparteien den Landesbasisfallwert 2018 (ohne Ausgleich) in Höhe von

3.447,43 Euro vereinbart. Das Verhandlungsergebnis entspricht einer Steigerung gegenüber dem für das Jahr 2017 maßgeblichen Landesbasisfallwert um ca. 2,75%. Der Wert bildet den Ausgangswert für die Verhandlungen

zum Landesbasisfallwert 2019 und wäre der Abrechnung für Fälle mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2019 zugrunde zu legen, sollte bis zum 01.01.2019 noch kein Landesbasisfallwert 2019 genehmigt worden sein.

Die Vertragsparteien haben den Landesbasisfallwert 2018 nach Ausgleich in Höhe von 3.452,70 Euro vereinbart. Der Ausgleich in Höhe von 5,27 Euro erfolgt einmalig für das Jahr 2017 aufgrund der verspäteten Anwendung der anteiligen Tarifierhöhungsrates gem. § 10 Abs. 5 Satz 5 KHEntgG im Vereinbarungszeitraum 2018. Dieser Wert ist für die Budgetverhandlungen 2018 maßgeblich und bei der Abrechnung für den Zeitraum 01.01.2018 bis 31.12.2018 zugrunde zu legen.

G-DRG-System

Ein weiterer 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 Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich im September 2018 auf eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2019 (FPV 2019) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkata-

Das MAGS hat den Landesbasisfallwert 2018 mit Wirkung zum 01.01.2018 genehmigt. Der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2018 ging wieder eine intensive Phase der Vorbereitung, Kalkulation sowie letztlich der Verhandlung 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“.

Landesbasisfallwert 2019

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2019 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin am 30.11.2018.

logie für das Jahr 2019 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

Fallpauschalenkatalog 2019

Der G-DRG-Katalog 2019 wurde von den Vertragsparteien auf Bundesebene im September 2018 auf Grundlage eines vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) vorgelegten Entwurfs vereinbart. In die Kalkulation des neuen G-DRG-Kataloges gingen die Falldaten aus 272 Krankenhäusern ein. Die Datenbasis der Systementwicklung erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um 24 Krankenhäuser. Die Datenqualität hat sich nach Aussage des InEK weiter verbessert. Die Anzahl der im Jahr 2019 für die Abrechnung verfügbaren Fallpauschalen beträgt 1.318.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Umbauten des DRG-Kataloges betrafen insbesondere die Aufwertung von Extremkostenfällen durch ihre Herauslösung aus DRGs, in denen sie mit weniger aufwendigen Leistungen vermischt waren, und einer verbesserten Abbildung von Fallpauschalen bei Kindern durch Einführung entsprechender Alterssplits. Die Trennung aufwendiger von weniger aufwendigen Behandlungsformen bezog sich bei den Umbauarbeiten für den Katalog 2019 insbesondere auf die DRGs der MDC 24 ‚Sonstige DRGs‘, in denen Fälle mit zur Hauptdiagnose nicht kompatiblen operativen Prozeduren abgebildet werden. Das InEK hat jetzt einige solcher Fälle gem. der durchgeführten Therapie unabhängig von der nicht dazu passenden Hauptdiagnose aus den DRGs der MDC 24 herausgenommen und den adäquaten DRGs der MDC mit Organbezug zugeordnet (z.B. Fälle mit Implantation eines Herzschrittmachers in eine DRG der MDC 05 für Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems).

Des Weiteren wurden aus dem Katalog der bewerteten Zusatzentgelte drei Entgelte für Medikamente in den Katalog der unbewerteten Zusatzentgelte verschoben und zwei aus diesem übernommen und bewertet. Darüber hinaus wurden zehn NUB-Leistungen des Jahres 2018 in den Katalog der unbewerteten Zusatzentgelte integriert.

Abrechnungsbestimmungen 2019 (FPV 2019)

In den Abrechnungsbestimmungen nach der FPV für das Jahr 2019 ergibt sich eine inhaltliche Änderung bei den nicht krankheitsbedingt

behandlungsbedürftigen Neugeborenen gegenüber dem Jahr 2018. In der FPV wurde in § 1 Abs. 5 Satz 9 eine Anpassung dahingehend vorgenommen, dass auch bei – im abrechnungstechnischen Sinne – nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen in der P67D für die gesunde Mutter ab der abgerundeten mittleren Verweildauer ein Begleitpersonenzuschlag abrechenbar ist. Diese Anpassung resultierte aus dem Split der – im abrechnungstechnischen Sinne – nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen der P67D im Jahr 2017 in die P67D und P67E. Seit dem Split werden „gesunde Neugeborene“ in die P67E eingruppiert. In der P67D befinden sich seit dem Split neben den typischen „gesunden Neugeborenen“ (in der Mehrzahl) jedoch auch andere Fälle. Diese Neugeborenen in der P67D erhalten beispielsweise eine Prozedur zum Ausschluss einer Krankheit, gelten aber als „gesunde Neugeborene“ und werden i. S. der Abrechnung als nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (§ 1 Abs. 5 Satz 6 FPV) behandelt.

Eine weitere Anpassung ergab sich bei den Fußnoten der unbewerteten Zusatzentgelte ZE2019-147, ZE2019-148, ZE2019-149, ZE2019-150 und ZE2019-151, die bereits im Jahr 2018 von bewerteten zu unbewerteten Zusatzentgelten wurden. In der Fußnote des DRG-Kataloges 2018 wurde die Weitergeltung der bewerteten Entgelthöhe aus 2017 geregelt. In 2019 wurde bei der Textierung der Fußnote analog zur Vorgehensweise in den letzten Jahren zunächst so verfahren, dass für 2019 die krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelthöhe aus 2018 weiter zu

erheben gewesen wäre. Dies führte in den vergangenen Jahren allerdings immer wieder zu Abrechnungsproblemen bei Krankenhäusern, die noch keine Budgetvereinbarung für das Vorjahr abgeschlossen und somit noch keine krankenhausesindividuelle Entgelthöhe vereinbart hatten. Einige Kassen hatten dann den in der FPV benannten Ersatzbetrag in Höhe von 600 Euro zur Abrechnung angeboten. Zur

Lösung der Abrechnungsproblematik wurde die besagte Fußnote im DRG-Katalog 2019 dahingehend angepasst, dass bei fehlender Budgetvereinbarung für das Vorjahr, das bewertete Zusatzentgelt in Höhe von 70% der letztmalig bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung für das Vorjahr weiter zu erheben ist.

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2017

Krankenhäuser	Krankenhäuser insgesamt	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
	Bettenanzahl	Bettenanzahl	Bettenanzahl	Bettenanzahl
Deutschland	497.182	238.748	165.245	93.189
Baden-Württemberg	55.780	36.647	11.715	7.418
Bayern	76.265	54.455	7.959	13.851
Berlin	20.390	7.795	8.568	4.027
Brandenburg	15.362	8.233	2.708	4.421
Bremen	5.016	3.079	1.243	694
Hamburg	12.536	1.727	4.022	6.787
Hessen	36.432	19.398	9.335	7.699
Mecklenburg-Vorpommern	10.286	3.295	1.788	5.203
Niedersachsen	42.009	16.739	15.442	9.828
Nordrhein-Westfalen	118.506	36.722	72.539	9.245
Rheinland-Pfalz	24.897	9.300	13.863	1.734
Saarland	6.495	3.728	2.731	36
Sachsen	25.870	16.188	3.038	6.644
Sachsen-Anhalt	15.756	7.825	3.791	4.140
Schleswig-Holstein	15.812	6.879	3.167	5.766
Thüringen	15.770	6.738	3.336	5.696
Stadtstaaten: Berlin, Bremen, Hamburg	37.942	12.601	13.833	11.508

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, 2017

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 Mitgliedskrankenhäusern per Rundschreiben zur Verfügung gestellt werden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich nach intensiven Verhandlungen im September 2018 auf eine Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2019 (PEPPV 2019) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2019 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

PEPP-Katalog 2019

Der PEPP-Katalog für 2019 zeigt nur geringfügige Veränderungen gegenüber dem Katalog 2018, die sich insbesondere auf textliche Anpassungen beziehen. Die Anzahl der vollstationären PEPP in allen Strukturkategorien ist mit 36 identisch geblieben. Die Vergütungsklassen haben sich für das Jahr 2019 über alle PEPP insgesamt um 14 reduziert. Die Anzahl der ergänzenden Tagesentgelte ist gegenüber 2018 unverändert geblieben.

Abrechnungsbestimmungen 2019 (PEPPV 2019)

Die zentrale Änderung in den Abrechnungsbestimmungen der PEPPV 2019 bezieht sich auf alle Krankenhäuser, die im Jahr 2018 das Vergütungssystem nach § 17d KHG einführen und bis zum 01.01.2019 noch keine Budgetvereinbarung für das Jahr 2018 abgeschlossen haben. Für diese Krankenhäuser ist die Anwendung des PEPP-Systems mit der PEPPV ab dem 01.01.2019 verbindlich vorgeschrieben. Ziel sollte es sein, dass die Vertragsparteien nach §11 BpflV möglichst einen vorläufigen krankenhausindividuellen Basisentgeltwert vereinbaren. Sofern dies nicht möglich sein sollte, erfolgt die Abrechnung von Patienten, die ab dem 01.01.2019 in das Krankenhaus aufgenommen werden, mit einem vorläufigen – in der PEPPV 2019 vorgegebenen – Ersatzbetrag für den vorläufigen Basisentgeltwert in Höhe von 280 Euro. Für Patienten, die ab dem 01.01.2019 aufgenommen werden, ist somit eine Abrechnung mit weitergeltenden tagesgleichen Pflegesätzen ausgeschlossen. Krankenhäuser, die bereits einen krankenhausindividuellen Basisentgeltwert vereinbart haben, sind von dieser Vorgabe nicht betroffen. In § 10 Abs. 3 Satz 3 der PEPPV 2019 wurde zudem eine Ausgleichsregelung aufgenommen, wonach die aus der Abrechnung eines vorläufigen Basisentgeltwertes entstehenden Mehr- oder Mindererlöse vollständig auszugleichen sind.

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 2017/Anfang 2018 darüber informiert, dass der Punktwert für Leistungen nach §§ 115b und 116b SGB V im Jahr 2018 in Höhe von 10,6543 Cent zunächst unter Vorbehalt vergütet wird, da die Einigung mit den zuständigen kassenärztlichen Vereinigungen noch ausstehe. Diese Höhe entspricht dem vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für das Jahr 2018.

Nachdem für den Landesteil Westfalen-Lippe bereits im Februar 2018 mitgeteilt wurde, dass der Punktwert für das Kalenderjahr 2018 mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Höhe des Orientierungspunktwertes vereinbart worden sei, erfolgte eine entsprechende Mitteilung für den Landesteil Nordrhein erst im Juli 2018. Die bis jeweils zu diesen Zeitpunkten seitens der Geschäftsstelle empfohlenen Vorbehaltserklärungen waren daraufhin nicht mehr notwendig. Nach- oder Rückforderungen bezüglich des Punktwertes seitens der Krankenkassen oder Krankenhäuser konnten für das laufende Jahr aufgrund des unveränderten Punktwertes nicht gestellt werden.

Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V

Die jährlich aktualisierte Veröffentlichung des Kataloges „Ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gem. § 115b SGB V“ (AOP-Katalog) hat sich auch für das Jahr 2018 verzögert. Der Grund hierfür war die erneut sehr spät terminierte Beschlussfassung zum Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch den Bewertungsausschuss aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV. Die DKG gehört dem Bewertungsausschuss nicht an und hatte zuvor keine Kenntnis über die endgültige Ausgestaltung des Beschlusses zur Anpassung des Anhangs 2 des EBM an die OPS-Version 2018.

Da der EBM die Abrechnungsgrundlage für Leistungen des AOP-Kataloges darstellt und insbesondere die Erstellung des Abs. 1 des AOP-Kataloges ohne Kenntnis des Anhangs 2 des EBM nicht möglich ist, verzögerte sich somit die Veröffentlichung des AOP-Kataloges 2018, obwohl die DKG wie jedes Jahr durch frühzeitige Bereitstellung der Unterlagen zur Anpassung der Operationsschlüssel (§ 21 des AOP-Vertrages) die Voraussetzungen für eine zeitgerechte Veröffentlichung des AOP-Kataloges geschaffen hatte. Gem. § 21 des Vertrages haben GKV-SV, KBV und DKG als Vertragspartner nach § 115b Abs. 1 SGB V mit Wirkung zum 14.02.2018 den AOP-Katalog an den OPS Version 2018 angepasst.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sollen GKV-Spitzenverband, KBV und DKG perspektivisch die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte vereinbaren. Die Kalkulation soll dabei auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom 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 Gebührenordnungspositionen 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. hinzuzu-

ziehenden 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.

Im Jahr 2018 traten vier weitere Konkretisierungen der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V – ASV-RL) für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen in Kraft. In Ergänzung der Anlage 2 der Richtlinie kamen Buchst. h) Morbus Wilson und Buchst. o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen hinzu, in Ergänzung der Anlage 1.1 Buchst. b) (rheumatologische Erkrankungen), in Ergänzung der Anlage 1.1a onkologische Tumoren die Tumorgruppe 3, urologische Tumore.

Entsprechende Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gem. § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V wurden in schriftlicher Beschlussfassung umgesetzt.

Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein

Die Vertragsparteien konnten sich zunächst nicht auf eine Anpassung der Vertragspreise und eine Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2017 verständigen. Grund dafür sind unterschiedliche Rechtsauffassungen über die Gel-

tung der Heilmittel-Preisuntergrenzen nach § 125 Abs. 3 SGB V sowie ein zeitraubendes Verfahren zur Bestimmung einer Schiedsperson durch die zuständigen Behörden. Nachdem die zuständigen Aufsichtsbehörden (Bundesversicherungsamt und Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) im Oktober 2017 eine Schiedsperson gem. § 125 Abs. 2 SGB V bestimmt hatten (heutiger Präsident des Sozialgerichtes Trier, Herr Dr. Gutzler), wurden die Verhandlungen im Dezember 2017 im Rahmen eines Schiedsverfahrens unter Moderation der Schiedsperson weitergeführt.

Die Krankenhaus- und Krankenkassenseite konnten sich auf diesem Weg auf eine Vergütungsvereinbarung für die Jahre 2017 und 2018 einigen, die unter Berücksichtigung einer aktualisierten Bezugnahme auf die Preise im niedergelassenen Bereich eine durchschnittliche Steigerung der bisherigen Preise um rund 22% bewirkte.

Durch einen auf das Jahr 2018 befristeten Preisaufschlag dafür, dass die Krankenhäuser wegen der noch nicht abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung 2017 im gesamten Jahr 2017 noch die alten Preise des Jahres 2016 abrechnen mussten, enthielten die abzurechnenden Höchstpreise mit Gültigkeit vom 01.01.2018 bis 31.12.2018 insofern auch den notwendigen Ausgleich der nunmehr berechneten Preissteigerungen für das Jahr 2017.

Gem. Vorstandsbeschluss vom 06.06.2018 hat die KGNW mit Schreiben vom 04.09.2018 die Vergütungsvereinbarung für den Landesteil Nordrhein fristgerecht zum 31.12.2018 gekün-

digt. Ein erster Verhandlungstermin zur Verhandlungen über eine Vergütungsvereinbarung 2019 steht noch nicht fest.

Umsetzung der Finanzierungsmodalitäten nach dem Pflegeberufegesetz

Mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) werden die bisher getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in eine neue gemeinsame Ausbildung zusammengeführt.

Wesentlich für eine an fachlichen und pädagogischen Standards orientierte Pflegeausbildung ist eine sachgerechte und auskömmliche Finanzierung der damit verbundenen Kosten.

Die theoretische und praktische Ausbildung in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist aktuell unterfinanziert und nicht kostendeckend. Eine Verstetigung dieser Unterfinanzierung darf es beim Übergang in die neue gemeinsame Pflegeausbildung auf keinen Fall geben.

Die Finanzierung der Ausbildungskosten sowohl der Pflegeschulen als auch der Träger der praktischen Ausbildung erfolgt ab dem Jahr 2020 regelhaft als sog. Pauschalbudget nach § 30 PflBG.

Für die Umsetzung der Pauschalbudgets ist auf Landesebene bereits im Jahr 2019 eine landesweit geltende Pauschale zur Finanzierung der Kosten der Pflegeschulen und eine landesweit geltende Pauschale zur Finanzierung der

Kosten der praktischen Ausbildung für das Jahr 2020 zu verhandeln. Zu den Verhandlungspartnern auf Landesebene gehören – neben der zuständigen Behörde des Landes (MAGS NRW), den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung – die Interessenvertretungen der Pflegeschulen sowie der praktischen Ausbildungsgeber und damit auch die KGNW.

Im Hinblick auf die erstmalige Verhandlung und Vereinbarung der landesweit geltenden Pauschalen im Jahr 2019 wurde von der KGNW ein Gutachten in Auftrag gegeben, welches von zahlreichen Spitzenverbänden und Institutionen unterstützt wird. Mit der Durchführung des Gutachtens wurden das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung sowie die Curacon GmbH beauftragt. Mit dem Gutachten sollen die beiden Pauschalen sachgerecht hergeleitet und kalkuliert werden, damit diese im Rahmen der Verhandlungen auf Landesebene belastbar dargestellt und nachvollziehbar argumentiert werden können.

Das RWI hat dazu zunächst Fachseminare für Altenpflege, Schulen für Gesundheits- und (Kinder)krankenpflege, ausbildende ambulante und stationäre Altenpflegeeinrichtungen und ausbildende Krankenhäuser in NRW befragt. Dabei wurden Kosten- und Strukturdaten des Jahres 2017 mithilfe einer Online-Befragung erhoben. Ergebnisse des Gutachtens werden Ende 2019/Anfang 2020 erwartet.

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt des Referates im Bereich der Umsetzung der Finanzierungsmodalitäten nach dem Pflegeberufege-

setz ergab sich im Jahr 2018 aus der Einbindung der KGNW auf Bundesebene bei der Umsetzung der Finanzierungsmodalitäten nach dem PflBG.

Gem. § 56 Abs. 4 PflBG waren 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 nachträglicher Berücksichtigung nach § 34 Abs. 5 und 6 PflBG,
5. zur Rechnungslegung der zuständigen Stelle nach § 35 PflBG,

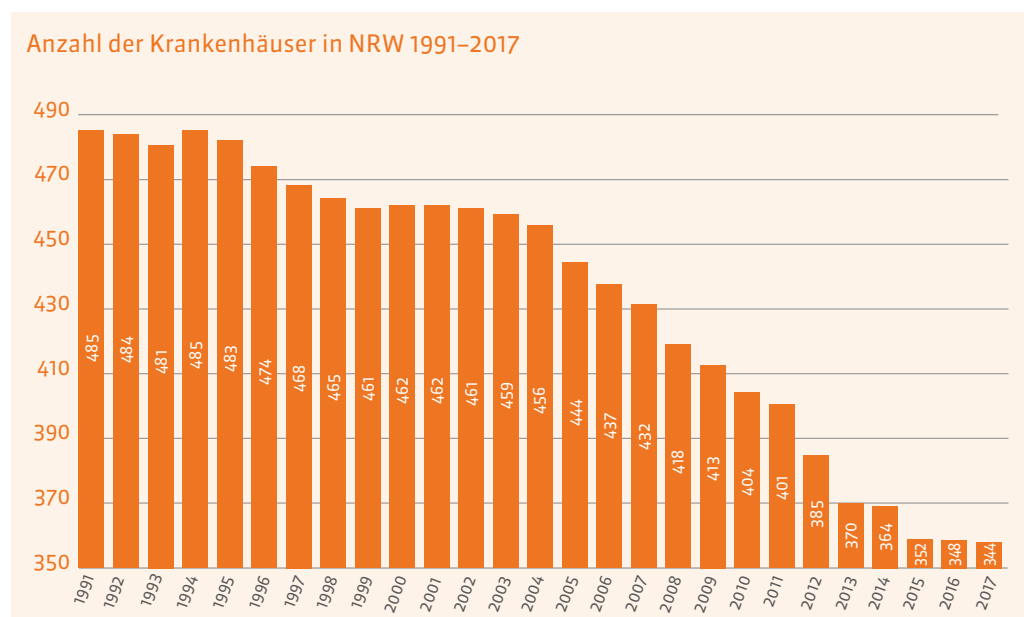
einschließlich der erforderlichen Vorgaben zur Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten und zum Datenschutz, soweit es für

das Verfahren zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege erforderlich ist, zu vereinbaren.

Diese Vorschläge richteten 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 Regelungsbedarf 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: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) 2017, 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.

Krankenhausplan 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 weiteren 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 wurden Planungsverfahren abgeschlossen und die Krankenhäuser haben Feststellungsbescheide erhalten. Über alle Versorgungsregionen zeichnet sich ab, dass der größte Teil der regionalen Planungskonzepte ausgehandelt ist.

Zentrumsplanung

Mit Runderlass von 22.10.2018 hat das MAGS den Bezirksregierungen die Grundlagen zur zukünftigen krankenhauserischen Ausweisung von Zentren und zur diesbezüglichen Ausweisung besonderer Aufgaben übermittelt. Grundlage dafür ist § 5 Abs. 3 KHEntgG in der Fassung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG). Demnach vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (Vertragsparteien auf Ortsebene) Zuschlüsse für besondere Aufgaben von Zentren nach § 2 Abs. 2 Satz 2

Nr. 4 KHEntgG auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung).

Die Bundesschiedsstelle hatte dazu bereits am 08.12.2016 eine Vereinbarung gem. § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung) festgesetzt.

Voraussetzung für die spätere Vereinbarung von Zuschlüssen nach der neuen Rechtslage ist ein entsprechender behördlicher Akt. Nach § 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG setzen die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach der neuen Rechtslage zusätzlich deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus.

Der schließlichen Umsetzung der Regelung in NRW durch das MAGS gingen langwierige Beratungen auf Landesebene voraus, in welchen Versorgungsbereichen und unter welchen Regelungen die Umsetzung erfolgen sollte. Abschließend wurde in der 28. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des nordrhein-westfälischen Landtags am 04.07.2018 über die konkrete Umsetzung beraten.

Insgesamt elf Versorgungsbereiche, in denen Zentren krankenhauserisch ausgewiesen werden sollen, sind benannt:

- Zentrum für Seltene Erkrankungen
- Zentrum für HBO (Hyperbare Sauerstofftherapie)
- Zentrum für hochkontagiös erkrankte Patienten
- Onkologische Spitzenzentren
- Zentrum überregionale Stroke Unit
- Herzzentrum
- Perinatalzentrum
- Zentrum für Schwerbrandverletzte
- Zentrum für Transplantation
- Brustzentrum
- Zentrum für Kinderonkologie.

Mit der Veröffentlichung eines Informationsblattes zur Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015 sowie dazugehöriger Checklisten der elf Versorgungsbereiche auf seiner Internetseite hat das MAGS Anfang November 2018 die Möglichkeit zur Umsetzung der Zentrumsplanung geschaffen. In seinem Runderlass an die Bezirksregierungen hatte das MAGS darauf hingewiesen, dass es den Krankenhausträgern obliege, ein regionales Planungsverfahren zur Ausweisung als Zentrum zu initiieren. Die bisherigen Ausweisungen im Feststellungsbescheid hätten bis auf Weiteres Bestand. Das MAGS führt weiterhin aus, dass bei vollständiger Erfüllung der in den Checklisten dargelegten Anforderungen und Durchführung eines Verfahrens nach § 14 KHGG NRW (regionales Planungskonzept) die Feststellung durch einen Bescheid nach § 16 KHGG NRW (Feststellungsbescheid) an den einzelnen Krankenhausträger unter Verweis auf den Rahmenplan erfolge. Dazu dient die Neufassung des Muster-Feststellungsbescheides.

Vor dem Hintergrund der erfolgten Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015 hat die KGNW die Mitgliedskrankenhäuser mit einem Rundschreiben umfassend informiert und empfohlen, soweit krankenhauseitig zu einem oder mehreren der vom MAGS benannten Versorgungsbereiche eine krankenhauserische Zentrumsausweisung und eine diesbezügliche Ausweisung besonderer Aufgaben ins Auge gefasst werde, die Verbände der Krankenkassen zeitnah zu Verhandlungen über ein diesbezügliches regionales Planungskonzept nach § 14 KHGG NRW aufzufordern.

Neuaufstellung des Krankenhausplans

Zur Neuaufstellung des Krankenhausplans hat das MAGS ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft in NRW in Auftrag gegeben. Auftragnehmer des Gutachtens ist die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH („Partnerschaft Deutschland“), die zu 100% in den Händen öffentlicher Gesellschafter liegt und Bund, Ländern, Kommunen und sonstigen öffentlichen Auftraggebern als Inhouse-Berater umfassende Beratungs- und Managementleistungen anbietet. In die Erstellung des Gutachtens werden von der PD als Auftragnehmer das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin unter der Leitung von Professor Dr. med. Reinhard Busse und die Lohfert & Lohfert AG aus Hamburg einbezogen.

Das MAGS hat den Mitgliedern des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 16.08.2018 durch die Auftragnehmer die Grundzüge des in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Krankenhauslandschaft in NRW vorgestellt.

Aus Sicht des MAGS soll das Gutachten eine wesentliche Grundlage für den nächsten Krankenhausplan sein. Die Ziele wurden wie folgt beschrieben:

- Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen für die Krankenhausplanung in NRW,
- Überversorgung reduzieren und Mehrfachvorhaltungen abbauen,
- Bedarfs- und qualitätsorientierte Versorgungsplanung fokussieren,
- Leistungen und Standorte nach Qualitätsaspekten konzentrieren,
- Prüfen, ob eine regionale (partielle) Unterversorgung besteht.

Der Arbeitsauftrag der Gutachter umfasst verschiedene Teilbereiche:

1. Erfassung der aktuellen Versorgungsstruktur (Somatik)
2. Ermittlung von Über- und Unterversorgung (Somatik)
3. Prognose für die Krankenhausplanung bis 2030 (Somatik) im Hinblick auf die Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis 2030
4. Erstellung der Punkte 1 bis 3 auch für die Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie
5. Ableitung von Handlungsempfehlungen für die künftige Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen
6. Erstellung des Gutachtens.

Im Rahmen des Gutachtens sollen zudem spezifische fachliche Fragestellungen zu nachfolgenden Bereichen behandelt werden:

- Auswirkungen der Regelungen des KHSG und der Beschlüsse des G-BA,
- Kathetergestützte Herzklappenimplantationen,
- Intensivmedizin,
- Notfallversorgung,
- Herzinfarktversorgung,
- Schlaganfallversorgung,
- Zentren.

Zudem sollen die Gutachter u. a. prüfen,

- ob eine Planung nach Basis-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung sinnvoll ist,
- ob eine Planung einzelner Teilgebiete wieder erfolgen soll,
- ob es Alternativen zur Bettenplanung gibt.

Des Weiteren sollen die Gutachter Hinweise zu Förderschwerpunkten für die Einzelförderung nach § 21a KHGG NRW geben.

Die PD-Berater der öffentlichen Hand GmbH soll dem MAGS bis Ende 2018 bereits erste Zwischenergebnisse vorlegen und den Abschlussbericht bis Mitte 2019 fertig gestellt haben.

Der weitere Fortgang der Krankenhausplanung in NRW im ausgehenden Jahr 2018 sowie im Jahr 2019 wird einen wesentlichen Aspekt der Arbeit der KGNW darstellen und weiterhin eng von den Gremien der KGNW begleitet werden. Die dort zu erarbeitenden Positionen

werden in den politischen Prozess und in die fachpolitische Diskussion eingebracht.

Ausbildungskapazitäten – Gesundheitsfachberufe

Am 16.02.2018 hat auf Einladung von Minister Laumann ein erstes Gespräch zwischen Vertretern des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), der Krankenkassen und der KGNW stattgefunden, in welchem vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels im Bereich der Gesundheitsberufe insbesondere die Frage erörtert wurde, wie eine deutliche Steigerung der Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erreicht werden kann – und dies möglichst schon zum Start des neuen Ausbildungsjahrgangs im Herbst 2018.

Im Vorfeld des Gesprächs hatte die KGNW den Gesprächspartnern verschiedene Maßnahmen benannt, die aus Sicht der KGNW kurz- bis mittelfristig zu einer verstärkten Ausbildung beitragen könnten.

Zwischen den Gesprächsteilnehmern bestand Konsens, dass

- jede Bewerberin und jeder Bewerber bei persönlicher Eignung einen Ausbildungsplatz erhalten soll,
- dabei nicht erst das Inkrafttreten der mit dem Pflegeberufegesetz verbundenen generalistischen Pflegeausbildung abgewartet werden soll und

- für eine Zwischenlösung pragmatische und kreative Schritte zu ergreifen sind.

Zur Steigerung der Ausbildungszahlen wurden im Rahmen des Gesprächs die folgenden, ersten Maßnahmen verabredet:

- Das MAGS prüft die Umsetzbarkeit im Hinblick auf die Beseitigung bzw. das Rufen von bürokratischen Restriktionen, die eine Erhöhung der Ausbildungsplatzzahlen behindern.
- Die Krankenkassen garantieren eine Finanzierung aller zusätzlichen Ausbildungsplätze.
- Die KGNW sensibilisiert die Krankenhäuser noch einmal bezüglich der planerischen Lockerungen aus dem Jahr 2017.
- Die KGNW benennt Einzelfälle, die gelöst werden sollten.

Das MAGS hat in Aussicht gestellt, im Zuge seiner Prüfungen insbesondere mit den Bezirksregierungen zu sprechen, damit diese kurzfristig die notwendigen Schulanerkennungsbescheide für eine Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsplätze erteilen.

Bezüglich der planerischen Lockerungen aus dem Jahr 2017 hat die KGNW die Mitglieder nochmals auf das entsprechende Rundschreiben zur Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015 und die damit verbundene Verschlinkung des Planungsverfahrens im Bereich der Ausbildungsstätten für Berufe gem. § 2 Nr. 1a KHG hingewiesen.

Für die Erhöhung der Ausbildungsplatzzahlen ist nach dieser Verschlankung kein krankenhauserplanerisches Verfahren mit Klärung des konkreten Bedarfs im Rahmen eines regionalen Planungskonzeptes, keine Prüfung und Entscheidung durch die Krankenhausplanungsbehörden, kein Feststellungsbescheid etc. mehr notwendig.

Eine Erhöhung der Ausbildungsplatzzahlen wird nur noch im Rahmen der staatlichen Schulanerkennung auf der Ebene der Bezirksregierungen festgelegt (mit vorheriger Prüfung der personellen, sächlichen und räumlichen Voraussetzungen und Festlegung einer abschließenden Platzobergrenze). Das MAGS hatte dazu ein Informationsblatt auf seiner Internetseite veröffentlicht.

In dem Informationsblatt ist auch ausgeführt, dass Vergütungsfragen – wie bisher – im Rahmen der maximal zulässigen Ausbildungskapazitäten gem. der staatlichen Schulanerkennung zwischen den Kostenträgern und den Trägern der Ausbildungsstätten unmittelbar abgestimmt und die tatsächlich besetzten Ausbildungsplätze finanziert werden.

Hierzu ist festzuhalten, dass die Krankenkassen in dem o.g. Gespräch am 16.02.2018 eine Finanzierung aller zusätzlichen Ausbildungsplätze garantiert haben.

Die KGNW hat sich gemeinsam mit NRW-Gesundheitsminister Laumann und den gesetzlichen Krankenkassen in einem Schreiben an die Geschäftsführungen der Krankenhäuser

und Schulleitungen der Pflegeschulen gewandt. Darin appellieren sie, die Steigerung der Ausbildungskapazitäten im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bereits zum Herbst 2018 umzusetzen.

Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Der Landtag NRW hat nach der 2. Lesung am 21.03.2018 das Gesetz zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen (Entfesselungspaket I) verabschiedet. Das Entfesselungspaket I sieht in Art. 14 diverse Änderungen und Ergänzungen des KHGG NRW vor.

Die wohl maßgeblichste Änderung des KHGG NRW ist in § 21a KHGG NRW (neu) enthalten, der die neue Einzelförderung regelt. Wesentlich ist aus Sicht der KGNW, dass die neue Förderung nach § 21a KHGG NRW (neu) das System der pauschalen Krankenhausförderung nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW nicht ersetzen, sondern vielmehr ein ergänzendes und zusätzliches Fördererelement darstellen soll.

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens hatte die KGNW mit Blick auf die neue Einzelförderung des § 21a KHGG NRW betont, dass diese ausdrücklich nur als zusätzliches begleitendes Fördererelement dienen kann, der Fokus des Haushaltsgesetzgebers aber weiterhin auf eine Erhöhung der Finanzmittel für die reguläre pauschale Krankenhausförderung nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW ausgerichtet sein muss.

Krankenhausförderung

Im Bereich der Krankenhausförderung war die Arbeit des Referates wiederum besonders geprägt durch die zahlreichen Aktionen des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“.

Im Rahmen des „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ hat das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung erstmals den konkreten Investitionsbedarf in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt im Land ermittelt. Das „Investitionsbarometer NRW“ des RWI hat eine jährliche Förderlücke von 1 Mrd. Euro in Nordrhein-Westfalens Krankenhäusern erhoben. An der Studie haben 93% der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen teilgenommen, die im

Krankenhausplan des Landes aufgenommen und damit förderfähig sind.

Nachtragshaushalt 2017 – Haushaltsplan 2018

Mit dem Nachtragshaushalt 2017 wurde vorgesehen, dass die zusätzlichen 250 Mio. Euro als Mehrbetrag für eine Sofortaufstockung der Krankenhausinvestitionsförderung 2017 vollständig über die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW bereitgestellt werden.

Der Nachtragshaushalt wurde am 12.10.2017 vom Landtag verabschiedet. Damit waren die Voraussetzungen geschaffen, dass die zusätz-



Quelle: eigene Darstellung, KGNW

lichen Mittel noch im Jahr 2017 den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt wurden. Der gesamte Haushaltsansatz für das Jahr 2017 erhöhte sich auf 783,5 Mio. Euro (ohne Landesmittel des Strukturfonds in Höhe von 36 Mio. Euro). Zur Auszahlung gelangten diese Mittel über jeweilige Bescheide über die Gewährung der Fördermittel Mitte November 2017.

Im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen vom 24.01.2018 wurde das Haushaltsgesetz 2018 verkündet. Zum Gesetzesentwurf hatte die KGNW schriftlich und in der öffentlichen Sitzung des Haushalts- und Finanzausschusses am 27.11.2017 ergänzend mündlich Stellung genommen. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass mit dem geplanten Haushalt 2018 das Vorhaben, die Investitionskostenfinanzierung für Krankenhäuser auf ein gesundes Niveau zu heben und den Investitionsstau nicht weiter anwachsen zu lassen, wieder ins Straucheln gerät. Die mit dem Nachtragshaushalt 2017 erfolgte Aufstockung der pauschalen Fördermittel in Höhe von 250 Mio. Euro wurde fast vollständig wieder rückgängig gemacht. Der Haushaltsansatz für das Jahr 2018 sank im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2017 (inklusive Nachtragshaushalt) wieder um rund 200 Mio. Euro. Der Haushaltsansatz 2018 in Höhe von 582.273.400 Euro fiel im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2017 (783.500.000 Euro) um 201.226.600 Euro ab (jeweils ohne Mittel für den Landesanteil am Strukturfonds). Erstmalig – seit der Umstellung auf die Pauschalförderung mit der Einführung des KHGG NRW im Jahr 2008 – waren für die Einzelförderung von Investitionen 33.333.400 Euro vorgesehen.

Investitionsprogramm 2018

Mit Schreiben vom 14.06.2018 hat Minister Laumann dem Landtagspräsidenten das Investitionsprogramm 2018 (Landtagsvorlage 17/869) mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zugesandt.

Die KGNW hatte bereits im Vorfeld zu einer entsprechenden Entwurfsfassung des Investitionsprogramms 2018 gegenüber dem MAGS Stellung genommen.

Mit dem Investitionsprogramm 2018 waren u. a. Ausgabemittel in Höhe von 217 Mio. Euro als Baupauschale veranschlagt. Die Ausgabemittel zur pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter beliefen sich auf 329 Mio. Euro für 2018.

Mit der Einführung des §3021a KHGG NRW im Rahmen des Entfesselungspaketes I war erstmals für das Jahr 2018 eine Einzelfördermöglichkeit vorgesehen, die die Ausweitung entsprechender Förderschwerpunkte im Investitionsprogramm voraussetzt. Im Haushaltsplan NRW 2018 waren dafür rund 33,3 Mio. Euro vorgesehen.

Mit Schreiben vom 08.03.2018 an Minister Laumann hatte die KGNW Vorschläge zur Ausgestaltung der neuen Einzelförderung unterbreitet.

Als Förderschwerpunkt 2018 hat das MAGS schließlich die „Qualitätsverbesserung der Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkran-

kungen sowie der Versorgung von schwerkranken Kindern und Jugendlichen“ festgelegt.

Für eine Einzelförderung im Rahmen dieses Schwerpunktes musste zwingend eines der beiden folgenden Förderkriterien erfüllt sein:

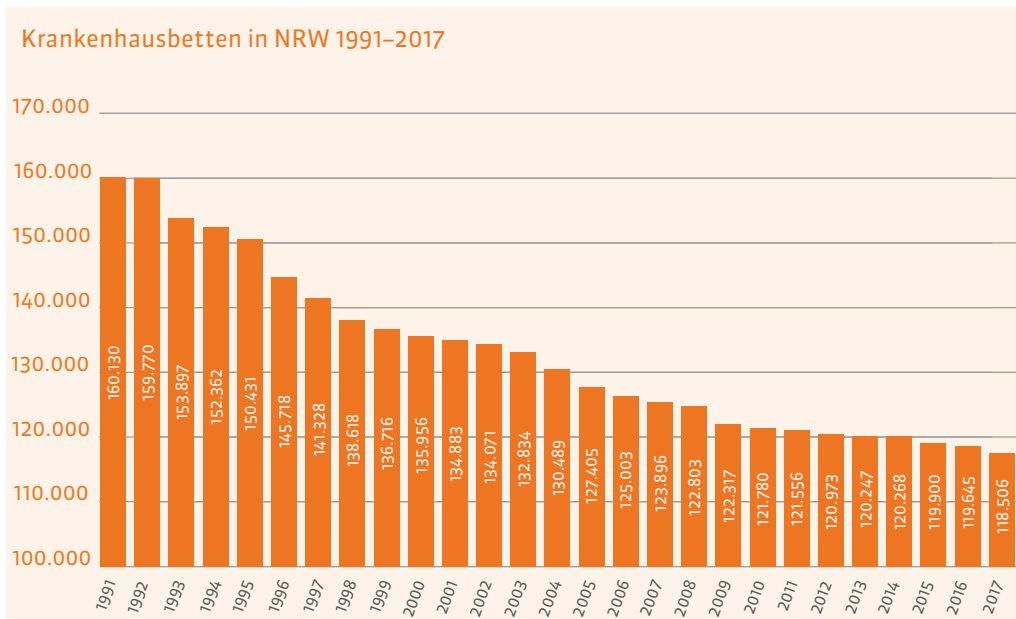
1. „Das Fördervorhaben dient der Stärkung der Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen“ oder
2. „Das Fördervorhaben dient der Stärkung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Palliativmedizin oder der Onkologie“.

Der Zeitraum zur Antragstellung für die Einzelförderung im Jahr 2018 war vom 26.06.2018 bis 23.07.2018 und damit äußerst knapp bemessen.

Zur Umsetzung hatte das MAGS weitere Informationen zum Verwaltungsverfahren auf seiner Homepage unter dem Punkt „Einzelförderung“ zur Verfügung gestellt. Neben den Grundsätzen zur Einzelförderung nach § 21a KHGG NRW für das Jahr 2018 war auch der Antrag auf Einzelförderung nach § 21a KHGG NRW bereitgestellt worden.

Mit Schreiben vom 12.09.2018 an NRW-Gesundheitsminister Laumann hat die KGNW bereits Vorschläge für Förderschwerpunkte 2019 gemacht. Im Einzelnen werden die folgenden Förderschwerpunkte für wichtig erachtet:

- Weiterentwicklung der Notfallversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Ertüchtigungsmaßnahmen in Bezug auf die G-BA-Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gem. § 136c Abs. 4 SGBV: Erstfassung vom 19.04.2018 (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau),
- Bauliche Erweiterungen in der intensivmedizinischen Versorgung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau),
- Bauliche Maßnahmen zur Abmilderung von regionalen Engpässen in der wohnortnahen geburtshilflichen Versorgung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau),
- Weiterentwicklung der Palliativversorgung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau),
- Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen nach § 2 Nr. 1a KHG (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau von Schulen für Gesundheitsfachberufe),
- Bauliche Maßnahmen zur Umsetzung weiterer dezentraler teilstationärer Einheiten in der Psychiatrie mit dem Ziel einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung,
- Notwendige Baumaßnahmen zur weiteren Umsetzung des „integrativen Versorgungskonzeptes Psychiatrie und Psychosomatik“ mit Blick auf den Krankenhausplan NRW 2015.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Landesbetrieb Information und Technik NRW, 2017

Haushaltsplan(-entwurf) 2019

Zum Haushaltsplanentwurf 2019 hat die KGMW mit Schreiben vom 01.10.2018 Stellung bezogen. Der Entwurf umfasst rund 720 Mio. Euro (einschließlich des Landesanteils am Strukturfonds) und damit rund 100 Mio. Euro mehr als der Haushalt 2018 (rund 620 Mio. Euro).

Diese Erhöhung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Investitionsbedarf der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser damit nicht einmal zur Hälfte gedeckt wird. Zudem liegt der Haushaltsplanentwurf 2019 immer noch rund 100 Mio. Euro unter dem Haushalt 2017 (rund 820 Mio. Euro).

Die notwendigen Investitionsmittel in Höhe von 1,5 Mrd. Euro jährlich und dauerhaft für

NRW werden nach wie vor nicht annähernd erreicht. Ein wirksamer und nachhaltiger Fortschritt in der Investitionsfähigkeit der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erfolgt nur äußerst zögerlich. Ein weiteres Anwachsen des Investitionsstaus wird nur sehr zurückhaltend verlangsamt, aber bei Weitem nicht gestoppt.

Weitere und deutlich größere Schritte bleiben zwingend notwendig, um die Krankenhäuser in NRW in die Lage zu versetzen, Investitionen zur Sicherstellung hochwertiger und zukunftssicherer Krankenhausleistungen für die Bevölkerung in NRW umsetzen zu können.

Die Krankenhäuser brauchen eine verlässliche und transparente Aussage darüber, wie das Problem der anerkannten Förderlücke in den nächsten Jahren nachhaltig angegangen wird.

Ein unterstützendes Investitionsprogramm unter Beteiligung der NRW-Bank mit einem Volumen, das sich an dem Programm „NRW.BANK.Gute Schule 2020“ (2 Mrd. Euro) orientiert, würde einen Investitionsschub in den Krankenhäusern auslösen und dazu beitragen können, den bestehenden Investitionsstau in Höhe von 12,5 Mrd. Euro zumindest teilweise abzubauen. An einem solchen Förderprogramm sind die Kommunen nicht zwingend zu beteiligen. Zwingende Voraussetzung eines Investitionsprogramms unter Beteiligung der NRW-Bank wäre, dass die Mittel für Zinsen und Tilgung im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden. Hier handelt es sich nicht um einen Schattenhaushalt, denn der Souverän des Haushalts, der Landtag, entscheidet.

Der Entwurf 2019 umfasst mit 66 Mio. Euro für die Einzelförderung von Investitionen gem. § 21a KHGG NRW (Titelgruppe 60) rund 100 Mio. Euro weniger als ursprünglich für das Jahr 2019 geplant.

Ein erheblicher Anteil dieser Mittel wird nunmehr in die Titelgruppe 82 (Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur (Landesanteil)) verschoben, um den notwendigen Kofinanzierungsanteil des Landes am Strukturfonds mit insgesamt 95 Mio. Euro „querzufinanzieren“.

Damit werden die für die Einzelförderung von Investitionen gem. § 21a KHGG NRW in Aussicht gestellten zusätzlichen Mittel tatsächlich um rund 100 Mio. Euro reduziert und nicht – wie zu erwarten gewesen wäre – an dieser Stelle zur Verfügung stehen. Anstatt ursprünglich geplanter 166,6 Mio. Euro in 2019 werden lediglich 66 Mio. Euro für die Einzelförderung von Investitionen gem. § 21a KHGG NRW bereitgestellt. Es ist zu erwarten, dass selbst eng umgrenzte Förderschwerpunkte für das Jahr 2019 durch die eingehenden Anträge der Krankenhäuser stark überzeichnet sein werden.

An dieser Stelle hätte erwartet werden dürfen, dass der Kofinanzierungsanteil des Landes am Strukturfonds zusätzlich zu den bisher geplanten Mitteln der Investitionsfinanzierung bereitgestellt wird und damit der Kofinanzierungsanteil des Landes am Strukturfonds mit tatsächlich zusätzlichem Geld unterlegt wird. Auch damit wäre das Ziel der Entfesselung aus den Zwängen der seit Jahrzehnten unzureichenden Investitionsförderung durch das Land nachhaltig angegangen worden. Das wäre ein positives Signal mit einem unmittelbaren Nutzen für Patienten und Mitarbeiter gewesen.

Krankenhausstrukturfonds

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) enthält die Rechtsgrundlagen für die Neuaufgabe des Krankenhausstrukturfonds.

Es werden zum einen das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und zum anderen die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV), die u.a. Konkretisierungen zu den

Fördertatbeständen und dem Verfahren vorseht, geändert. Der Entwurf der KHSFV sieht eine Erweiterung der bisherigen Fördertatbestände der Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen von akutstationären Versorgungseinrichtungen vor.

Die Neuauflage des Krankenhausstrukturfonds sieht vor, dass in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich 1 Mrd. Euro inklusive des Landesanteils den Ländern für strukturverbessernde Maßnahmen zur Verfügung stehen werden. Hierbei beträgt der Anteil des Bundes 500 Mio. Euro. Da die zentrale Voraussetzung der Mittelabrufe durch die Länder die Kofinanzierung der Projekte in gleicher Höhe ist, beträgt der Länderanteil ebenfalls 500 Mio. Euro.

Die Mittel des Bundes sollen nach dem sog. Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder verteilt werden; Nordrhein-Westfalen werden voraussichtlich rund 105 Mio. Euro jährlich zustehen. Aufgrund der Tatsache, dass die Länder 50% der förderfähigen Kosten zu tragen haben, sind im Haushalt 2019 insgesamt 95 Mio. Euro eingeplant. Berücksichtigt dabei ist eine Eigenbeteiligung durch die Krankenhausträger in Höhe von rund 10 Mio. Euro. Die rund 105 Mio. Euro aus dem Strukturfonds, die 95 Mio. Euro aus dem Landeshaushalt und der Eigenanteil der Krankenhausträger bilden zusammen rund 210 Mio. Euro, die den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern jährlich ab 2019 bis 2022 zustehen werden.

Ausweislich eines Berichtes des MAGS zum Thema „Strukturfonds zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen“ für den Ausschuss für

Arbeit, Gesundheit und Soziales des nordrhein-westfälischen Landtags vom 23.10.2018 hat die Landesregierung bislang noch keine Kriterien hinsichtlich der Förderung aus dem neuen Krankenhausstrukturfonds festlegen können, da das Gesetzgebungsverfahren zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz auf Bundesebene noch nicht abgeschlossen war und demzufolge die neuen Rahmenbedingungen, wie etwa die Fördertatbestände, noch nicht verbindlich festgestanden haben.

Ein Gesamtkonzept mit fachlichen Schwerpunkten und konkreten Kriterien wird unmittelbar nach Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom MAGS ausgearbeitet.

Investitionsbewertungsrelationen

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

Am 09.03.2018 wurde der Katalog der Investitionsbewertungsrelationen 2018 durch das InEK vorgelegt. Es ist der fünfte Katalog nach der erstmaligen Veröffentlichung im Jahr 2014. Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Vorgehensweise bei der Datenzusammenstellung in den Krankenhäusern, der Datenprüfung und der Erstellung der Kalkulationsbasis im InEK, der Berechnung der Bezugsgröße und der Bewertung der Zusatzentgelte unverändert. Insgesamt haben 46 Krankenhäuser erfolgreich an der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen teilgenommen.

Neben dem Katalog der Investitionsbewertungsrelationen hat das InEK die Bezugsgröße für das Jahr 2018 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 2018 als mittlere Investitionskosten je Fall beträgt 316,65 Euro. Berechnet werden diese mittleren Investitionskosten auf Basis der Fallmenge, die für die Berechnung der DRG-Fallpauschalen verwendet wurde.

Auf Basis des bundesweiten Casemix der Investitionsbewertungsrelationen und unter Berücksichtigung des BpflV-Bereiches konnte für das Jahr 2018 unter Einbeziehung von Fallzahlsteigerungen und Veränderung des Baupreisindex ein bestandserhaltender Investitionsbedarf von über 6 Mrd. Euro (ohne Universitätskliniken) ermittelt werden. Die Förderung der Universitätskliniken ergibt sich aus den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau. Noch nicht berücksichtigt ist hierbei der jährliche Investitionsbedarf für Ausbildungsstätten sowie Forschung und Lehre.

Ausgleichsfonds

Verhandlungen zum Ausgleichsfonds 2019

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

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 Anpassungen der Rahmenvereinbarungen erforderlich.

Die Vertragsanpassungen der Rahmenvereinbarung „KHK“ in den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe sind im April 2018 erfolgt.

Die Vertragsanpassungen der Rahmenvereinbarung „Brustkrebs“ in den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe sind im Oktober 2018 dem BVA vorgelegt worden.

Des Weiteren hat das Inkrafttreten der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) zum 25.05.2018 bestimmte Anpassungspflichten sowohl in den bestehenden Rahmenvereinbarungen als auch in den Gesellschaftsverträgen ausgelöst.

Berufe (Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 KHG) vom 20.12.2007 und den hierin zwischen den Verbänden der Kostenträger sowie der KGNW vereinbarten Verfahrensregelungen hat die KGNW die Datenerhebung zur Umsetzung des Ausgleichsfonds 2019 abgeschlossen.

Die Krankenhäuser in NRW sind mit Schreiben vom 18.07.2018 gebeten worden, die erforderlichen Daten – entsprechend der Prozedere in den vergangenen Jahren – zur Verfügung zu stellen.

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

Derzeit wird hierauf basierend zwischen den Verbänden der Kostenträger und der KGNW einvernehmlich eine Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2019 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.

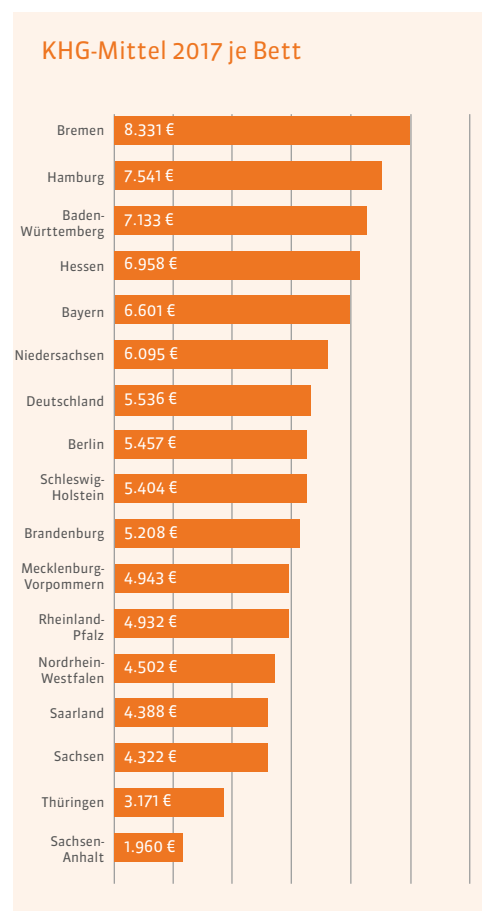
Weiterhin wird die Liste der einzubeziehenden Krankenhäuser für die Umsetzung des Ausgleichsfonds im Jahr 2019 mit dem MAGS abgestimmt.

Ausgleichsverfahren für das Wirtschaftsjahr 2017

Für das Ausgleichsjahr 2017 ist es möglich – aufgrund der sich abzeichnenden Liquiditätssituation des Fonds –, den Ausgleich mit den Krankenhäusern durchzuführen und zum 31.12.2018 das Jahr 2017 ausgleichstechnisch abzuwickeln.

Sobald die Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2019 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: Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG, vdek

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL)

Seit dem 16.11.2016 ist die vom Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossene sektorenübergreifende Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (QM-RL) in Kraft. Sie gilt sektorenübergreifend für alle niedergelassenen Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäuser.

Damit wurde der Einsatz einer ganzen Reihe von QM-Instrumenten nicht nur für Krankenhäuser, sondern auch für alle anderen Leistungserbringer verpflichtend. Das reicht vom 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.

Mit dem § 6 QM-RL wurde gleichzeitig das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, methodische Hinweise und Empfehlungen zu entwickeln, wie eine Erhebung und Darlegung des Standes der Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erfolgen könnte. Das IQTIG hat am 31.10.2017 dem G-BA einen Abschlussbericht zur Erhebung und Darlegung des Umsetzungsstandes des Qualitätsmanagements vorgelegt und darin die Nutzung eines Fragebogens vorgeschlagen. Dieser Abschlussbericht hat die

Mitglieder der G-BA AG weder inhaltlich noch methodisch überzeugt. Während des Jahres 2018 wurden bei der DKG andere Vorschläge zur Evaluation des Umsetzungsstandes des Qualitätsmanagements erwogen. Für den niedergelassenen Bereich sprachen sich die KBV und die KZBV für eine leicht modifizierte Weiterführung der dort bereits im 2-Jahres-Rhythmus durchgeführten Stichprobenbefragung (2 bzw. 2,5 %) aus.

Inzwischen läuft die Diskussion auch in der DKG auf eine etwas veränderte Befragung der Krankenhäuser, vergleichbar mit KBV und KZBV, hinaus. Einen G-BA Beschluss dazu wird es erst im Jahr 2019 geben.

Mindestmengenregelungen (Mm-R)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17.11.2017 eine Neufassung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für planbare stationäre Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, beschlossen.

Für die Festlegung einer Mindestmenge reicht es nun aus, dass die Studienlage auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hinweist. Der G-BA hat auch eine neue Verfahrensordnung für die Beratungen zur Festlegung von Mindestmengen beschlossen.

Zukünftig muss der Krankenhausträger gegenüber den Krankenkassen jährlich durch eine Prognose darlegen, dass die erforderliche

Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht wird, ansonsten besteht kein Vergütungsanspruch. Die Ausnahmetatbestände für ein Abweichen von den zu erreichenden Mindestmengen wurden im Vergleich zur alten Regelung erheblich eingeschränkt.

Auf Basis der Neuregelung der Mm-R wurden in 2018 die Beratungen im G-BA zu konkreten Mindestmengen intensiviert.

Der GKV-SV und die Patientenvertretung im G-BA forderten bezüglich der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250g für Level-1-Zentren eine Mindestmengenerhöhung von 14 auf 30 Geburten pro Krankenhaus.

Der GKV-SV forderte auch eine Änderung der Mindestmengenregelung für die Stammzelltransplantation. Inhaltlich soll die bestehende Mindestmengenregelung (25) durch Streichung der OPS-Codes für die autologen Stammzelltransplantationen auf die allogenen Stammzelltransplantationen beschränkt werden. Dies würde einer Erhöhung der Mindestmenge für die allogenen Stammzelltransplantationen gleichkommen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat außerdem im Juli 2018 die Einleitung des Beratungsverfahrens über die Festlegung einer Mindestmenge für die chirurgische Behandlung des Bronchialkarzinoms sowie für die chirurgische Behandlung des Mammakarzinoms beschlossen.

Bis zum Berichtszeitpunkt (23.11.2018) sind allerdings noch keine konkreten Beschlüsse zu neuen oder zur Anhebung alter Mindestmengen im G-BA gefasst worden. Die KGNW hat sich intensiv an den Beratungen der Mindestmengen in den Gremien der DKG beteiligt.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

Im Jahr 2016 hatte das IQTIG elf Indikatoren aus dem Bereich Gynäkologie, Mammachirurgie und Geburten als planungsrelevante Qualitätsindikatoren ausgewählt. Am 31.10.2018 hat der G-BA erstmals die Ergebnisse der elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Excel-Datei einrichtungsbezogen veröffentlicht. Die KGNW hat dazu mit Rundschreiben informiert und allen betroffenen Häusern empfohlen, die eigenen Ergebnisse aufmerksam zu prüfen und sich bei Fehlern in den Daten oder Unrichtigkeiten in der Ergebnisdarstellung an den G-BA zu wenden.

Insgesamt gab es die Bewertung „unzureichende Qualität“ im Verfahren „Gynäkologische Operationen“ 2-mal (bundesweit 13-mal), im Verfahren „Geburtshilfe“ 6-mal (bundesweit 28-mal) und im Verfahren „Mammachirurgie“ 9-mal (bundesweit 32-mal). Die meisten Auffälligkeiten ergaben sich bei den Indikatoren „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“, „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ und „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“.

Ein am 12.11.2018 von Spiegel Online veröffentlichter Artikel mit dem Titel „73 Krankenhäuser liefern ‚unzureichende Qualität‘“, in dem das IQTIG als „Krankenhaus-TÜV“ bezeichnet und von der Auswertung von Abrechnungsdaten gesprochen wurde, hat bei vielen betroffenen Krankenhäusern umfangreiche Nachfragen der Lokalpresse ausgelöst. Dabei wurden einige Fälle bekannt, die darauf hindeuten, dass Krankenhäusern unberechtigterweise „unzureichende Qualität“ unterstellt wird. Die KGNW unterstützte die betroffenen Krankenhäuser in der Kommunikation mit der Presse und wird die Auswirkungen der Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen Ergebnisse und insbesondere mögliche Mängel im Verfahren im G-BA und mit dem IQTIG diskutieren.

Im Lenkungsausschuss QS-NRW haben sich Krankenkassen, Ärztekammern, Patientenvertreter und KGNW für einen gemeinsamen Appell an G-BA und IQTIG ausgesprochen, die Instrumente zu überprüfen, die Werkzeuge zur Datenvalidierung rechtzeitig und funktionsfähig zur Verfügung zu stellen und vor allem zukünftig größere Sorgfalt vor der Veröffentlichung von Ergebnissen walten zu lassen und im Zweifel auf Veröffentlichung in der aktuellen Form zu verzichten.

Auffälligkeiten bei den Plan-QIs

NRW hat durch den § 13 Abs. 2 KHGG eine Nutzung der Plan-QIs in die Krankenhausplanung von einer vorherigen Beratung im Landesausschuss für Krankenhausplanung abhängig ge-

macht. Bisher hat er dazu noch keine Beschlüsse gefasst. Jedoch hat sich das Ministerium vorbehalten, über die Bezirksregierungen den Auffälligkeiten aufsichtsrechtlich nachzugehen, um sicherzustellen, dass in den Krankenhäusern Mängel zeitnah abgestellt werden. Auch die Landesverbände der Krankenkassen in NRW haben angekündigt, dass sie sich die Ergebnisse der Plan-QI-Auswertungen intensiv anschauen und ggf. in Gesprächen mit den betroffenen Krankenhäusern thematisieren werden.

Konzept des IQTIG

Außerdem legte das IQTIG im April 2018 den Abschlussbericht zu „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Prüfung der Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen“ vor. Dort destillierte das IQTIG aus der Prüfung der Mindestmengenregelungen und der Strukturrichtlinien insgesamt 269 konkret mess- und prüfbare Anforderungen heraus, die als Plan-QI geeignet seien. Dieser Vorschlag des IQTIG wurde im G-BA bis jetzt nicht weiter beraten.

Im Oktober 2018 hat das IQTIG ein „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ erstellt. In diesem Konzept geht es um die Entwicklung von neuen Plan-QIs außerhalb der bestehenden QS-Verfahren. Dieses Konzept befindet sich zum Berichtszeitpunkt im Stellungnahmeverfahren der Verbände und soll dann dem G-BA zu weiteren Beratungen vorgelegt werden.

Richtlinie zu Qualitätsverträgen (QV-RL)

Bereits im Mai 2017 hat der G-BA die Leistungsbereiche „Endoprothetische Gelenkversorgung“, „Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten“, „Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“ sowie „Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“ festgelegt, zu denen Qualitätsverträge nach §110a SGB V abgeschlossen werden können.

Am 16.07.2018 haben nun GKV-Spitzenverband und die DKG die Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung unterzeichnet.

Auf dieser Grundlage können Krankenhäuser und Krankenkassen erste Gespräche über mögliche Qualitätsverträge beginnen. Zum Jahreswechsel sollen vom G-BA weitere Dokumente zur Verfügung gestellt werden, insbesondere Empfehlungen zu Ausgestaltungen der Projektpläne und Anforderungen zur Dokumentation der Ergebnisse.

Der Vorstand der KGNW hat in seiner Sitzung vom 26.09.2018 eine Empfehlung an die Krankenhäuser zum Abschluss von Qualitätsverträgen für die „vulnerablen“ Leistungsbereiche „Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten“, „Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“ und „Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“ ausgesprochen.

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 im Erfassungsjahr 2017 rund 2,5 Millionen Datensätze von 1.516 Krankenhäusern an 1.834 Standorten als dokumentationspflichtig erfasst und ausgewertet (NRW-Zahlen folgen in einem eigenen Kapitel). Die Vollständigkeit der gelieferten Daten liegt mit etwa 100% wie auch in den letzten Jahren unverändert hoch. Das Erreichen der Qualitätsziele wird anhand von insgesamt 242 Indikatoren gemessen und ergab für das Jahr 2017 eine insgesamt sehr gute Qualität der Krankenhausversorgung, die auch im internationalen Qualitätsvergleich einzigartig ist. Die QS-Arbeitsgruppen führen mit den Krankenhäusern einen intensiven strukturierten Dialog, um aus auffälligen Ergebnissen zu lernen. Auf der 1. Informationsveranstaltung von QS-NRW am 09.10.2018 in Münster wurden die Entwicklungen und Herausforderungen in der gesetzlichen Qualitätssicherung aufgezeigt und die Tendenzen der kommenden Jahre thematisiert (siehe gesonderten Abschnitt dazu).

Mit dem Verfahrensjahr 2018 wurden zahlreiche Änderungen an der externen stationären Qualitätssicherung wirksam. Neben der quartalsweisen Datenübermittlung, der auf den 15.02. vorgezogenen Abgabe der QSKH-Soll- und Risikostatistik, wurde auch

eine Dokumentationsrate von 100% in allen QSKH-Verfahren eingeführt. Im Falle einer Unterschreitung der 100%-Dokumentationsrate drohen Vergütungsabschläge. Krankenhäuser haben gem. § 24 Abs. 2 QSKH-RL jedoch die Möglichkeit, eine unverschuldete Unterschreitung geltend zu machen.

Der G-BA hat hierzu den Auftrag an das IQTIG vergeben, einen Katalog unverschuldeter Unterdokumentation zu erstellen, der als Argumentationshilfe für die Krankenhäuser dienen sollte. Die DKG und die KGNW haben den IQTIG-Katalog und das zugrunde liegende Konzept zur Bewertung einer unverschuldeten Unterschreitung massiv kritisiert und bei den G-BA-Bänken Anklang gefunden. Der IQTIG-Katalog wurde mit einem Addendum veröffentlicht, aus dem eindeutig hervorgeht, dass der Katalog als Bewertungsgrundlage für eine unverschuldete Unterschreitung ungeeignet ist. In den weiteren Beratungen des G-BA sollte eine Stärkung der Landesebene umgesetzt werden, die nach der QSKH-Richtlinie eine schriftliche Einschätzung zu den von Krankenhäusern vorgetragenen Gründen einer unverschuldeten Unterschreitung abgeben muss. Auf NRW-Landesebene finden zum Berichtszeitpunkt (22.11.2018) Gespräche statt, um einen Prozess zum Umgang mit Meldungen einer unverschuldeten Unterschreitung zu erarbeiten.

Datenerfassung (Verfahrensjahr 2017)

An dem externen stationären Qualitätssicherungsverfahren gem. § 136 SGB V haben sich für das Verfahrensjahr 2017 insgesamt 355 Krankenhäuser mit 494 Standorten in Nord-

rhein-Westfalen beteiligt. Von diesen wurden in den 16 auf Landesebene betreuten indirekten Leistungsbereichen 544.391 Datensätze (2016: 543.080) für die Berechnung der Qualitätsindikatoren mit zusammen 266 Qualitätsindikatoren nach einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert. Auf dieser Datenbasis wurden von der Geschäftsstelle QS-NRW auch 2018 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 124 Qualitätskennzahlen hinzu.

Strukturierter Dialog (Verfahrensjahre 2017)

In 3.055 Fällen (2016: 2.855) wurde in NRW aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten der Strukturierte Dialog eingeleitet. In diesem Zuge wurden 1.074 Hinweise (2016: 746) versandt und 1.981 Stellungnahmen (2016: 2.109) angefordert. Dabei zeigte sich erneut, dass die Kliniken die Qualität der Leistungserbringung bis auf wenige Ausnahmen kontinuierlich weiter verbessert haben. Im Rahmen des Strukturierten Dialoges werden Krankenhäuser auf Auffälligkeiten hingewiesen, zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, in 62 Fällen (60 im Verfahrensjahr 2016) werden ergänzend Klinikgespräche geführt und bei Verbesserungsbedarf ca. 440 Zielvereinbarungen (400 im Verfahrensjahr 2016) geschlossen.

Abschlussbericht (Verfahrensjahr 2016)

Von der Geschäftsstelle QS-NRW wurde ein Bericht über die Umsetzung der einrich-

tungsübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen für das Verfahrensjahr 2016 in der vorgegebenen bundeseinheitlichen Form erstellt und an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesandt. Der Bericht enthält u. a. auch Detailanalysen zu acht Qualitätsindikatoren mit besonderem Analysebedarf aus Sicht der Bundesebene, drei weitere Schwerpunktindikatoren, keine neuen Anfragen der AG externe stationäre Qualitätssicherung des G-BA, vier mit Abweichungen des NRW-Durchschnitts vom Bundesreferenzwert und elf 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.

Informationsveranstaltung QS-NRW am 09.10.2018 in Münster

Der Lenkungsausschuss QS-NRW hat sich darauf verständigt, neben den Ergebniskonferen-

zen Informationsveranstaltungen einzuführen und diese im jährlichen Wechsel durchzuführen. Die Informationsveranstaltungen sollen sich hierbei gleichermaßen an QS-Einsteiger richten als auch dem Erfahrungsaustausch der QS-Profis dienen. Dabei sollen insbesondere die Komplexität der Qualitätssicherungsverfahren und Anforderungen an die Leistungserbringer aufgegriffen werden.

Die 1. Informationsveranstaltung QS-NRW „Externe QS: Austausch zwischen ‚Einsteigern‘ und ‚Profis‘“ am 19.10.2018 in Münster wurde von 300 Teilnehmern und Anwendern aus Krankenhäusern, Selbstverwaltung und Politik besucht. In Workshops wurden Informationen, Hinweise und Empfehlungen für Einsteiger und Profis in der Qualitätssicherung präsentiert und das Spannungsfeld Qualitätssicherung und QS-Software aufgegriffen.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

G-BA-Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-Richtlinie) und zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-Richtlinie)

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 wurden die Voraussetzungen geschaffen, sektorenübergreifend die Qualität der Leistungserbringer zu überprüfen (vgl. Begründung zum GKV-WSG). Im Jahr 2010 hatte der G-BA die Richtlinie „Richtlinie

gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V“ (Qesü-RL) verabschiedet. Mit dem Eckpunktebeschluss des G-BA vom 21.07.2016 zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung wurde sich auf die Umsetzung einheitlicher Rahmenbedingungen für alle Qualitätssicherungsverfahren des G-BA verständigt. Der G-BA-Beschluss vom 19.07.2018 führt diese Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung fort und setzt diese Bestrebungen mit der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Quali-

tätssicherung (DeQS-Richtlinie) um. Ziel der neuen DeQS-Richtlinie ist die Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen und Strukturen der sektorspezifischen und einrichtungs- und sektorenübergreifenden datengestützten Qualitätssicherung. Hierzu sollen die QS-Verfahren der Qesü-, QSKH-, Plan-QI- und QSD-RL sukzessive in die DeQS-RL überführt werden. Mit dem G-BA-Beschluss vom 22.11.2018 werden die QS-Verfahren der Qesü-Richtlinie bereits mit Wirkung zum 01.01.2019 in die neue DeQS-Richtlinie überführt und die Qesü-Richtlinie außer Kraft gesetzt.

Neben den bereits dokumentationspflichtigen Qesü-Verfahren „Perkutane Koronarangiografie und-intervention (QS PCI)“ und „Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen (QS WI)“ wird ab dem 01.01.2019 die Qualitätssicherung der Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie) eingeführt.

Datenannahmestelle für sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Mit dem Beschluss der außerordentlichen Mitgliederversammlung der KGNW vom 30.05.2017 hat die KGNW die Funktion der Datenannahmestelle „Krankenhaus für die sektorenübergreifenden QS-Verfahren“ übernommen. Für

einen zügigen Ablauf der neuen Regelungen der DeQS-Richtlinie, die – wie auch die Qesü-Richtlinie – eine klare Funktionstrennung der Datenannahme und Auswertung vorsieht, hat der KGNW-Vorstand am 26.09.2018 die Abwicklung des QS-Verfahrens Cholezystektomie (QS CHE) über die Datenannahmestelle Krankenhaus bei der KGNW beschlossen.

Die KGNW muss sich auf die Übernahme weiterer QS-Verfahren aus der DeQS-RL vorbereiten. Sie wird die Neuausrichtung der QS der Krankenhäuser nutzen und sich zusammen mit ihren Mitgliedern als aktiver Gestalter der Qualität der Krankenhausversorgung in NRW positionieren.

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. Im Jahr 2018 wurde das Qesü-Portal um weitere Funktionen ergänzt.

Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft Qesü

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 die Bildung von Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) und die Einrichtung einer Geschäftsstelle vor.

Der Landesvertrag zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen (LAG-Qesü-NRW) ist zum 01.01.2018 in Kraft getreten, wodurch auch die vertragliche Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft für die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen (LAG Qesü NRW) erfolgt ist. Am 22.01.2018 fand die konstituierende Sitzung des Lenkungsgremiums der LAG Qesü NRW statt. Das Lenkungsgremium ist durch die genannten Organisationen paritätisch besetzt. Die Stimmenverteilung im Lenkungsgremium der LAG Qesü NRW ist im Landesvertrag der LAG Qesü NRW im § 2 Abs. 3 geregelt.

Im Rahmen der am 19.07.2018 beschlossenen Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung werden die aufgebauten Strukturen der Qesü-Richtlinie beibehalten und auf den Regelungsbereich der DeQS-Richtlinie angepasst. Die hierzu erforderliche Anpassung wurde in der Sitzung des Lenkungsgremiums der LAG Qesü NRW am 19.11.2018 beschlossen. Die Rechtsgrundlage Qesü-RL wird zum 01.01.2019 durch die DeQS-RL ersetzt.

Das Lenkungsgremium der LAG Qesü NRW hat die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Geschäftsstelle Qesü NRW beauftragt. Dabei stehen insbesondere die Betreuung der Fachkommissionen, die Vorbereitung von Sitzungen des Lenkungsgremiums sowie das Erstellen von Berichten an den G-BA im Vordergrund. Das Stellungnahmeverfahren gem. §17Qesü-RL wird von den Geschäftsstelle

Qesü NRW in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringerorganisationen durchgeführt.

Die themenbezogenen Fachkommissionen sind für die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Empfehlung geeigneter QS-Maßnahmen gem. §5 Abs. 5 Qesü-RL einzurichten. Sie übernehmen die fachliche Bewertung von Auffälligkeiten und geben eine Empfehlung an die LAG zum weiteren Vorgehen ab. Die abschließende Entscheidung und Verantwortung obliegt dem Lenkungsgremium der LAG Qesü NRW. In NRW wurden die themenbezogenen Fachkommissionen PCI und QS WI zur Aufnahme der ihnen übertragenen Aufgaben gegründet.

Datenerfassung 2016 und 2017

Das QS-Verfahren PCI ist seit dem Erfassungsjahr 2016 Bestandteil der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gem. Qesü-RL. In dem sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren werden Koronarangiografien und -interventionen im Krankenhaus und in der vertragsärztlichen Versorgung betrachtet.

In dem ersten Erfassungsjahr, welches von zahlreichen technischen und organisatorischen Problemen begleitet wurde, haben 260 Krankenhausstandorte aus Nordrhein-Westfalen 172.673 PCI-Datensätze übermittelt und damit eine Vollzähligkeit von 98% erzielen können. Aufgrund fehlender Strukturen auf NRW-Landesebene sowie der zahlreichen technischen und organisatorischen Probleme wurde für das erste Erfassungsjahr 2016 auf

ein Stellungnahmeverfahren bei Qualitätsauffälligkeiten verzichtet.

Im zweiten Erfassungsjahr – 2017 – wurden neben den dokumentationspflichtigen PCI-Datensätzen erstmals auch die Daten des neuen QS-Verfahrens Vermeidung nosokomialer Wundinfektionen (Modul NWIF) erhoben. Insgesamt haben 280 Krankenhausstandorte die 179.460 PCI-Datensätze 2017 an die Datennannahmestelle Krankenhaus bei der KGNW übermittelt. Das entspricht einer Vollständigkeit von 102 % für den Krankenhausesektor. Für das Modul NWIF wurden 85.746 Datensätze aus 289 Krankenhäusern übermittelt. Die NWIF-Datensätze werden über die Zusammenführung mit den Sozialdaten der Krankenkassen Auskunft über nosokomiale Infektionen geben, die im Nachgang von vorherigen Operationen aufgetreten sind. Die sehr aufwendige Zusammenführung der Sozialdaten mit der NWIF-Dokumentation aus den Krankenhäusern führt dazu, dass nicht vor Mitte 2019 Ergebnisse zu den übermittelten Datensätzen erwartet werden. Der zweite Bestandteil des QS-Verfahrens QS WI, die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement in operierenden Einrichtungen, wurde erstmals bis zum 30.04.2018 retrospektiv für das Jahr 2017 erhoben. Die Einrichtungsbefragung ambulant (NWIEA) wurde von 153 Krankenhäusern

dokumentiert, die Einrichtungsbefragung stationär (NWIES) von 208 Krankenhäusern.

Das Stellungnahmeverfahren für das Jahr 2017 wird unter organisatorischer Einbeziehung der Leistungserbringerorganisationen stattfinden, sodass die KVen die Vertragsärzte kontaktieren werden und die KGNW mit den Krankenhäusern in Kontakt treten wird. Die fachliche Bewertung obliegt den Fachkommissionen, deren Betreuung durch die Geschäftsstelle Qesü NRW erfolgt. Der konkrete Ablauf sowie die hierfür notwendigen Prozesse werden aktuell konzipiert und umgesetzt.

Für das QS-Verfahren PCI 2017 werden die 318 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren der Leistungserbringer (Vertragsärzte und Krankenhäuser) im Stellungnahmeverfahren geklärt werden. Hierfür wird die KGNW-Geschäftsstelle mit Rückfragen auf 190 Krankenhäuser zugehen und die KVen werden an 34 Vertragsärzte herantreten (Stellungnahmeverfahren). Für die Einrichtungsbefragung stationär (Krankenhäuser und Belegärzte) wird die Fachkommission mit acht Leistungserbringer das Stellungnahmeverfahren führen und für die Einrichtungsbefragung ambulant (ambulant operierende Krankenhäuser und Vertragsärzte) werden 27 Leistungserbringer und Einrichtungen aufgefordert, Stellung zu nehmen.

QR-Check: Qualitätssicherung mit Routinedaten

Im Berichtszeitraum 2018 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 administrati-

ve Zwecke erhoben werden. Die Krankenhauszweckverbände in den beiden Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe stellen ihren Mitgliedshäusern Auswertungen der QR-Check-Indikatoren zur Verfügung, welche die Krankenhäuser für das interne Qualitätsmanagement und die Qualitätsdiskussionen mit den Krankenkassen nutzen können.

Im Zuge der Pflege und Weiterentwicklung konnte eine Vielzahl von Änderungswünschen der Anwender von QR-Check-Indikatoren umgesetzt werden. Weitere Anpassungen und Weiterentwicklungen werden auch für das Projekt „QR-Check 2019“ folgen und in enger Abstimmung gemeinsam beschlossen.

Strukturierter Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V

Im Jahr 2018 sind die Krankenhäuser verpflichtet, bis spätestens 15.11.2018 einen Strukturierten Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V für das Berichtsjahr 2017 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu erstellen und diesen als XML-Dokument bei der Datenannahmestelle der Krankenkassen abzugeben.

Die KGNW berät die Krankenhäuser in NRW inhaltlich bei der Erstellung der Qualitätsberichte bis zum letzten Abgabetermin am 15.11.2018 und bei der späteren Integration der Daten aus der Qualitätssicherung.

Deutsches Krankenhaus Verzeichnis – Relaunch

Auch im Jahr 2018 hat die KGNW ihre Mitglieder dabei unterstützt, von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, aktuelle Leistungsdaten und Änderungen in der personellen und organisatorischen Struktur ihres Hauses in das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis DKV (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) einzupflegen.

Das DKV, das von der Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung

GmbH (DKTIG) bereitgestellt wird, soll 2019 größtenteils überarbeitet und mit neuen Funktionalitäten ausgestattet werden. Die DKTIG hat dafür einen Steuerungskreis „Relaunch DKV“ zusammengerufen, dem auch die KGNW angehört. In den bisherigen drei Treffen des Steuerungskreises in 2018 konnten u. a. ein Zeitplan und wesentliche Anforderungen an eine intuitivere Benutzeroberfläche eingebracht werden.

Landeskrebsregister NRW: Epidemiologisches Krebsregister und Klinisches Krebsregister

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 SGBV gegeben. Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz ist die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage, auf Basis derer die Landesregierung NRW am 27.01.2016 das Landeskrebsregistergesetz (LKR) umgesetzt hat. Die KGNW hat in 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 LKR 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, hatte die KGNW zum Einstieg in den Meldeprozess bereits am 03.05.2016 gemeinsam mit dem LKR eine Informationsveranstaltung zum neuen Landeskrebsregistergesetz und der bestehenden Meldever-

pflichtung 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 durch das aQua-Institut für die Spezifikation 2018 noch nicht realisiert werden, ist jedoch inzwischen damit beauftragt worden. Im Frühjahr 2019 soll die neue Spezifikation den Softwareanbietern zur Umsetzung vorliegen. Hier ist weiterhin der gemeinsame Dialog zwischen dem Landeskrebsregister NRW, den Softwareanbietern und der KGNW (stellvertretend für die Interessen der Krankenhäuser) zwingend erforderlich, um die Umsetzung der noch zu veröffentlichen Spezifikation zu begleiten, sodass zeitnah Krankenhäuser über die Implementierung verfügbarer Softwaremodule in die Lage versetzt werden, Meldungen in entsprechender Qualität und Quantität vorzunehmen. Informationen zu der Meldeverpflichtung sowie Empfehlungen für die Umsetzung im Krankenhaus wurden mittels KGNW-Rundschreiben kommuniziert.

12. Krankenhaus-Qualitätstag NRW am 27.06.2018 in Duisburg



Rund 130 Teilnehmer aus NRW haben am 27.06.2018 im Haus der Unternehmer in Duisburg den 12. Krankenhaus-Qualitätstag besucht.

Im Zentrum der Vorträge, Workshops und Diskussionen stand das Thema „Qualitätsmanagement und Digitalisierung“. Daneben wurde über die Zukunftsperspektive des Qualitätsmanagements sowie über Umsetzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie und die Neuerungen im Strukturierten Qualitätsbericht

der Krankenhäuser diskutiert. Der Krankenhaus-Qualitätstag fand in Kooperation mit der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) statt. Die KGNW hat über die Änderungen bei der Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichtes für das Berichtsjahr 2017 informiert.



Horst Imdahl, Geschäftsführer der Städtischen Kliniken Mönchengladbach und langjähriger Vorsitzender der Kommission Qualitätsmanagement der KGNW

In seiner Eröffnungsrede kritisierte Horst Imdahl, Geschäftsführer der Städtischen Kliniken Mönchengladbach, die vom G-BA regulierte gesetzliche Qualitätssicherung. Die Instrumentalisierung der Qualitätssicherung zur strukturpolitischen Veränderung der Krankenhauslandschaft führe immer häufiger dazu, dass das eigentliche Ziel einer Qualitätsverbesserung der Versorgung aus dem Blick gerate. Immer häufiger würde versucht, durch

ökonomischen Druck oder mit vergütungsrelevanten Anreizen die medizinischen und therapeutischen Entscheidungen der Ärzte zu beeinflussen. Imdahl betonte die Bedeutung des Arztethos. Das ärztliche Handeln zum Wohlergehen des Patienten sei die Grundlage für qualitätsorientierte Medizin und müsse als Zielsetzung von den Krankenhäusern, den Krankenkassen und der Gesundheitspolitik wieder mehr in den Fokus gestellt werden.

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

Das in 2012 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.

Seit dem 01.11.2018 sind zu den bekannten Projektpartnern KGNW, Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe auch die Apothekerkammern Nordrhein

und Westfalen-Lippe hinzugekommen. Damit wird CIRS-NRW von allen großen Verbänden der Leistungserbringer getragen.

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 1.433 Berichte (Stand: 15.11.2018) 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 KGNW hat CIRS-NRW auf der Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit am 03.05.2018 in Berlin vertreten.

Konformitätserklärungen für Teilnehmer

Nimmt ein Krankenhaus freiwillig, aber nachweislich, an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem teil, kann es hierfür Vergütungszuschläge gem. § 17b Abs. 1a Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Höhe von 0,20 Euro je abgerechnetem vollstationären Fall in Rechnung stellen. CIRS-NRW erfüllt die in der „Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme“ (üFMS-B) des G-BA festgelegten Anforderungen für ein solches Fehlermeldesystem. 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. Für das Budgetjahr 2018 wurden bis jetzt 230 Bescheinigungen ausgestellt (Stand: 15.11.2018).

KGW-Fachtagung „Praxisdialog Krankenhaus-IT und -Medizintechnik 2018“



Die Referenten auf der Fachtagung am 10.01.2018 informierten über „Chancen und Risiken der Digitalisierung“. Im Bild (v. l. n. r.): Dr. Volker Lücker, Rechtsanwalt bei der Kanzlei Lücker in Essen, Lukas Mempel, Leiter Datenschutz und Datensicherheit bei der Sana Kliniken AG, Dr. Bernd Schütze, Senior Experte Medical Data Security bei der Telekom Healthcare Solutions, Prof. Dr. Peter Haas, Fachbereich Medizinische Informatik, Fachhochschule Dortmund, Prof. Dr. Thomas Lux, Fachbereich Gesundheitswesen der Hochschule Niederrhein, Krefeld, und Burkhard Fischer, Referatsleiter Qualitätsmanagement IT und Datenanalyse bei der KGNW.

Am 10.01.2018 veranstaltete die KGNW zum vierten Mal den Fachdialog „Krankenhaus-IT und -Medizintechnik“. Die Veranstaltung in Dortmund bot rund 100 Teilnehmern, darunter IT-Leiter, Medizintechnik-Leiter, Geschäftsführer und Verbandsvertreter, praxisnahe Vorträge

zu aktuellen Themen der Krankenhaus-IT und -Medizintechnik. Der Schutz kritischer Infrastrukturen (KRITIS) sowie die zunehmenden Anforderungen an den Datenschutz (Europäische Datenschutz-Grundverordnung) waren zentrale Themen, die intensiv diskutiert wurden.

KGNW-Informationsveranstaltung zur EU-Datenschutz-Grundverordnung

Am 25.05.2018 hat die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) unmittelbare Geltung in Deutschland entfaltet. Für Krankenhausträger bedeutet dies grundlegenden Überprüfungs- und Anpassungsbedarf im Bereich des Datenschutzes. Dies gilt umso mehr, als Datenschutzverstöße künftig mit deutlich hö-

heren Bußgeldern geahndet werden können. Aufgrund der hohen Bedeutung des Themas hat die KGNW am 09.04.2018 eine Informationsveranstaltung mit über 150 Teilnehmern im Crowne Plaza Hotel Düsseldorf/Neuss durchgeführt.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Telematikinfrastruktur:

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) schreitet weiter voran. Mit Abschluss der Finanzierungsvereinbarung gem. § 291a Abs. 7a SGB V wurde eine wesentliche Voraussetzung für die Ausstattung der Krankenhäuser für die Telematikinfrastruktur geschaffen.

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 Telematikanwendungen zu sichern.

Finanzierungsvereinbarung für die Telematikinfrastruktur der Krankenhäuser

Der GKV-SV und die DKG haben sich am 07.09.2018 auf eine Finanzierungsvereinbarung für die Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebs der Telematikinfrastruktur (TI) gem. § 291a Abs. 7a SGB V ab Oktober 2018 geeinigt. Es wurden Pauschalen festgelegt, die eine Ausstattung der Krankenhäuser mit Karten-

terminals, Konnektoren und den notwendigen digitalen Zertifikaten abdecken. Ebenfalls über die Pauschalen abgedeckt sind die mit dem Anschluss an die TI einhergehenden Anpassungen der Infrastrukturen, der Software und der Betriebskonzepte. Dafür stellt die GKV über 400 Mio. Euro zur Verfügung. Ebenfalls wurden Pauschalen für die jährlichen

Betriebskosten festgelegt, die bei ca. 18 Mio. Euro liegen werden. Die KGNW hat am 12.10.2018 eine Informationsveranstaltung zur

Finanzierungsvereinbarung und Telematikinfrastruktur mit rund 200 Teilnehmern in Duisburg durchgeführt.

Elektronisches Gesundheitsberuferegister (eGBR)

Seit dem Jahr 2010 wird vom ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz ein bundesweites elektronisches Gesundheitsberuferegister (eGBR) vorbereitet. Im Frühjahr 2014 starteten die im Fachbeirat zum elektronischen Gesundheitsberuferegister (vertretenen Verbän-

de der Heil- und Hilfsmittelerbringer und der Gesundheitshandwerker eine Initiative zu einer zukünftigen Beteiligung der Leistungserbringer nicht approbierter Gesundheitsberufe an der Telematikinfrastruktur (TI). Die KGNW begleitete den Prozess auch in 2017 durch Teilnahme an den eGBR-Fachbeiratssitzungen.

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

Nach der vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) in die Wege geleiteten Landesinitiative „eGesundheit.NRW“ stellen einrichtungsübergreifend verfügbare elektronische Fall- und Patientenakten ein Kernelement moderner Gesund-

heitssysteme 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 Forum Elektronische Patientenakten

Auf Beschluss der 90. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder (GMK) vom 21.06.2017 ist ein Forum Elektronische Patientenakten gestartet worden. Ziel ist die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Einführung von elektronischen Patientenakten durch den Austausch zwischen Projekten, BMG, Ländern und gematik. Auch die

Erarbeitung von Empfehlungen zu wesentlichen Aspekten elektronischer Akten und der Informations- und Erfahrungsaustausch zu laufenden strukturelevanten Projekten und Lösungseinsätzen werden dabei verfolgt. In Berichten an die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) wird Rechenschaft über die Arbeit des ePA-Forums erbracht.

Eingebunden sind die großen Vernetzungsvorhaben im E-Akten-Kontext, einrichtungs- und sektorenübergreifende E-Akten-Lösungen in regionalen Versorgungsverbänden und Ärztenetzen und überregionale Vorhaben großer

Stakeholder wie die Kassen und die Ländern, die u. a. von der BLAG Telematik benannt wurden. Die KGNW ist über das Projekt I/E-Health NRW in das Forum eingebunden.

Mitarbeit im Verein Elektronische Fallakte

Das Projekt „Elektronische Fallakte“ (EFA), das ab 2006 von mehreren privaten Klinikträgern mit Unterstützung des Fraunhofer-Institutes ISST in Dortmund konzipiert wurde, ist auch in 2018 vom Verein elektronische Fallakte e. V., dem neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft u. a. auch die KGNW als Mitglied angehört, kontinuierlich weiterentwickelt worden.

Die KGNW hat ihre unterstützende Mitarbeit auch im Jahr 2018 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 sektorenübergreifenden Versorgung und einer leistungsstarken Gesundheitswirtschaft in NRW ebnen oder fortsetzen sollen. Das über diesen „Europäischen Fonds für regionale Entwicklung“ geförderte Projekt „I/E-Health NRW“ wird von einem Projektkonsortium, bestehend aus der KGNW, der KV-IT GmbH (gemeinsame Tochter der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe), der Healthcare IT Solutions GmbH (Tochter der Universitäts-

linikum Aachen AöR), 20 Krankenhäusern (assoziiert mit mehreren Ärztnetzen), mehreren Softwareherstellern sowie der Fachhochschule Dortmund durchgeführt. Die Konsortialführung des Projektes 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%-Förderung durch die EU und das Land NRW eine

Fördersumme von 1.925.825,30 Euro für den Zeitraum von drei Jahren, beginnend ab dem 01.09.2016, für den Verein.

Das gesamte Projektvolumen beträgt 8,4 Mio. Euro mit einer beantragten Förderung durch die EU und das Land NRW in Höhe von 4,9 Mio. Euro. Der Vorstand der KGNW hatte 2016 den Einsatz von jährlich 75.000 Euro über drei Jahre beschlossen und ermöglicht somit über drei Jahre eine Fördersumme von 1,9 Mio. Euro an den Förderverein für den Aufbau der Basisinfrastruktur und die Projektkoordination. Zusätzlich fließen ca. 1,3 Mio. Euro an die teilnehmenden Krankenhäuser, die sich mit eigenen Projektanträgen bereiterklärt 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 die für bestimmte Versorgungs-

szenarien 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.

Im Jahr 2018 konnten im Bereich der Umsetzung der zentralen Infrastrukturkomponenten für die elektronische Kommunikation große Fortschritte verzeichnet werden. Jedoch hätten bei weiterhin erfolgreichem Verlauf des Projektes bis zum ursprünglich geplanten Projektende (31.08.2019) nach Abschluss der Arbeiten anstelle der geplanten 15 Monate nur noch vier Monate für die Implementierung in den vier Modellregionen und die Evaluation zur Verfügung gestanden. Um ausreichend Zeit für diese wichtige Projektphase zu haben, haben sich der Vorstand und das Kuratorium des Digital Healthcare NRW e.V. sowie die Steuerungsgruppe des Gesamtprojektes für eine Verlängerung des Projektes ausgesprochen. Der Antrag auf Projektverlängerung bis zum 30.06.2020 wurde beim Förderträger ETN eingereicht und inzwischen genehmigt.

Das Projekt war auch im Jahr 2018 u. a. auf der eHealth.NRW und der Digitalkonferenz.NRW sowie auf den Messen conhIT und Medica vertreten.

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

Auch im Jahr 2018 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 beteiligte sich auch in 2018 an deren Weiterentwicklung durch ihre Mitarbeit in den Fachausschüssen und Arbeitsgruppen.

Datenübermittlung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Die Krankenhäuser sind dazu verpflichtet, entsprechend den Vorgaben der „Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG“ bis zum 31.03. jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr ihre gem. § 21 KHEntgG erhobenen 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 Deutsche Krankenhaus Trust-Center und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) in Leipzig 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 im Jahr 2018 an diesem Projekt beteiligt, die Daten der teilnehmenden Mitgliedshäuser zweckgebunden erhoben und diese im Anschluss an die DKTIG weitergeleitet.

Für die Kalkulation des Landesbasisfallwerts werden die DRG-Daten jährlich auch von der KGNW erhoben, um im Rahmen der Verhandlungen der Argumentation der Kostenträger oder ggf. auch in einem potentiellen Schiedsstellenverfahren begegnen zu können. Für das Datenjahr 2017 stellten über 99% 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 DKTIG strukturiert, gruppiert und aufbereitet. Die möglicherweise identifizierenden Merkmale der Patienten- und Versicherungsnummer werden bereits im Rahmen der Datenübermittlung anonymisiert.

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

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.

ZTG-Kongress „eHealth.NRW“ am 10.09.2018 in Bochum

Auch in diesem Jahr veranstaltete das Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) zusammen mit dem Ministerium für Arbeit,

Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) im September das in 2015 gestartete kostenfreie Veranstaltungs-

format „eHealth.NRW“. Die Veranstaltung richtete sich schwerpunktmäßig am Thema elektronische Patientenakten 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. Das Projekt I/E-Health NRW war in allen vier Programmblöcken vertreten.

IT-Sicherheit und Cyberattacken auf Krankenhäuser

Spätestens 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. Nichtsdestotrotz hatten die Angriffe in einigen Fällen massive Auswirkungen auf den Regelbetrieb der Krankenhäuser und verdeutlichen schmerzhaft den mittlerweile hohen Abhängigkeitsgrad klinischer Prozesse von digitaler Unterstützung.

Die KGNW reagierte auf die Attacken, indem die Krankenhäuser zunächst zeitnah über den Sachstand informiert und darauf hingewiesen wurden, dass IT-Sicherheit nicht

allein ein technisches Problem und eng mit der Sensibilisierung der Anwender, 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, von der viele europäische Unternehmen wie auch britische Gesundheitseinrichtungen betroffen waren, wurde der KGNW kein Ereignis zugetragen, bei dem NRW-Krankenhäuser involviert waren. Zuletzt waren Krankenhäuser im November 2018 massiven Attacken ausgesetzt. Auch hier wurden der KGNW keine Ereignisse bekannt, in denen NRW-Krankenhäuser betroffen waren. Deswegen kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenhäuser in NRW ihre Sicherheitsmaßnahmen dem Stand der Technik angepasst haben.

IT-Sicherheitsgesetz und Verordnung zur Bestimmung Kritischer Infrastrukturen (KRITIS – Sektor Gesundheit)

Die DKG wurde im Jahr 2012 vom Bundesministerium des Innern informiert, dass im Zuge der Fortschreibung der Cybersicherheit 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 2016 für den ersten Korb, der die Sektoren Energie, Informationstechnik etc. beinhaltet, erlassen wurde. Die Regelungen den Sektor Gesundheit betreffend sind am 30.06.2017 durch die Änderungsverordnung in Kraft getreten und beinhalten die Definition zu Anlagekategorien und Schwellen-

werten. Danach sind zugelassene Krankenhäuser, die eine jährliche vollstationäre Fallzahl von 30.000 Fällen überschreiten, kritische Infrastruktur und mussten dem BSI bis zum 31.12.2017 zunächst 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, die ohne eine gesamtorganisatorische multiprofessionelle Bearbeitung und eine Erhöhung der Mittelverfügbarkeit für IT-Sicherheit nicht oder nur sehr schwer leistbar sind.

Zur Unterstützung der Krankenhäuser hatte die DKG bereits im Jahr 2015 durch Einrichtung eines Branchenarbeitskreises Gesundheit (BAKG) die Arbeit an einem branchenspezifischen Sicherheitsstandard (B3S) aufgenommen, der sektorspezifische Gegebenheiten des Krankenhausbereiches aufgreift und eine Hilfestellung zur Umsetzung der geforderten Maßnahmen darstellt. Im BAGK sind IT-Leiter und Sicherheitsexperten vertreten, die gemeinsam an der Erstellung des B3S mitwirken.

Darüber hinaus setzt sich die DKG auf Bundesebene dafür ein, dass Anforderungen aus dem IT-Sicherheitsgesetz und der Verordnung dazu führen, dass auch Krankenhäuser, die nicht

betroffen sind, perspektivisch ebenfalls in der Lage versetzt werden, den dann geltenden Stand der Technik umzusetzen, und so keinem Nachteil ausgesetzt werden.

KGW-Arbeitsgruppe „KRITIS“

Die KGNW hatte zur Hilfestellung der vom IT-Sicherheitsgesetz betroffenen Krankenhäuser in NRW erstmals im Oktober 2017 eine Arbeitsgruppe einberufen und diejenigen Verantwortlichen für die Umsetzung der Anforderungen eingeladen. Die Arbeitsgruppensitzungen sollen den Erfahrungsaustausch unter den Krankenhäusern fördern, gleichzeitig al-

lerdings auch aufnehmen, an welchen Stellen Probleme in der Umsetzung des KRITIS-Prozesses auftraten. Dabei konnte festgestellt werden, dass neben den meist fehlenden personellen und finanziellen Ressourcen der Prozess nur dann erfolgreich sein kann, wenn er von der Geschäftsführung angenommen und unterstützt wird.

Mitwirkung in der Arbeitsgruppe „Krankenhaus-IT“ der DKG

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft initiierte auf Empfehlung ihres Fachausschusses für „Daten-Information und -Kommunikation“ eine Arbeitsgruppe „Krankenhaus-IT“, die sich mit den in der Krankenhaus-IT vorherrschenden Themen befasst und i. S. aller Krankenhäuser in Deutschland Handlungsleitfäden und Umsetzungshinweise zu speziellen aktuellen Themen erarbeiten soll. Somit sollen neben einheitlichen Handlungsleitlinien für die Krankenhäuser auch Informationsangebote für Häuser angeboten werden, die nicht die Möglichkeit haben, jede Entwicklung mitzuverfolgen.

Im Rahmen der Etablierung des Branchenarbeitskreises zum Thema KRITIS beteiligte sich die KGNW an der fachlichen Bewertung des Themas durch die DKG. Hier brachte sich die AG in die Definition der Kriterien ein, die zur

Beachtung in der Ausgestaltung der Rechtsverordnung gefunden hatten. 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 2018 Beratungen zum Thema Normung, Datenschutz, hier insbesondere zur Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme und zur neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung und zu ihrer Auswirkung auf die Krankenhäuser in Deutschland.

Entlassmanagement: Verordnungssoftware und Krankenhausarztnummer

Zum 01.10.2017 ist der geänderte Rahmenvertrag zum Entlassmanagement auf Grundlage des § 39 Abs. 1a 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 Krankenhausarztnummer 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, nachdem 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.

Vereinbarung gem. § 2a KHG zur Definition von Krankenhausstandorten und Vereinbarung gem. § 293 Abs. 6 SGB V zu einem bundesweiten Verzeichnis der Standorte

Gem. § 2a Abs. 1 KHG hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft damit beauftragt, eine bundeseinheitliche Definition von Krankenhausstandorten und ihrer Ambulanzen sowie gem. § 293 Abs. 6 SGB V ein bundesweites Verzeichnis der Standorte („Standortverzeichnis“) zu vereinbaren. Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind ab dem 01.01.2019 verpflichtet, ihre Standorte und Ambulanzen an das Standortverzeichnis zu melden, damit die zugeteilten Standortnum-

mern ab dem 01.01.2020 verwendet werden können. Über diese Neuerung wurden die Mitglieder von der KGNW regelmäßig per Rundschreiben informiert und zu den möglichen Auswirkungen der neuen Standortdefinition befragt.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wurde namens und im Auftrag der Vereinbarungspartner mit der Errichtung und dem Betrieb des Standortverzeichnisses beauftragt. Das InEK wird dazu eine Web-

anwendung (www.krankenhausstandorte.de) betreiben, die es den Krankenhäusern ermöglichen, ihre Standorte und Ambulanzen zu registrieren und die zugehörigen Standortnummern zu beantragen. Das InEK wird sodann die formale Vollständigkeit und Korrektheit der Meldungen zu neuen oder geänderten Standortdaten prüfen und die Standortnummern vergeben. Zudem wird es die Beantwortung von Fragen übernehmen und bei technischen und inhaltlichen Problemen unterstützen.

Um einen reibungslosen Start des Webportals zu ermöglichen, wurde es seit Oktober 2018 bereits mit Krankenhäusern getestet. Die Testung des Standortverzeichnisses zielt darauf ab, sowohl die Funktionalitäten der technischen Umsetzung des Portals als auch aufkommende organisatorische Fragestellungen zur Definition und Struktur von Standorten und Ambulanzen zu identifizieren. Die KGNW hat für dieses bundesweite Testverfahren vier Krankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen gewinnen können. Es wird am 07.12.2018 abgeschlossen sein.

Krankenhausarztverzeichnis

Ab dem 01.07.2019 soll das im Rahmen des Entlassmanagements zur Verordnung genutzte Pseudonym stufenweise durch die sog. persönliche Arztnummer, welche in einem bundesweiten Krankenhausarztnummernverzeichnis geführt wird, ersetzt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben zum Aufbau und Betrieb des Krankenhausarztnummernverzeichnisses ein europaweites

Vergabeverfahren durchgeführt, in dem der Zuschlag voraussichtlich am 16.11.2018 erteilt werden wird. Es ist geplant, dass die verzeichnisführende Stelle den Betrieb am 01.06.2019 aufnimmt. Die verzeichnisführende Stelle wird dann eine Krankenhausarztnummer vergeben, sodass mit der verbindlichen Nutzung der Arztnummer im Rahmen des Entlassmanagements zum 01.07.2019 begonnen werden kann.

Datenanalyse

DKI-Studien „Determinanten der Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen“

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hatte in den Jahren 2011 bis 2013 drei Untersuchungen zu den möglichen Ursachen ei-

ner im Vergleich zum Bundesdurchschnitt in Nordrhein-Westfalen leicht erhöhten Krankenhaushäufigkeit auf der Basis der Diagnostikstatistik von 2009 durchgeführt. Im Zuge einer Literaturrecherche wurden in den Arbeiten des Robert Koch-Institutes (RKI) die Determinanten Altenquotient, Arbeitslosigkeit,

Armut und Erwerbsminderungsrenten identifiziert, die anhand von Diagnose- und Bevölkerungsdaten bestimmbar sind. In einem ersten Teil wurde die Krankenhaushäufigkeit der Bundesländer untereinander beschrieben, während in einem zweiten Teil die Ausprägungen der Determinanten und der Krankenhaushäufigkeit innerhalb NRWs anhand der Kreise und kreisfreien Städte überprüft wurde. Insgesamt konnte trotz der rein deskriptiven Herangehensweise ein großer Teil der erhöhten Krankenhaushäufigkeit mit diesen Determinanten erklärt werden. Die dritte Studie untersuchte außerdem den möglichen Einfluss der haus- und fachärztlichen Versorgungsdichte auf die Krankenhaushäufigkeit, die im Ergebnis etwas schwächer ausgeprägt war, aber einen leichten Zusammenhang zwischen Krankenhaushäufigkeit und fachärztlicher Versorgung anhand einer multiplen Regressionsrechnung aufzeigen konnte.

Im Herbst 2018 wurden diese drei Untersuchungen mit Daten aus dem Jahr 2016 neu berechnet. Die abschließenden Ergebnisse werden zum Jahresende aufbereitet und dem Ministerium für Arbeit und Soziales des Lan-

des Nordrhein-Westfalen (MAGS) sodann zur Verfügung gestellt. Es deutet sich an, dass sich die Ergebnisse aus den ersten drei Studien bestätigen und allein fast 30% der erhöhten Krankenhaushäufigkeit in NRW sich über die Determinanten Armut und Arbeitslosigkeit erklären lassen. Der Einfluss der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung scheint hingegen einen weit geringen Einfluss zu haben als etwa die Demografie (Alter und Geschlecht) und der Anteil der Bezieher von Erwerbsminderungsrenten.

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. Dazu gehören u. a. der Krankenhaus-Report des WIdO, der Versorgungsatlas des ZI und der Barmer Krankenhausreport.

ZEDAS – Zentraler Datenservice für DKG und LKGen

Die Landeskrankenhausgesellschaften (LKGen) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben einen umfassenden Bedarf für die Erhebung und Verarbeitung von Daten mit unterschiedlichsten Zielsetzungen: zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, zur Unterstützung der Verbandsarbeit auf Landes- und Bundesebene, für Presse- und Öffent-

lichkeitsarbeit, 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. Da viele LKGen und auch die DKG oftmals gleiche

oder ähnliche Fragestellungen an die erhobenen Daten haben, möchte die DKTIG diese Services weiter zentralisieren. Nach Vorlage einer Machbarkeitsstudie für einen Zentralen Datenservice für die LKGen und die DKG (ZEDAS) wurde die DKTIG durch ihre Gesellschafter beauftragt, den Ansatz für einen solchen zentralen Datenservice im Hinblick auf seine Umsetzbarkeit anhand eines Prototyps zu überprüfen. Dafür wurde ein geeignetes Kompetenzteam aus Mitarbeitern der DKG und den LKGen in Sachsen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen gebildet, das die DKTIG mit Know-how unterstützt. Im Rahmen der 21. Gesellschafterversammlung der DKTIG im Oktober 2018 in Meißen wurden die Ergebnisse der initialen Projektphase und

die erfolgreiche Umsetzung zweier Prototypen („ZDFmobil“ und „Versorgungsatlas“) vorgestellt. Mit der Errichtung der ZEDAS-Portalstruktur (<https://zedas.dktig.de/>) und der Etablierung der beiden Prototypen konnte der Meilenstein „Prototyp“ erreicht und erfolgreich abgeschlossen werden. Eine Weiterentwicklung der ZEDAS-Infrastruktur bis zu einem Rollout ist bis zum September 2019 geplant. In dieser ersten Ausbaustufe werden ausschließlich öffentlich verfügbare Daten verarbeitet. Erst nach Vorlage eines Methoden- und Organisationskonzeptes für ZEDAS sollen in einer zweiten Ausbaustufe auch schutzbedürftige Daten der Krankenhäuser eingebunden werden. Die Umsetzung soll in 2020 erfolgen.

Neue Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) ab 01.01.2018

Die KGNW hat sich aktiv an den Beratungen der DKG-Arbeitsgruppe zur Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung beteiligt, die am 12.07.2017 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde und am 01.01.2018 in Kraft getreten ist. Grundsätzlich hatten die Krankenhäuser eine sachgerechte Weiterentwicklung der Krankenhausstatistik-Verordnung unterstützt. Allerdings sollte die Novellierung zu keinem bürokratischen Mehraufwand für die Krankenhäuser führen. Der bürokratische und administrative Aufwand sollte auf ein Mindestmaß begrenzt werden. Vor diesem Hintergrund bewerteten DKG und KGNW die geplanten zusätzlichen Datenerhebungen äußerst kritisch, da der für das Berichtsjahr 2018

zu liefernde Datensatz um ein Vielfaches größer sein wird als in den Vorjahren.

Das Statistische Bundesamt hat im April 2018 die Softwarehersteller über die weitreichenden Änderungen bzw. Erweiterungen der zu erhebenden Daten informiert. Ob mittlerweile alle Krankenhäuser in die Lage versetzt wurden, die entsprechenden Informationen für den Berichtszeitraum adäquat zu erheben, ist zum Berichtszeitpunkt nicht bekannt.

Grundsätzlich gilt, dass durch die KHStatV die Erfassung der ambulanten Leistungsstatistik weiterhin nur einseitig von den Krankenhäusern offenzulegen ist, 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 2017

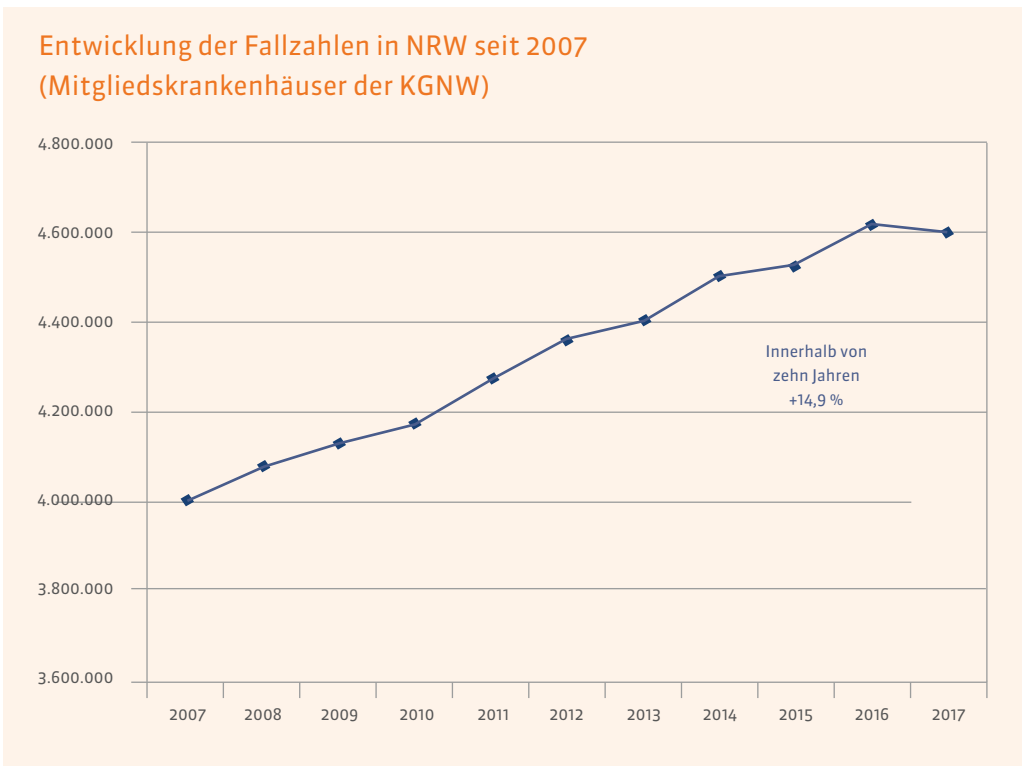
Im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben erhebt die KGNW jährlich die Grunddaten gem. KKRankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) von allen Mitgliedskrankenhäusern, um diese insbesondere für krankenhauplanerische Fragestellungen auszuwerten. Mit Einverständnis der Krankenhausträger werden diese Daten von IT.NRW zur Verfügung gestellt. 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.

Mit Abschluss der Datenauswertungen für das Berichtsjahr 2017 konnten die Übersichten

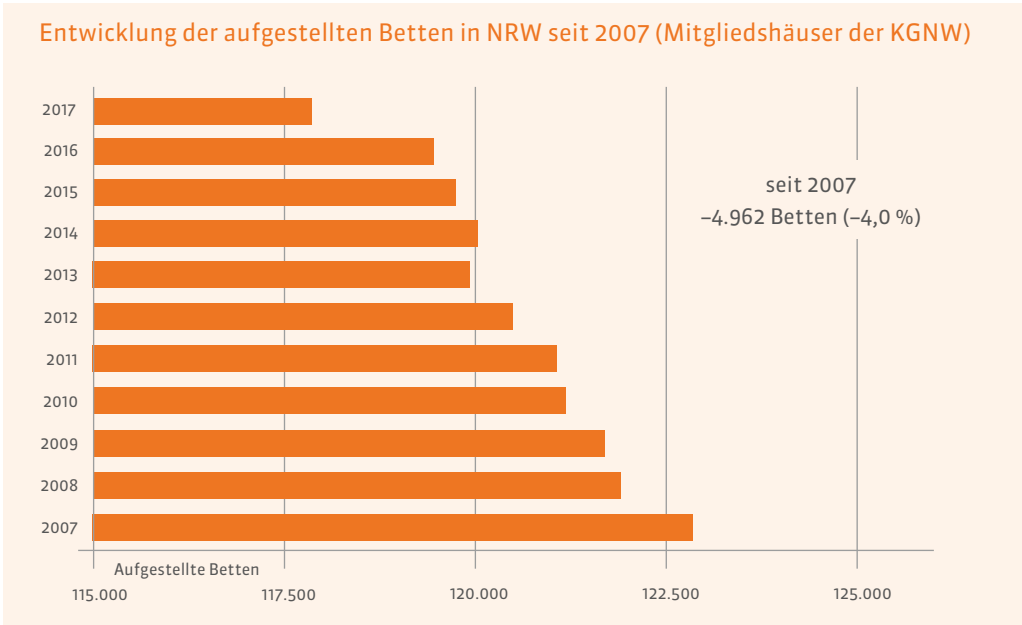
und Berichte zu den Patientenbewegungen nach Fachgebieten (vollstationär) im Mai 2019 im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung gestellt werden.

Die wesentlichen Ergebnisse im Überblick

Nachdem seit 2005 die Zahl der behandelten Patienten in Nordrhein-Westfalen stetig gestiegen ist, ist die Fallzahl im Berichtsjahr 2017 erstmals wieder rückläufig. Mit 4.601.220 vollstationären Patienten wurden 0,5% weniger behandelt als 2016.



Quelle: eigene Abfrage, KGNW



Quelle: eigene Abfragen, KGNW

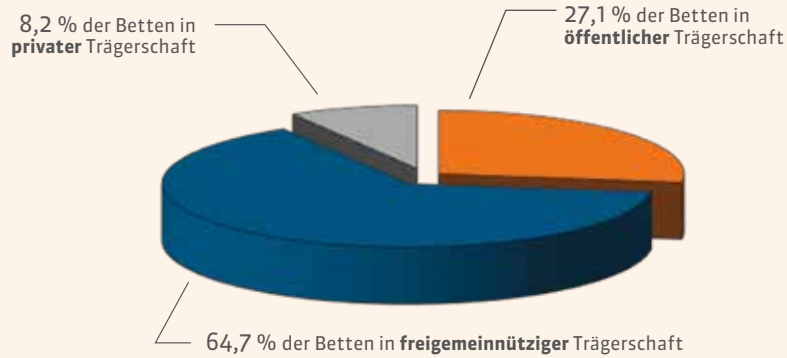
Ebenso reduzierten sich die Berechnungs- und Belegungstage im Jahr 2017 gegenüber dem Vorjahr um 0,1%.

Die Zahl der aufgestellten Betten 2017 lag mit insgesamt 117.917 Betten um 0,2% unter der Zahl des Vorjahres. Im Vergleich zum Berichtszeitraum 2007 ergibt sich eine Bettenreduzierung von 4,0%.

Die Verteilung der Krankenhausbetten in Allgemeinkrankenhäusern nach Krankenhaus-trägern:

Mit einem Anteil von 8,2% aufgestellter Betten in privater Trägerschaft liegt Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017 immer noch weit unter dem Bundesdurchschnitt (17,8%).

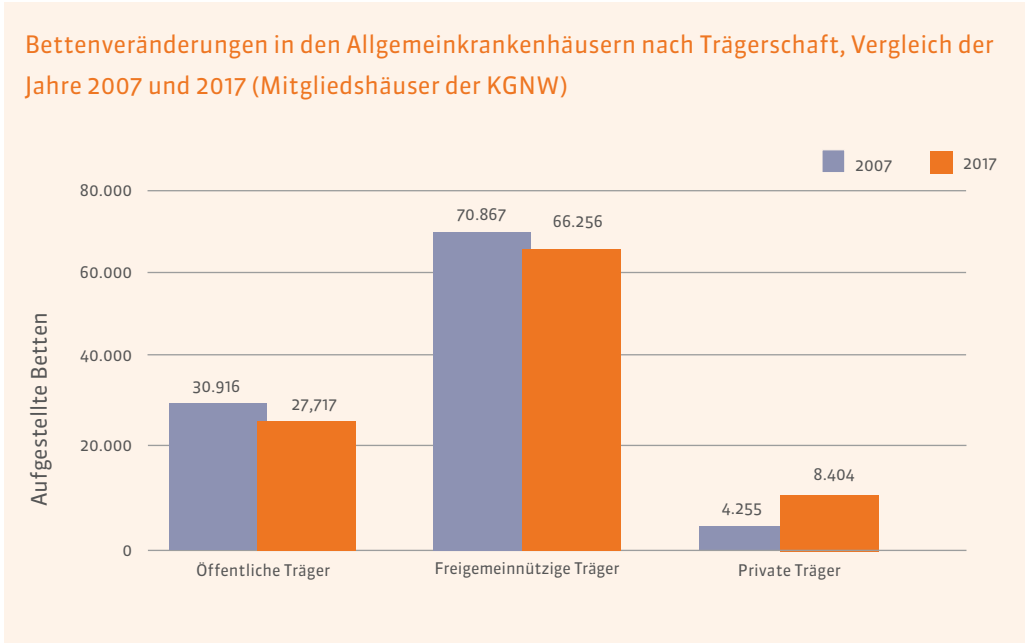
Aufgestellte Betten 2017 in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)



Quelle: eigene Abfragen, KGNW

Mit der ansteigenden Zahl der Krankenhausfusionen gibt es auch in der Trägerstruktur Veränderungen. Der Vergleich der Jahre 2007 und 2017 zeigt, dass sich die Zahl der aufge-

stellten Betten in den Allgemeinkrankenhäusern in privater Trägerschaft in den letzten zehn Jahren fast verdoppelt hat.



Quelle: eigene Abfragen, KGNW

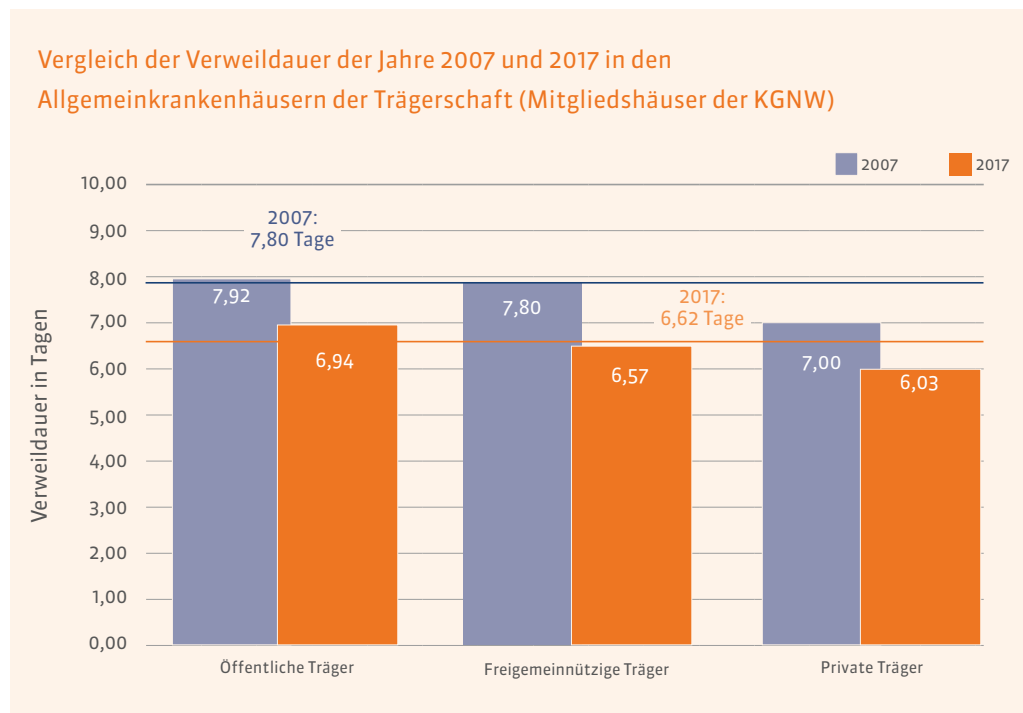
Die Bettenauslastung unserer Mitgliedskrankenhäuser ist im Berichtsjahr 2017 mit 76,97 % ge-

genüber dem Vorjahr (76,72%) leicht gestiegen.

Der Rückgang der Verweildauer setzt sich auch 2017 fort

Die Patienten waren durchschnittlich 7,20 Tage im Krankenhaus, in den Allgemeinkran-

kenhäusern lag die Verweildauer bei 6,62 Tagen. Gegenüber dem Berichtszeitraum 2007 entspricht dies einer Verweildauerreduzierung von 15,1%.



Quelle: eigene Abfragen, KGNW

In einigen Fachgebieten ist die Kürzung der Verweildauer im Vergleich der Jahre 2007 und 2017 mehr ausgeprägt als in anderen.

Verweildauerreduzierung in den Allgemeinkrankenhäusern je Fachgebiet Vergleich 2007 und 2017 (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)

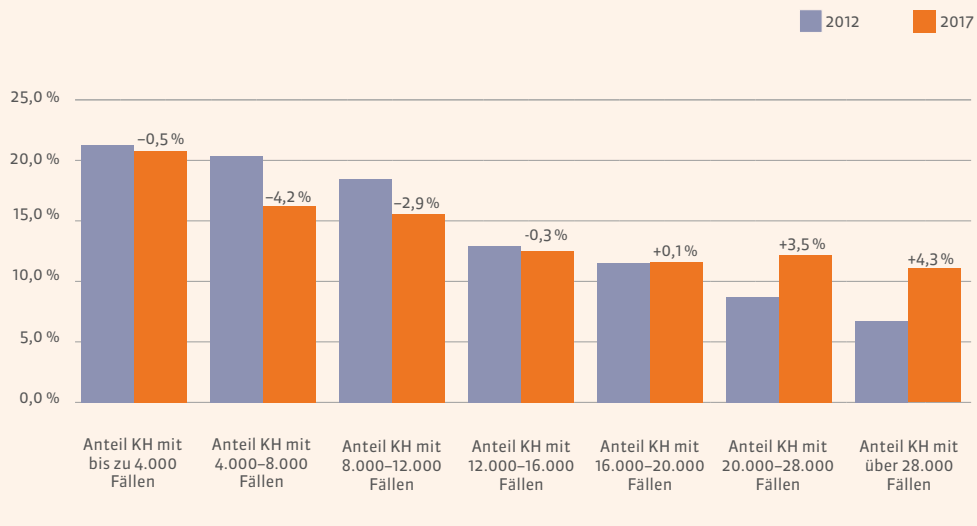
Gebiet	Allgemeinkrankenhäuser			
	Verweildauer 2007	Verweildauer 2017	Veränderung in Tagen	Veränderung in %
Augenheilkunde	3,13	2,61	-0,52	-16,6 %
Chirurgie	7,95	6,23	-1,72	-21,6 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,16	3,83	-1,33	-25,8 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,51	3,46	-1,05	-23,3 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	7,28	5,16	-2,12	-29,1 %
Herzchirurgie	11,85	12,02	0,17	1,4 %
Innere Medizin	7,16	5,96	-1,20	-16,8 %
Geriatrie	15,16	14,97	-0,19	-1,3 %
Kinderchirurgie	4,29	3,40	-0,89	-20,7 %
Kinderheilkunde	5,08	4,45	-0,63	-12,4 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	35,89	24,93	-10,96	-30,5 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	5,74	4,45	-1,29	-22,5 %
Neurochirurgie	9,80	8,77	-1,03	-10,5 %
Neurologie	7,68	6,50	-1,18	-15,4 %
Nuklearmedizin (Therapie)	3,78	3,02	-0,76	-20,1 %
Orthopädie	8,87	6,50	-2,37	-26,7 %
Plastische Chirurgie	6,56	5,76	-0,80	-12,2 %
Psychiatrie und Psychotherapie	23,14	23,49	0,35	1,5 %
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	48,71	48,88	0,17	0,3 %
Strahlentherapie	8,46	7,69	-0,77	-9,1 %
Urologie	6,04	4,56	-1,48	-24,5 %
Sonstige Fachbereiche	8,76	9,66	0,90	10,3 %
Insgesamt	7,80	6,62	-1,18	-15,1 %

Quelle: Daten gem. KHStatV, eigene Berechnungen

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

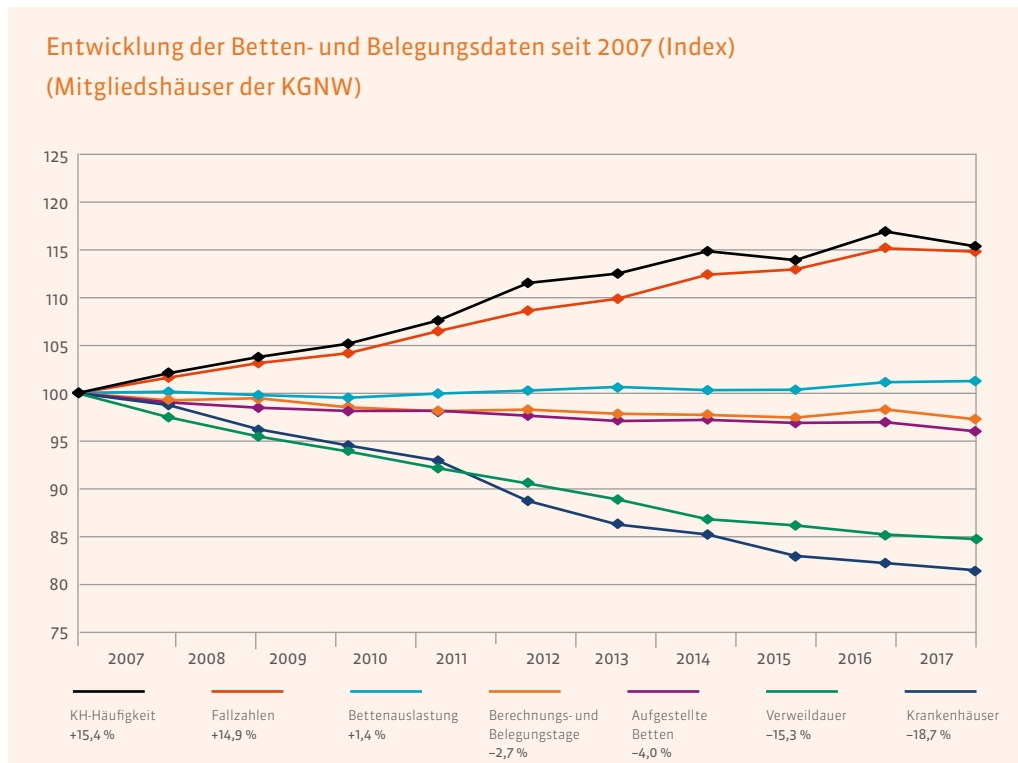
Bei der Aufteilung unserer Mitgliedshäuser in Fallzahlgruppen wird dies nochmals deutlich. Der Vergleich der Berichtsjahre 2012 und 2017 zeigt, wie sich in dem Zeitraum von nur fünf Jahren die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen verändert hat.

Aufteilung der Krankenhäuser in Fallzahlgruppen (nur vollstationäre Fälle)
Vergleich der Berichtsjahre 2012 (357 KH) und 2017 (327 KH)
(Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)



Quelle: eigene Abfragen, KGNW

Überblick über die Entwicklung der statistischen Kennzahlen unserer Mitgliedskrankenhäuser in den letzten zehn Jahren.



Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit

KLIK green: Förderprojekt zur Ausbildung von Klimamanagern

Das Projekt KLIK green basiert auf dem vom Bundesumweltministerium (BMU) in der Zeit von 2014 bis 2016 geförderten bundesweiten Projekt KLIK – Klimamanager für Kliniken, das der BUND Berlin e.V. durchgeführt hat. Dabei wurden bundesweit in 50 Krankenhäusern und Rehakliniken über 30.000 Tonnen klimaschädliche Kohlenstoffdioxid-Emissionen (CO₂) vermieden und dauerhaft Betriebskosten in Höhe von 9 Mio. Euro eingespart. Dieses Projekt war so erfolgreich, dass das BMU den BUND Berlin aufgefordert hat, eine Projektskizze zur Fortführung des Projektes einzureichen.

Ziel der Fortführung des Energieeffizienzprojektes unter dem Namen „KLIC green“ ist die Zusammenarbeit mit weiteren 250 Kliniken bundesweit, davon 50 aus Nordrhein-Westfalen. Es soll in den Krankenhäusern bestehendes Personal zu Klimamanagern qualifiziert werden, um Energiesparmaßnahmen umzu-

setzen, die sich finanziell rechnen und das Klima entlasten.

Bei der KGNW soll für die dreijährige Laufzeit des Projektes eine Koordinationsstelle zur Unterstützung der beteiligten Häuser eingerichtet werden. Der Vorstand der KGNW hat bereits am 22.11.2017 eine Beteiligung der KGNW als Projektpartner des BUND Berlins und der Universitätsklinik Jena an dem Energieeffizienzprojekt „Klimamanager im Krankenhaus“ (KLIC) beschlossen.

Nach der positiven Prüfung der eingereichten Projektskizze durch das BMU wurde der BUND Berlin im Juli 2018 aufgefordert, einen detaillierten Projektantrag zu stellen. Die beteiligten Partner BUND Berlin, die Universitätsklinik Jena und die KGNW haben diesen Antrag am 02.11.2018 eingereicht. Mit einem möglichen Projektstart ist zum Jahresbeginn 2019 zu rechnen.

13. Krankenhaus-Umwelttag NRW am 09.10.2018

Zusammen mit dem „Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW“ und der Fachvereinigung Krankenhaustechnik e.V. hat die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen am 09.10.2018 im Hotel MutterHaus der Diakonie in Düsseldorf-Kaiserswerth den 13. Krankenhaus-Umwelttag NRW veranstaltet.

Das Themenspektrum reichte dabei von der Vorstellung des für 2019 geplanten Projektes KLIK green zur Steigerung der Energieeffizienz, für das interessierte Krankenhäuser sich bereits anmelden können, über beispielhafte Projekte zur Vermeidung des Eintrags von Arzneimitteln in Gewässern hin zu parallelen Workshops am Nachmittag zu den Themen „Entsorgung und Recycling“ sowie „Energie, Mobilität und Umwelt“. Ein abschließender

Vortrag zum Thema „Change Management für den Klimaschutz“ bewies, dass es nicht nur Sachverstand, sondern auch Durchhaltevermögen und Vordenken braucht, um Umwelt- und Energieeffizienzthemen in die Unternehmenskultur zu integrieren.

Der 13. Krankenhaus-Umwelttag NRW richtete sich insbesondere an Umwelt- und Abfallbeauftragte, Technische Leiter sowie Verwaltungsleiter und Geschäftsführer der Krankenhäuser und bot den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Plattform zu einem intensiven Meinungs- und Erfahrungsaustausch.

Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern

Im Zuge der Umsetzung einer EU-Verordnung wurde 2016 das Luftverkehrsgesetz geändert 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. Nach der Registrierungsphase 2016 hatten während einer zweijährigen Übergangsfrist alle Landeplatzbetreiber bis zum 31.07.2018 die Möglichkeit, ihre PIS nach den in der EU-Verordnung geforderten Mindeststandards zu ertüchtigen. Alle dafür notwendigen baulichen und organisatorischen Maßnahmen mussten von einem Sachverständigen bestätigt werden und die Informationen an die Bundespolizei als koordinierende Stelle für die Registrierung der PIS in einer sog. Mas-

terliste übermittelt werden. Im April 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinem Beschluss zu einem gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern auch das Vorhalten einer PIS bzw. die Nutzungsmöglichkeit einer PIS für den Zu- bzw. Abtransport von Patienten als zu erfüllendes Kriterium festgelegt. Dies hat in vielen Krankenhäusern, die abschlagsfrei an den entsprechenden Stufen der Notfallversorgung teilnehmen möchten, zu einer Neubewertung der Weiternutzung ihrer Landestellen geführt. Die KGNW hat die Krankenhäuser in dieser Zeit betreut, damit möglichst alle Krankenhäuser, die weiterhin eine Landestelle i. S. einer PIS vorhalten möchten, ihrer Verpflichtung zur Anpassung der Landestellen und fristgerechten Abgabe der geforderten Dokumentation nachkommen konnten.

Neue Abfallbeauftragten-Verordnung

Die neue Abfallbeauftragten-Verordnung (AbfBeauftrV) wurde als Art. 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. Nach einer 24-monatigen Übergangsfrist (diese endet

zum 30.06.2019) müssen alle Betriebsbeauftragten für Abfall in den Krankenhäusern zum Erwerb einer entsprechenden Fachkunde eine Fortbildung mit entsprechend notwendiger, behördlicher Anerkennung erfolgreich absolviert haben. Die KGNW hat ihre Mitglieder mehrfach darauf hingewiesen.

IT-Service für Mitglieder und Geschäftsstelle

Webbasierter Mitgliederservice

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

Interne Datenservices und Mitgliederverwaltung

Die Vorhaltung und Verwaltung der KGNW-Mitgliederdaten erfolgte bis 2017 in hierzu

eigens entwickelten Datenbanken. Aufgrund der gestiegenen Anforderungen und der technologisch in die Jahre gekommenen aktuellen Lösung ist im Jahr 2018 ein Umstieg auf eine Standardlösung erfolgt.

IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle

Der IT-Service in der Geschäftsstelle ist weitestgehend ausgegliedert und wird durch einen externen Dienstleister gewährleistet. Die Geschäftsstelle zeichnet weiter für die strategische IT-Planung, die Projektkoordination größerer Systemumstellungen, Beschaffungsvorhaben und Serviceleistungen verantwortlich.

Medizin

Das Referat Medizin beschäftigt sich im Wesentlichen mit den zahlreichen Facetten des DRG- und PEPP-Systems (u.a. Weiterentwicklung der Klassifikationen/Kataloge, Medizincontrolling, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – NUB), den Regelungsinhalten des Gemeinsamen Bundesausschusses (u.a. Methodenbewertung, Strukturrichtlinien) sowie mit allen krankenhausrelevanten Aspekten der Pflegeberufe. Daneben werden die Themen Hygiene, Organspende, ambulante und stationäre Notfallversorgung, Rettungswesen, Disease-Management-Programme und die unterschiedlichen Arbeitsgruppen zum Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V betreut.

Im Rahmen der Tätigkeit des Referates Medizin werden zusätzlich weitere Inhalte bearbeitet, die schwerpunktmäßig in anderen Referaten der KGNW angesiedelt sind. Dabei handelt es sich z.B. um die fachliche Beglei-

tung der Qualitätssicherung im Krankenhaus, 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“, „Pflegefiananzierung“ und „Personaluntergrenzen in der Pflege“ der DKG vertreten. Auf der Landesebene ergibt sich eine aktive Mitarbeit im Fachbeirat der Deutschen Stiftung Organtransplantation, im Landesausschuss für Alter und Pflege, in beratenden Gremien der Hochschule für Gesundheit in Bochum und der Ärztekammern sowie in den Fachbeiräten zur Förderung der Organspende und zum Rettungswesen im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS).

QR-Check und Qualitätssicherung mit Routinedaten

In Zusammenarbeit mit dem Referat II – Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse – der KGNW beschäftigt sich das Referat Medizin mit der Weiterentwicklung und Pflege des QR-Check-Indikatorensets. Innerhalb der gemeinsamen Arbeitsgruppe mit dem Zweckverband

Rheinland e. V. erfolgte in 2018 eine Integration der aktuellsten Version der G-IQI (German inpatient quality indicators) in das Indikatorenset. Daneben wurden erste Konzepte für eine intensiviertere Nutzung der vorgenannten Indikatoren in den Krankenhäusern erarbeitet.

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 Infektionsepidemiolo-

logie“. Aus diesem Grund wurde von den Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie; Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin) gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) gem. den Anforderungen an einen Krankenhaushygieniker der KRINKO-Empfehlung (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen aus dem Jahr 2009 ein Ausbildungskonzept für klinisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte entwickelt. Aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels in der Hygiene hat sich das Referat III in enger Abstimmung mit der DKG und den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe um eine rasche landesweite Umsetzung der 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). In den letzten Jahren sind die Hygieneexpertinnen und Hygieneexperten mit einem Kammerzertifikat „Krankenhaushygiene“ zu einer tragenden Säule in den hygienerelevanten Prozessen der Krankenhäuser geworden, da die Weiterbildungszahlen der Fachärztinnen und Fachärzten für

„Hygiene und Umweltmedizin“ und für „Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ unverändert auf einem niedrigen Niveau verharren.

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. Kliniken der Maximalversorgung müssen zukünftig ihre krankenhaushygienische Versorgung einschließlich des Stellvertreters durch einen Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sicherstellen. Sonstige Kliniken und andere medizinische Einrichtungen haben in Abhängigkeit vom Risikoprofil eine konsiliarische Beratung durch einen Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie für besondere Fragestellungen vorzuhalten.

Mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung in der Krankenversicherung“ (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, die Fort- und Weiterbildung sowie externe Beratungsleistungen mithilfe von festen Kos-

tenanteilen oder Festbeträgen gefördert werden. Das Referat III berät gemeinsam mit dem Referat I Krankenhäuser über das Hygiene-Förderprogramm und stellt für das Jahr 2018 eine rege Nutzung dieser Förderungsmöglichkeit in NRW fest. Bedauerlicherweise besteht vielfach auf Seiten der Krankenkassen aus finanziellen Überlegungen eine mangelnde Bereitschaft, die Möglichkeiten des Hygiene-Förderprogramms gemeinsam mit den Krankenhäusern für eine verbesserte Patientenversorgung umzusetzen.

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 sowie der Informationsveranstaltungen.

Gemeinsam mit dem Ministerium 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 wurden durch das LZG und die KGNW analysiert und zwischenzeitlich den Krankenhäusern in NRW mittels eines gemeinsamen Abschlussberichtes vorgestellt.

Im Jahr 2018 wurde die Hygiene-Initiative der KGNW konsequent weiterentwickelt und durch neue Formate ergänzt. Erfreulicherweise konnte Ministerpräsident Armin Laschet

als neuer Schirmherr der Initiative gewonnen werden. Durch eine vollständige Überarbeitung der Informationsmaterialien und der Internetseite sowie eine großformatige multimediale Infobox auf Marktplätzen, Einkaufsstrassen und landesweiten öffentlichen Veranstaltungen wurde der Dialog mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus und den Bürgerinnen und Bürgern intensiviert. Zusätzlich hat die KGNW einen Facebook-Auftritt (@Keine-Keime-nrw online) eingerichtet sowie sieben Erklärfilme und einen Kinospot zur Hygiene produziert.

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 zwischenzeitlichen Sicherung der Finanzierung der ASH, u. a. auf Initiative der KGNW, veranstaltete diese 2018

an bundesweit ca. 30 Krankenhäusern Informationsveranstaltungen zur Händehygiene. Insgesamt beteiligen sich die Krankenhäuser

in NRW in einem Bundesvergleich überdurchschnittlich häufig an den Aktivitäten der ASH.

Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gem. § 136c Abs. 4 SGB V

Mit dem KHSG wurden die Vertragspartner auf der Bundesebene in § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG beauftragt, bis zum 30.06.2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zu vereinbaren. Die Zu- und Abschläge müssen sich auf ein Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gem. § 136c Abs. 4 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entwickeln ist. Dazu sollte der G-BA bis zum 31.12.2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschließen, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen. In Abhängigkeit von den festgelegten strukturellen Voraussetzungen sollen Krankenhäuser zukünftig der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung erhalten. Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind, wie bisher, verbindlich Abschläge zu erheben. Nachdem die in zahlreichen wesentlichen Punkten widersprüchlichen Positi-

onen der DKG und des GKV-Spitzenverbandes nicht im Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses innerhalb der o. g. Fristen geeint werden konnten, wurden im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eine Verlängerung der Beratungen zur stationären Notfallversorgung auf der Bundesebene um ein Jahr und eine verpflichtende Auswirkungsanalyse durch den G-BA festgelegt. Daraufhin hat der G-BA das IGES-Institut mit einer Auswirkungsanalyse der Vorschläge der DKG und des GKV-Spitzenverbandes beauftragt. In diesem Zusammenhang erfolgte in der zweiten Jahreshälfte 2017 eine schriftliche Befragung aller Krankenhäuser in Deutschland. Aufgrund einer insgesamt nicht zufriedenstellenden Rücklaufquote waren die erstellten Analysen des IGES-Institutes nur eingeschränkt aussagekräftig.

Trotz einer fundierten Kritik durch die DKG, die Bundesärztekammer und zahlreiche Landesministerien an der unzureichenden und in weiten Teilen widersprüchlichen Auswirkungsanalyse des G-BA sowie an zahlreichen Regelungsinhalten des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgte am 19.04.2018 gegen die Stimmen der DKG eine Beschlussfassung im Plenum des

G-BA. Die Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gem. § 136c Abs. 4 SGB V traten zum 19.05.2018 in Kraft, die Zu- und Abschlüsse müssen jedoch noch auf der Bundesebene verhandelt werden.

Im Nachgang an die Beschlussfassung des G-BA erfolgte eine Online-Befragung aller an der Notfallversorgung in NRW beteiligten

Krankenhäuser/Standorte durch die KGNW. Nach einer Erörterung erster Umfrageergebnisse sprachen sich die Mitglieder des Vorstandes der KGNW für eine differenzierte Weitergabe der Umfragedaten an die DKG, das MAGS sowie die Spitzen- und Zweckverbände aus. In diesem Zusammenhang erfolgt derzeit eine erneute Befragung der Krankenhäuser bezüglich der Datennutzung.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der Arbeitsschwerpunkt des Referates Medizin im Rahmen der Disease-Management-Programme lag 2018 in der Unterstützung und Beratung bei der Erstellung des Qualitätssicherungsberichtes 2017 durch die DMP-Redaktionsgruppe.

Weiterhin hat sich das Referat Medizin an der Erarbeitung und Bewertung von 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, 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.

Mit 9,7 Organspendern pro eine Million Einwohner wurde im Jahr 2017 der niedrigste Wert seit 20 Jahren registriert. Bedauerlicherweise liegt NRW mit 8,2 Organspendern pro eine Million Einwohner an letzter Stelle der sieben Organspenderegionen in Deutschland. Bei mehr als 10.000 Patientinnen und Patienten

ten auf den Wartelisten zur Organtransplantation sterben laut Aussage der DSO täglich drei Patienten aufgrund des bestehenden Organmangels.

In die weiterhin andauernden weitreichenden Maßnahmen zur Förderung der Organspende auf der Bundes- und Landesebene ist das Referat Medizin eng eingebunden. Hierbei wurde ein „Positionspapier der DKG zur Förderung der Organspende in Deutschland“ mitentwickelt und einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Zusätzlich wurden die ministerialen Überlegungen zu einer Novellierung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG NRW) sowie zum Entwurf für ein „Gesetz für bessere Zusammenarbeit und Strukturen bei der Organspende (GZSO)“ aktiv begleitet und in wesentlichen Teilen unterstützt.

Laut dem § 4 „Transplantationsbeauftragte“ des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG NRW) müssen alle Transplantationsbeauftragte innerhalb von drei Jahren die Teilnahme an einer curricularen Fortbildung zum Thema Organspende nachweisen, für bereits benannte Transplantationsbeauftragte begann diese Frist am 13.02.2016. Unter Berücksichtigung der be-

schriebenen Inhalte des § 4 AG-TPG NRW haben die Bezirksregierungen Nachweise einer Fortbildungsteilnahme bis zum 31.05.2019 angefordert. Da zahlreiche Transplantationsbeauftragte n > 200 vor dem 13.02.2016 eine curriculare Fortbildung zum Thema Organspende durchgeführt haben und eine Gegenüberstellung des Curriculums „Organspende“ aus dem Jahr 2008 und des Curriculums „Transplantationsbeauftragter Arzt“ aus dem Jahr 2015 keine grundsätzlichen inhaltlichen Unterschiede ergibt, hat sich die Geschäftsstelle schriftlich an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gewandt und angeregt, anstelle einer erneuten Teilnahme der bereits curricular fortgebildeten Transplantationsbeauftragten an einem 40-stündigen Fortbildungskurs einen durch die Ärztekammern in NRW und die DSO konzipierten „Refresher-Kurs“ anzubieten. Dieser Kurs wurde mittlerweile durch die Akademien für die ärztliche/medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammern in Nordrhein und in Westfalen-Lippe sowie die DSO entwickelt und vom MAGS anerkannt. Im Verlauf des zweiten Halbjahres 2018 konnte somit eine große Anzahl der langjährig erfahrenen Transplantationsbeauftragten curricular fortgebildet werden.

Deutsche Kodierrichtlinien für das Jahr 2019

Wie in den Vorjahren standen i. S. einer einheitlichen Kodierung Klarstellungen und Anpassungen an die ICD-10-GM, den OPS sowie an das G-DRG-System 2019 im Vordergrund.

Trotz der auch in 2018 intensiven Bemühungen der DKG in einem engen fachlichen Austausch mit der KGNW konnte keine durchgreifende Überarbeitung der überaus kritischen Inhalte der Kodierrichtlinie (DKR) 1001 „Maschinelle Beatmung“ erreicht werden.

ICD-10-GM Version 2019 und OPS 2019

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 27.09.2018 die amtlich gültige Fassung der ICD-10-GM Version 2019 auf seiner Internetseite veröffentlicht. Wie in jedem Jahr sind Änderungen eingegangen, die sich aus dem Vorschlagsverfahren für die ICD-10-GM Version 2019, 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.

Daneben hat das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) am 25.10.2018 die endgültige Fassung des OPS 2019 auf seiner Internetseite zur Verfügung gestellt. Ein Schwerpunkt des Umbaus des OPS ergab sich aus den aktuellen BSG-Urteilen zu den Komplexcodes zur akuten Schlaganfallversorgung (OPS 8-981, 8-98b) und zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550). Dieser Gesamtkomplex wird in dem Bericht des Referates IV (Recht und Personal) ausführlich erläutert.

Auf Wunsch des BMG wurde von Vertretern einzelner Fachgesellschaften ohne Beteiligung der Selbstverwaltungspartner ein neuer Code „Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung (8-718)“ in den OPS 2019 aufgenommen. Hierbei handelt es sich um die Abbildung eines strukturierten Prozesses zur Reduktion von Beatmungsparametern mit dem Ziel der Beendigung einer Beatmung und

Wiedererlangung der selbstständigen Atmung ohne maschinelle Beatmung. Ein Code aus diesem Bereich ist auch anzugeben, wenn die Entwöhnung fehlgeschlagen ist und z. B. die (Wieder-)Einstellung auf eine häusliche maschinelle Beatmung erfolgt. Der Code ist bei allen Formen einer invasiven oder nicht-invasiven maschinellen Beatmung anzuwenden.

Seitens der DKG und der KGNW wird die Einführung des Codes kritisch gesehen, da er zahlreiche Angriffspunkte für neue Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bietet. Diese sind nicht nur i. V. m. dem spezifischen Code, sondern auch i. V. m. den widersprüchlichen Interpretationen zu der Kodierrichtlinie DKR 1001 „Maschinelle Beatmung“ zu befürchten. Durch den Code werden ebenso umfassende wie auslegungsanfällige Dokumentationsanforderungen aufgestellt, die zu einer deutlichen Mehrbelastung des Krankenhauspersonals führen werden. Es muss beispielsweise ein strukturierter Entwöhnungsprozess mit täglich dokumentierter leitliniengerechter Evaluation der Entwöhnungsbereitschaft des Patienten erfolgen. Ein Weaning-Protokoll pro Behandlungstag (Mindestanforderung: Dokumentation von Beatmungsstrategie, Sedierung, Monitoring) sowie ein mindestens täglich dokumentierter Spontanatmungsversuch (inklusive Atemunterstützung mit z. B. CPAP oder HFNC) werden ebenfalls gefordert. Der Code entfaltet in 2019 noch keine Vergütungsrelevanz.

DRG-System 2018

Die Kalkulationsbasis ist mit 274 Krankenhäusern im Vergleich zum Vorjahr (248) deutlich angestiegen. Dies betrifft auch die Universitätskliniken (Vorjahr: elf; aktuell: 13) und begründet sich in der verpflichtenden Teilnahme von insgesamt 39 Krankenhäusern (repräsentative Ziehung in 2016 und 2017). Die Anzahl der DRGs nimmt im Längsverlauf weiter moderat zu (Verlauf 2013 bis 2019: 1.187 vs. 1.196 vs. 1.200 vs. 1.220 vs. 1.255 vs. 1.292 vs. 1.318). Der Anstieg verteilt sich in diesem Jahr auf zahlreiche MDCs. Insgesamt ist das System stabil und wird auf der Mikro- und nicht mehr auf der Makroebene verändert.

Die wenigen teilstationären Leistungen mit/ohne Bewertungsrelation (Anlage 3b des Fallpauschalenkataloges) sind ebenso wie die nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergüteten vollstationären Leistungen, für die krankenhaushausindividuelle Entgelte zu vereinbaren sind (Anlage 3a des Fallpauschalenkataloges), unverändert.

Bei den bewerteten und nicht bewerteten Zusatzentgelten haben sich keine gravierenden Änderungen ergeben. Bei den im letzten Jahr eingeführten Zusatzentgelten (ZE162 und ZE163) zur Abbildung eines erhöhten Pflegeaufwands bei pflegebedürftigen Patienten nach Maßgabe des OPS 9-984 (Pflegebedürftigkeit) besteht eine insgesamt verbesserte aber immer noch sehr inhomogene Erfassungsquote. Dies wird sich vermutlich durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (verpflichtende Mitteilung der Pflegegrade durch die Krankenkassen) ändern.

Im Kontext der Postmortalspende (Organspende) und der Obduktionen ist die Datenlage weiterhin nicht belastbar bzw. hat sich aufgrund der sinkenden Organspenden deutlich verschlechtert. Insofern sind an dieser Stelle normative Festlegungen durch die Selbstverwaltung notwendig.

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP)

Im PEPP-System besteht ein Anstieg der Kalkulationshäuser von 102 auf 112 mit einer verbesserten Abbildung der Psychosomatik. Von den in 2017 verpflichtend gezogenen Krankenhäusern konnten sich vier i. S. einer

Probekalkulation und sieben mit einer eingeschränkten Datenlieferung beteiligen. Ein klassifikatorischer Umbau des PEPP-Systems hat aufgrund eines minimalen Vorschlagverfahrens faktisch nicht stattgefunden.

Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V

Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V beschäftigte sich im Jahr 2018 mit einer „Verbesserung der geriatrischen Versorgung“, mit der „ambulanten Notfallversorgung“ sowie einer „rationalen Antibiotika-Versorgung“.

Zur „Verbesserung der geriatrischen Versorgung“ wurden ab dem letzten Quartal 2017 im Landesteil Westfalen-Lippe zwei Modellprojekte und im Landesteil Nordrhein vier Modellprojekte initiiert. Hierbei erfolgt im Landesteil Westfalen-Lippe eine Schwerpunktsetzung auf das Casemanagement. Im Landesteil Nordrhein soll zunächst eine niedrigschwellige Strukturierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit gefördert und Kommunikationsstandards etabliert werden (Aufnahme- und Entlassmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildungen). In Westfalen-Lippe werden die Maßnahmen durch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und in Nordrhein durch die KGNW koordiniert.

Bezüglich der „ambulanten Notfallbehandlung“ wurde unter Beteiligung der Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassenverbände, der 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

Im Verlauf der Beratungen des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V hat Minister Laumann angeregt, zu der flächendeckenden Implementierung von Portalpraxen ein Konsenspapier unter den beteiligten Institutionen zu vereinbaren. Das MAGS hat aus diesem Grund die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern in Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Krankenkassenverbände sowie die KGNW zu mehreren Gesprächsterminen eingeladen. Nach einer insgesamt konstruktiven Diskussion wurden auf der Basis zwischenzeitlich durch das MAGS versandter Entwürfe Eckpunkte für ein Konsenspapier formuliert. Ein abschließendes Dokument ist vorbehaltlich der noch notwendigen Kompromisse frühestens zum Ende des Jahres zu erwarten.

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 Lang-

zeitpflege) 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 Ministerium 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.

Die beteiligten Verbände haben sich nach Ablauf der Förderung zunächst auf eine Fortführung des Internetportals NRW für Pflegeberufe bis zum April 2018 verständigt. Im Anschluss daran wurde in der Steuerungsgruppe und in den Gremien der KGNW ein erneuter

Zuwendungsantrag an das MAGS erörtert. Im Ergebnis wurde seitens der Geschäftsstelle ein Zuwendungsantrag mit dem Arbeitstitel Antrag zur Gewährung einer Zuwendung zur Entwicklung einer „zentralen Informationsplattform zum Pflegeberufereformgesetz (zip)“ auf der Basis des bestehenden Internetportals NRW für Pflegeberufe formuliert und an das MAGS versandt.

Da sich die Steuerungsgruppe für einen weitestgehenden Erhalt der Funktionalitäten des bestehenden Internetportals ausgesprochen hat und gleichzeitig das MAGS in informellen Gesprächen vorläufig nur Teilbereiche der Weiterentwicklung des Internetportals als förderfähig bezeichnet hat, ist derzeit nicht verlässlich absehbar, in welchem Umfang der Zuwendungsantrag eine Zustimmung durch das Ministerium findet.

Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses

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 G-BA gestellt. Das Projekt TELnet@NRW zielt auf eine telemedizinische Unterstützung intensivmedizinischer und hygienerelevanter Prozesse in einem sektorenübergreifenden Kontext ab. Der Projektantrag wurde durch den G-BA positiv beschieden und das Projekt mit einer Fördersumme in Höhe von 19.574.349,60 Euro ausgestattet. Das

Projekt wurde schließlich am 01.02.2017 gestartet und wird fortlaufend durch die KGNW begleitet. Mittlerweile konnten seit dem Start der sog. Interventionsphase im Oktober 2017 durch die Unikliniken in Aachen und Münster, 17 beteiligte weitere Krankenhäuser in den Regionen Aachen und Münsterland sowie über 100 teilnehmende Ärzte im Ärztenetz MuM Medizin und Mehr aus Bünde und im Gesundheitsnetz Köln-Süd e.V. mehr als 90.000 Patientinnen und Patienten in das Projekt aufgenommen werden. Hiermit stellt TELnet@NRW die europaweit größte telemedizinische Studie dar.

Pflegeberufereformgesetz/Pflegeberufegesetz

Mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz, PflBRefG) vom 17.07.2017 hat der Bundesgesetzgeber die bisherigen Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in der Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege neu geregelt und in einem Berufsgesetz zusammengeführt. Das PflBRefG tritt stufenweise bis zum Jahr 2020 in Kraft und ersetzt im Wesentlichen das bisherige Altenpflegegesetz (AltPflG) sowie das Krankenpflegegesetz (KrPflG) in den jeweiligen Fassungen von 2003. Die bisher getrennt geregelten Pflegeausbildungen werden durch das Pflegeberufegesetz (PflBG) zusammengeführt:

- Alle Auszubildenden erhalten zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung, in der sie einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung wählen. Auszubildende, die im dritten Ausbildungsjahr die generalistische Ausbildung fortsetzen, erwerben den Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“.
- Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können wählen, ob sie, statt die generalistische Ausbildung fortzusetzen, einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erwerben wollen. Nach sechs Jahren sollen diese speziellen Abschlüsse überprüft und evaluiert werden.
- Nach zwei Dritteln der Ausbildung wird eine Zwischenprüfung zur Ermittlung des Ausbildungsstandes eingeführt. Den Ländern wurde die Möglichkeit eröffnet, die mit der Zwischenprüfung festgestellten Kompetenzen im Rahmen einer Assistenzausbildung in einem Helferberuf anzuerkennen.
- Einführung von vorbehaltenen Tätigkeiten für die Pflegeberufe, diese Tätigkeiten dürfen nur von entsprechend ausgebildetem Personal ausgeführt werden.
- Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung werden durch das PflBG primärqualifizierende Studiengänge eingeführt.
- Bundesweite Abschaffung des Schulgeldes für die Ausbildung in einem Pflegeberuf
- Neuregelung der Finanzierung der Pflegeausbildung
- Die neue Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann wird über die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in anderen EU-Mitgliedstaaten automatisch anerkannt werden.

Die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) sowie die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) wurden am 10.10.2018 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.

Im Kontext der Umsetzung auf der Landesebene hat die Landesregierung ein „Gesetz zur Umsetzung der Pflegeberufereform in Nordrhein-Westfalen“ eingebracht, welches der-

zeit im nordrhein-westfälischen Landtag beraten wird. Zudem wurde ein Begleitgremium zur Umsetzung des PfBG in NRW eingesetzt. Die KGNW ist in diesem Gremium vertreten.

Pflegekammer NRW

Die Diskussionen zur Einrichtung einer Pflegekammer in NRW werden in unterschiedlicher Intensität seit 2006 geführt. Durch die Einrichtung der Landespflegekammern in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen in den vergangenen zwei Jahren 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.

Im Koalitionsvertrag zwischen der CDU und der FDP wurde 2017 vereinbart, dass Nordrhein-Westfalen eine Interessenvertretung der Pflegenden errichten wird, wenn die Pflegenden dies wollen. Hierfür soll eine repräsentative Befragung unter den professionell Pflegenden durchgeführt werden. In Vorbereitung auf die Befragung hat das nordrhein-westfälische Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) im Frühjahr 2018 nach zwei europaweiten Ausschreibungen für eine Informationskampagne und eine Befragung die entsprechenden Aufträge an zwei Agenturen vergeben. Die Informationskampagne wurde von der Agentur „Neues Handeln“ mit Sitz in Berlin gestaltet. Es sollten verschiedene Sichtweisen zu den Abstimmungsalternativen (Modell „Pflegekammer“ und Modell „Pflegering“) zusammengetragen und die Ergebnisse im In-

ternet und über Flyer präsentiert werden. Weitere Bestandteile der Informationskampagne waren dezentrale Informationsveranstaltungen, die von Institutionen und Verbänden mit größtenteils eigenen Werbe- und Informationsmitteln ausgeführt wurden. Für diese Veranstaltungen stellte die Agentur im Auftrag des MAGS finanzielle Mittel bereit.

Das MAGS hat des Weiteren mit Unterstützung der Agentur „Neues Handeln“ eine Webseite eingerichtet (vgl. www.interessenvertretung-pflege.nrw.de) und stellt auf dieser allgemeine Hinweise und Informationsmaterial (Flyer, Plakate etc.) zur Verfügung.

Den Zuschlag zur Durchführung der Befragung hat die Info GmbH, ebenfalls mit Sitz in Berlin, erhalten. Das Umfragekonzept ist auf die notwendige Repräsentativität ausgerichtet und erfolgt in Form von 1.500 vertraulich geführten „Face-to-Face-Interviews“. Dabei werden die zu Befragenden nicht nur zwischen den Modellen „Pflegekammer“ oder „Pflegering“ entscheiden können, es wird ihnen auch die Grundsatzfrage gestellt werden, ob überhaupt eine Interessenvertretung der Pflegenden in Nordrhein-Westfalen errichtet werden soll. Die Befragung wurde im Oktober 2018 gestartet, die Ergebnisse sollen zum Jahresende 2018 vorliegen.

Personaluntergrenzen in der Pflege

Gem. § 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 Selbsthilfegruppen 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.

Trotz einer zweistelligen Anzahl von Verhandlungsterminen sowie mehrerer begleitender Gutachtenaufträge an das IQTIG, das InEK und die Unternehmensberatung KPMG haben sich die Vorstandsmitglieder in der Sondersitzung des Vorstandes der DKG am 23.07.2018 aufgrund einer unzureichenden empirischen Datenlage (der KPMG-Bericht „Studie zur Pflegepersonalausstattung und Pflegelast in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern“ weist zahlreiche Limitationen aufgrund des stark begrenzten Zeitrahmens der Abfrage, unvollständiger Datenlieferungen, einer mangelnden Repräsentativität sowie normativer Annahmen und Gewichtungsfaktoren auf) für eine zweite Datenerfassung zwischen dem 01.01.2019 und dem 30.06.2019 zur Ist-Personalausstattung in den pflegesensitiven Bereichen in den Krankenhäusern ausgesprochen. Auf Basis dieser Erkenntnisse solle eine Festlegung valider Personaluntergrenzen nach dem 10%-Perzentilansatz mit einer verpflichtenden Einführung zum 01.01.2020 erfolgen. Dieser modifizierten Vorgehenswei-

se wurde weder vom GKV-Spitzenverband noch vom BMG zugestimmt, sodass nach dem offiziellen Scheitern der Verhandlungen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn per Ersatzvornahme durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in vier pflegesensitiven Bereichen nach § 137i SGB V festgesetzt hat. Diese Verordnung wurde am 10.10.2018 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und trat somit am 11.10.2018 in Kraft. Die PpUG gelten ab dem 01.01.2019 und sind bis zum 31.03.2019 sanktionsfrei. Die Verordnung tritt außer Kraft, wenn sich die DKG und der GKV-Spitzenverband auf eine (neue) Regelung zu den Pflegepersonaluntergrenzen geeinigt haben. Dies kann jedoch frühestens ab dem 01.01.2020 erfolgen. Die ab dem 01.01.2019 bestehenden PpUG für die Intensivmedizin (Tagschicht 2,5:1; Nachtschicht 3,5:1) werden ab dem 01.01.2021 durch strengere PpUG (Tagschicht 2:1; Nachtschicht 3:1) ersetzt.

Im mittlerweile im Deutschen Bundestag am 09.11.2018 beschlossenen Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG, der Bundesrat wird sich voraussichtlich am 23.11.2018 im 2. Durchgang mit diesem zustimmungsfreien Gesetz befassen) wird ein neuer § 137j SGB V (Pflegepersonalquotient) formuliert. Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und zur Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität soll das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ab 2020 jährlich für jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand

eines Krankenhauses beschreibt, ermitteln. Hierzu erstellt das InEK einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind (Bewertungsrelationen auf Basis des bereits bestehenden Pflegelastkataloges). Die Summe dieser Bewertungsrelationen werden durch das InEK für jedes Krankenhaus an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie an die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (GKV-Spitzenverband, DKG, Verband der Privaten Krankenversicherung) und von diesen an die betroffenen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes (Krankenhausträger, Krankenkassen) sowie an die jeweils zuständigen Landesbehörden (ggf. aufsichtsrechtliche Maßnahmen) weitergeleitet. Das BMG legt durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand fest, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren erstmals für das Budgetjahr 2020 Sanktionen für den Fall einer Unterschreitung der festgelegten Untergrenze, dabei kann auch ein stufenweiser Eintritt oder eine vorübergehende Aussetzung der Sanktionen bei gleichzeitiger Durchführung eines strukturierten Personalaufbaus vorgesehen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft spätestens nach Ablauf von drei Jahren die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze. Im PpSG wird ebenfalls bestimmt, dass die PpUG standort- und schichtbezogen dokumentiert

und nachgewiesen werden sollen. Kommen die Krankenhäuser nicht ihren quartalsweisen Meldeverpflichtungen nach, soll dies zu Sanktionen führen. Bei einer Unterschreitung der PpUG werden Vergütungsabschläge oder eine Verringerung der Fallzahl vereinbart.

Durch die Änderungen des § 137i SGB V im PpSG wird eine jährliche Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern unter fortgesetzter Einbindung aller maßgeblichen Verbände (DPR, Patientenvertreter, Gewerkschaften, AWMF) festgeschrieben. Der GKV-Spitzenverband und die DKG sollen bis zum 30.08.2019 die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V überprüfen und mit Wirkung

zum 01.01.2020 neue Pflegepersonaluntergrenzen, inklusive der Neurologie und Herzchirurgie sowie Schweregradgruppen, festlegen. Zusätzlich sollen weitere pflegesensitive Bereiche und diesbezügliche Schweregradgruppen mit Wirkung zum 01.01.2021 vereinbart werden. In diesem Zusammenhang wird das InEK zukünftig die Rolle eines „Personalinstitutes“ einnehmen und entsprechende Datenkonzepte entwickeln. Kann eine Einigung nicht fristgerecht erreicht werden, kommt es zu einer Ersatzvornahme des BMG.

Derzeit werden auf der Bundesebene noch die Nachweis- und die Abschlagsvereinbarung zum § 137i SGB V verhandelt.

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. Aktuell beteiligen sich 41 von 51 Perinatalzentren in NRW am „klärenden Dialog“. Hierbei bestehen eine hohe Transparenz und Kooperationsbereitschaft der Perinatalzentren. Die eingeleiteten Maßnahmen zur Erfüllung der QFR-RL sind umfangreich und kostenintensiv, aber vermutlich oftmals nicht bis zum 31.12.2019 ausreichend. In diesem Zusammenhang kann festgestellt werden, dass die zeitliche und räumliche Flexibilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an klare Grenzen stößt und häufig die großen Zentren

die „größten Probleme“ aufweisen (diametral zur beabsichtigten Zentralisierung der Versorgung). Der „Kommentierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu den Berichten der Lenkungsgruppen über den klärenden Dialog nach § 8 Abs. 11 QFR-RL“ vom 20.09.2018 ist eine vergleichbare Situation in den anderen Bundesländern zu entnehmen. 84% der Perinatalzentren in Deutschland sind „Nicht-Erfüller“ (180 von 215 Perinatalzentren), je nach Bundesland schwankt der Anteil an Zentren, die die Vorgaben nicht erfüllen, zwischen 36 % und 100 %. Als Gründe hierfür werden eine fehlende Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal am Arbeitsmarkt, ein hohes bzw. unvorhergesehenes Patientenaufkommen, ein akuter bzw. unvorhergesehener Personal- ausfall, die begrenzte Anzahl der verfügbaren

Weiterbildungsplätze in pädiatrischer Intensivpflege, mangelnde Kapazitäten für die Freistellung zur Einarbeitung/Weiterbildung von Mitarbeitern sowie die Abwerbung und Fluktuation des Pflegepersonals identifiziert.

Als Konsequenz des Gesagten wurden durch die DKG im G-BA Verhandlungen zur Anpassung der QFR-RL beantragt. Diese wurden mittlerweile aufgenommen. Der G-BA-Vorsitzende, Josef Hecken, hat sich auf der Mitgliederversammlung der Saarländischen Krankenhausgesellschaft für eine Lockerung der Personaluntergrenzen im Kontext der QFR-RL ausgesprochen (Ärzte Zeitung online vom 23.10.2018).

Recht und Personal/Vorstand

Selbstverwaltungsaufgaben

Selbstverwaltung Landesebene

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) zum 01.01.2012 erfolgt eine sukzessive Ablösung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gem. § 116b SGB V (alt) durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gem. § 116b SGB V (ASV – neu).

Aktueller Sachstand (Neue Beschlüsse des G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat – aufbauend auf den bereits in Kraft getretenen Anlagen zu den Krankheitsbildern Tuberkulose und atypische Mykobakteriose, gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, Marfan-Syndrom, pulmonale Hypertonie und gynäkologische Tumoren – auch in diesem Jahr weitere erkrankungsbezogene Anlagen zur Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) beschlossen:

- Rheumatologische Erkrankungen – sowohl Erwachsene als auch Kinder (in Kraft getreten am 19.04.2018) (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 037/2018 vom 29.01.2018, 175/2018 vom 26.04.2018)

- Urologische Tumoren (in Kraft getreten am 26.04.2018) (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 037/2018 vom 29.01.2018, 196/2018 vom 09.05.2018)
- Morbus Wilson (in Kraft getreten am 12.06.2018) (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 251/2018 vom 18.06.2018)
- Ausgewählte seltene Lebererkrankungen (in Kraft getreten am 16.08.2018) (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 244/2018 vom 13.06.2018 und 376/2018 vom 31.08.2018)

Des Weiteren hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Sitzung am 16.03.2018 die jährliche Anpassung der jeweiligen erkrankungsbezogenen Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab sowie weitere Änderungen beschlossen. Dieser am 23.06.2018 in Kraft getretene Beschluss hatte neben unbedeutenden redaktionellen Anpassungen zur Folge, dass auf Verlangen des Patienten vom ASV-Team ein Medikationsplan in Papierform zu erstellen ist, sämtliche Appendizes um Ziffern zum Erbringen der Videosprechstunde und telekonsiliarische Befundbeurteilung ergänzt wurden und in den Anlagen aus dem Bereich der seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen eine Vereinheitlichung der personellen Anforderung für Teams erfolgte. Letzteres diente dem Ziel, die

aus den bislang divergierenden erkrankungsbezogenen Konkretisierungen resultierenden Interpretationsschwierigkeiten zu beseitigen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 141/2018 vom 06.04.2018).

Zum 29.06.2018 ist die Übergangsfrist für Altbestimmungen im Erkrankungsbereich Marfan-Syndrom ausgelaufen. Bei fortbestehendem Interesse an der Erbringung ambulanter Leistungen in diesem Bereich mussten Krankenhäuser eine Anzeige gegenüber dem zuständigen erweiterten Landesausschuss stellen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 103/2018 vom 15.03.2018).

Aktueller Umsetzungsstand (Tätigkeit der erweiterten Landesausschüsse in NRW)

Mit weit über 100 eingegangenen Neu- oder Änderungsanzeigen im Jahr 2018 gehörte die Prüfung der Anzeigen zu einem der Aufgabenschwerpunkte des Referates IV. Der erhebliche Anstieg der (Änderungs-)Anzeigeneingänge ist u. a. auf die Überführung der vorgenannten vier Erkrankungsbereiche in die ambulan-

te spezialfachärztliche Versorgung wie auch auf zahlreiche personelle Änderungen in der Teamzusammensetzung zurückzuführen.

Die Anzeigen wurden in diesem Jahr bis auf eine Ausnahme allesamt durch die beiden Entscheidungsausschüsse der jeweiligen Landesteile – die verkleinerten Gremien der erweiterten Landesausschüsse – im schriftlichen Umlaufverfahren beschieden.

Allgemein lässt sich feststellen, dass der mit der Prüfung verbundene Arbeitsaufwand nicht nur durch die Erhöhung der Anzahl der eingereichten Anzeigen im Jahr 2018 quantitativ erheblich zugenommen hat, sondern auch durch den erhöhten Umfang der Anzeigenunterlagen, da zunehmend Großkrankenhäuser und Universitätskliniken mit großen ASV-Teams ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung anzeigen und die Krankenhäuser der KGNW-Empfehlung folgen, aus Sicherheitsgründen sowie zur nachträglichen administrativen Reduzierung Mehrfachbenennungen vorzunehmen.

Übersicht ASV-Anzeigeverfahren in Nordrhein

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						
1.1 a (TG1)	Gastrointestinale Tu- moren und Tumoren der Bauchhöhle	26.07.2014	32	1	25	1			6	66	4	62	
		[25.07.2017]											
1.1 a (TG2)	Gynäkologische Tumoren	10.08.2016	5	1	3				1	9	1	8	
		[09.08.2019]											
2a	Tuberkulose und atypische Mykobac- teriose	24.04.2014	11		7		1	1	4	4		4	
		[23.04.2017]											
2k	Marfan-Syndrom	30.06.2015	1		1					1		1	
		[29.06.2018]											
2l	Pulmonale Hypertonie	01.06.2016	2		2					2		2	
		[31.05.2019]											
2b	Mukoviszidose	18.03.2017	2		1				1				
		[17.03.2020]											
1.1b	Rheumatologische Erkrankungen	19.04.2018	1		1								
		[18.04.2021]											
1,1a	Urologische Tumoren	26.04.2017	1		1								
		[24.04.2021]											
2h	Morbus Wilson	12.06.2018											
		[11.06.2021]											
2o	Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	16.08.2018											
		[15.08.2018]											

Darüber hinaus war Referat IV neben der Prüfung der Anzeigeverfahren auch in sämtliche Beschlussgremien der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingebunden. In diesem Zusammenhang wurde die Erarbeitung der Anzeigeformulare für die vier hinzugekommenen Erkrankungsbilder im Rahmen der Landesarbeitsgruppe zu § 116b SGB V intensiv begleitet und sichergestellt, dass die Anzeigeformulare ausschließlich den Inhalt der jeweiligen erkrankungsbezogenen Anlagen der ASV-RL wiedergeben und keine darü-

ber hinausgehenden Anforderungen – auch nicht bürokratischer Art – gestellt werden.

Beratungen und Konkretisierungen in der Selbstverwaltung

Infolge des erhöhten Anzeigeneingangs und des damit einhergehenden Bearbeitungs- und Beratungsaufwandes für die Geschäftsstellen der erweiterten Landesausschüsse hat die Geschäftsstelle im Landesbereich Westfalen – wie in Nordrhein bereits im Vorjahr erfolgt –

eine Aufstockung des Personalschlüssels für das Jahr 2019 angekündigt. Mit dieser personellen Erweiterung geht auch eine entsprechende Anpassung des Haushaltsplanes einher.

Im Weiteren fand wie bereits in den Vorjahren auch in diesem Jahr am 09.11.2018 ein Informationsaustausch der bundesweiten erweiterten Landesausschüsse und des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Fragen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gem. § 116b SGB V statt, an dem auch ein Vertreter der KGNW teilnahm. Das Treffen eröffnet den Geschäftsstellen der erweiterten Landesausschüsse die Möglichkeit, ihre Fragen an den Gemeinsamen Bundesausschuss heranzutragen, und dient einem konstruktiven Austausch mit den Vertretern aus anderen Bundesländern.

Pflegeüberleitung nach Landesvertrag (APG)

Zum 16.10.2014 wurde das Landespflegegesetz (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.

Nach Vorgabe des § 3 PfG NRW (alt) wurden 1999 zwei Vereinbarungen zum unmittelbaren Übergang von einer Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen ambulanten/stationären Pflege geschlossen. 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. Für die Übergangszeit hat die KGNW den Mitgliedern einen – mit Pflegekassen und MDK abgestimmten – modifizierten Informations- und Überleitungsbogen zur unverbindlichen Verwendung ab dem 01.01.2017 zur Verfügung gestellt.

Die Anfang 2017 aufgenommenen Verhandlungen wurden auch 2018 seitens der KGNW federführend von Referat IV fortgeführt. Der Schwerpunkt der Überarbeitung liegt in der Ausgestaltung der Einbindung der (die Patienten unterstützenden) Krankenhäuser in das Pflegegrad-Prüfverfahren der Medizinischen Dienste. Eine weitere Herausforderung ist die bisher gesetzlich nicht vorgesehene Einbindung der Prüfung der Heimbedürftigkeit sei-

tens der Kommunen sowie die Einbeziehung der Prüfung der neuen sog. Kombileistungen durch die Pflegekassen/den MDK.

Seit Oktober 2018 befasst sich zudem eine kleine Arbeitsgruppe mit der strukturellen und textlichen Überarbeitung der Rahmenvereinbarung auf Basis der gemeinsam erarbeiteten Workflows.

Familiale Pflege gem. § 45 SGB XI

Das Modellprojekt „Familiale Pflege nach § 45 SGB XI“ läuft zum 31.12.2018 aus und wird aufgrund der durchweg positiven Bewertung in die „Regelversorgung“ überführt. Dazu werden die bisher geschlossenen dreiseitigen Verträge (der ca. 300 in NRW einbezogenen Krankenhäuser) mit Wirkung zum 01.01.2019 auf bilaterale Verträge mit den Pflegekassen umgestellt. Die Geschäftsstelle hat mit den Pflegekassen in mehreren Erörterungsrunden ein Vertragsmuster nebst Anlagen abgestimmt.

Die Pflegekassen haben nach Abstimmung mit der KGNW alle Krankenhäuser, die einen dreiseitigen Vertrag auf Basis des Modellprojektes geschlossen haben, über die Umstellung

informiert, die dreiseitigen „Modellprojekt-Verträge“ zum 31.12.2018 gekündigt und einen neuen bilateralen Vertrag mit Wirkung ab dem 01.01.2019 angeboten. Damit können die bisher eingebundenen Krankenhäuser ab dem 01.01.2019 weiterhin Pflegekurse nach § 45 SGB XI erbringen. Noch nicht einbezogene Krankenhäuser, die ein Interesse an der Durchführung von Pflegekursen haben, können sich an die im jeweiligen Bundesland zuständige AOK-Pflegekasse wenden.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des damit steigenden Pflegebedarfs sind die Pflegekurse nach § 45 SGB XI ein wichtiger gesellschaftlicher Baustein zur Einbindung von Angehörigen und an der Pflege interessierten Personen in die (ehrenamtliche) pflegerische Versorgung. Die KGNW unterstützt daher die Umstellung in die Regelversorgung und hat die Mitgliedshäuser mit KGNW-Rundschreiben Nr. 393/2018 vom 11.09.2018 gebeten, ihr in das Modellprojekt eingebrachtes Engagement fortzuführen. Den Abschluss der von den Pflegekassen angebotenen „Pflegekurs-Verträge“ hat die KGNW-Geschäftsstelle daher ausdrücklich empfohlen.

Selbstverwaltung Bundesebene

Vereinbarung über die Definitionen von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gem. § 2a Abs. 1 KHG (Standortvereinbarung)

Seit dem 01.10.2017 muss der Standortbegriff nach Maßgabe der Bundesvereinbarung einheitlich angewandt werden, soweit Gesetze oder Selbstverwaltungsnormen auf diesen Begriff abstellen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG und GKV-Spitzenverband) können im Einzelfall Standorte abweichend von dieser Vereinbarung bestimmen.

Die KGNW hat die Krankenhäuser mit KGNW-Rundschreiben Nr. 130/2018 vom 29.03.2018 über die neuen Vorgaben informiert und gegeben, erhebliche Probleme bei der Umstellung der Standorte der KGNW mitzuteilen, damit die Problemstellungen landesweit gesammelt und gebündelt an die DKG weiterleitet werden können. Entsprechende Rückmeldungen wurden an die DKG mit der Bitte um weitere Veranlassung weitergeleitet. An den diesbezüglichen Verhandlungen, die noch im Dezember 2018 abgeschlossen werden sollen, ist die KGNW auf der Bundesebene bei der DKG beteiligt.

Richtlinie zu Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V – MDK-Qualitäts-Kontroll-Richtlinie

Der G-BA hat am 21.12.2017 die Erstfassung einer Richtlinie nach § 137 Abs. 3 SGB V zu Kontrollen des MDK nach § 275a SGB V beschlossen. Dieser allgemeine Teil der Richtli-

nie definiert Anhaltspunkte zur Durchführung einer Qualitätskontrolle und legt generelle Verfahrensabläufe sowie den Umgang mit den Ergebnissen fest. Hierüber hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 038/2018 vom 30.01.2018 informiert. Die Richtlinie wurde bislang nicht im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist folglich nicht in Kraft getreten. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den Beschluss nach Prüfung gem. § 94 SGB V zwar nicht beanstandet, aber mit einer Auflage und Hinweisen verbunden. Mit Beschluss vom 20.09.2018 hat der G-BA die Hinweise des BMG entsprechend der Formulierung in den Tragen den Gründen zu diesem Beschluss umgesetzt, sodass diese Richtlinie noch Ende 2018 in Kraft treten könnte.

Beschluss des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gem. § 136c Abs. 4 SGB V – Kooperationen mit Kassenärztlichen Vereinigungen

In diesem Themenbereich hat Referat IV die Krankenhäuser bezüglich der Kooperationsanfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) beraten. Krankenhäusern, die keine Kooperation i. S. des § 75 Abs. 1b SGB V mit den KVen vereinbart haben und voraussichtlich an der stationären Notfallversorgung gem. § 3 des G-BA-Beschlusses teilnehmen werden, hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 293/2018 vom 11.07.2018 empfohlen, die jeweils zuständige KV zu kontaktieren, um die „Sollbestimmung“ des § 6 Abs. 3 des G-BA-Beschlusses zum gestuften Notfallsystem zu

erfüllen. Zum Zwecke der Dokumentation hat die KGNW ferner eine schriftliche Kontaktaufnahme angeraten. Hierzu hat die KGNW

in der Anlage zum KGNW-Rundschreiben Nr. 293/2018 vom 11.07.2018 ein Musterschreiben gestellt.

Gesetzesinitiativen/-änderungen

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Das BSG hat bereits in der Vergangenheit mit zahlreichen Entscheidungen auf extreme Weise in die gesetzlich legitimierte Selbstverwaltung eingegriffen, in dem es u.a. neue abstrakte Abrechnungsvorgaben entwickelt (z. B. das „sachlich-rechnerische Prüfregime“ zur Aufweichung des restriktiven § 275 Abs. 1c SGB V oder das „fiktive wirtschaftliche Alternativverhalten“ zur Aufweichung der restriktiven Fallzusammenführungsvorgaben), die durchgängig zulasten der Krankenhäuser gehen und in ihrer Reichweite für Krankenhäuser unvorhersehbar und unkalkulierbar sind. Nach dem BSG-Urteil vom 28.03.2017 (Az. B 1 KR 29/16 R) dürften Krankenhäuser z. B. ihre Patienten nicht mehr entlassen, sondern müssten diese bis auf Weiteres (Zeitraum unbekannt) beurlauben.

Mit der Rechtsprechung vom 19.12.2017 bzw. 19.06.2018 zur geriatrischen frührehabilitativen bzw. neurologischen Komplexbehandlung hat das BSG darüber hinaus neue konkrete Kodiervorgaben bestimmt, die über den Wortlaut der Regelung (OPS 8-550 bzw. 8-98b/8-981) hinausgehen, weder von Krankenkassen noch vom MDK in der Vergangenheit in Prüfungen gefordert wurden und somit von

Krankenhäusern bis zur Veröffentlichung der BSG-Entscheidung nicht vorhergesehen und umgesetzt werden konnten.

Auf Basis der zuletzt genannten Urteile haben Krankenkassen bereits im Juni 2018 Prüfungen entsprechender Fälle für die letzten vier Jahre (ab 2014) angekündigt. Die Krankenkassen werden – wie bereits in der Vergangenheit vollzogen – bei Nichterfüllung der neuen BSG-Kriterien entsprechende Beträge über vier Jahre zurückfordern und zum Teil auch – entgegen dem landesvertraglichen bestimmten und vom LSG-NRW bestätigten Aufrechnungsverbot – direkt verrechnen. Der MDK hat seine Prüftools nach den BSG-Urteilen – zum Teil auch für die Vergangenheit – an die BSG-Rechtsprechung angepasst.

Das potentielle Rückforderungsvolumen für die letzten vier Jahre aufgrund der beiden BSG-Urteile beläuft sich allein für NRW bei Streichung des OPS 8-550 auf ca. 530 Mio. Euro und bei Streichung des OPS 8-98b sowie des gleichermaßen betroffenen OPS 8-891 auf ca. 350 Mio. Euro. Dabei wurden die ebenfalls im BSG-Urteil zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung aufgeführten OPS 8-553, 8-982, 8-98e, 8-552, 8-559, 8-563, 8-97d und 8-984 noch nicht berücksichtigt.

Die Geschäftsstelle hat unverzüglich das zuständige Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales (MAGS) hierüber informiert und erklärt, dass alle Krankenhäuser in NRW (bzw. bundesweit), die auf dieses Leistungsspektrum spezialisiert sind, bei entsprechenden Rückforderungen der Krankenkassen ohne jeglichen Zweifel in die Insolvenz getrieben werden und die Krankenhausversorgung nachhaltig gefährdet ist, und nachdrücklich um Unterstützung gebeten.

Das MAGS hat sich der Thematik unverzüglich angenommen, eine Erörterungen mit den Krankenkassen einberufen und sich im Bundesrat für eine Lösung zur Sicherung der Versorgung in den betreffenden Leistungsreichen eingesetzt.

Im weiteren Verlauf hat der Bundesrat im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum PpSG die Bundesregierung ersucht diese existenzgefährdenden Forderungen der Krankenkassen einzudämmen. Die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD haben im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens mit zwei Änderungsanträgen reagiert.

Der Deutsche Bundestag hat am 09.11.2018 in 2./3. Lesung den Gesetzesentwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beschlossen. Mit Inkrafttreten zum 01.01.2018 wird:

- die Verjährungsfrist für Erstattungsforderungen der Krankenkassen auf zwei Jahre rückwirkend reduziert und bestimmt, dass Krankenkassen ihre Ansprüche aus 2014 bis 2016 nur bis zum Tag der 2./3. Lesung (09.11.2018) gerichtlich geltend machen konnten, und

- das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ermächtigt, bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln und den Prozedurschlüsseln Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vorzunehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen seiner Gesetzesbegründungen deutlich zum Ausdruck gebracht, dass Krankenkassen daran gehindert werden sollen, gerichtliche Verfahren gegen vermeintliche Erstattungsansprüche aus vormals abgeschlossenen Abrechnungsvorgängen einzuleiten, und will die Durchsetzung entsprechender Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen ausschließen.

Nach ersten Informationen haben – anscheinend mit Ausnahme der Ersatzkassen (zumindest Barmer, TK, KKH und DAK) – die AOKen, die IKK und zahlreiche Betriebskrankenkassen bis zum 09.11.2018 dennoch ihre Erstattungsforderungen aus den Jahren 2014 bis 2016 entweder verrechnet oder gerichtlich geltend gemacht, die vornehmlich die Rückforderungen in Sachen geriatrische und neurologische Komplexbehandlungen enthalten. Die KGNW hat zur Erwidierung gegen diese Erstattungsforderungen zwei Rechtsgutachten eingeholt und den Mitgliedern zur Unterstützung in den anstehenden Klageverfahren mit Rundschreiben Nr. 472/2018 vom 22.10.2018 zur Verfügung gestellt.

Das gesamte Ausmaß der von den Krankenkassen bis zum 09.11.2018 eingeleiteten Ver-

rechnungs- und Klagewelle in NRW ist bis zur Erstellung des Geschäftsberichtes noch nicht erkenntlich, nimmt aber nach ersten Informationen bundesweit existenzgefährdende Ausmaße an.

EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Die Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung stellte die Krankenhausträger insbesondere 2018 vor große Herausforderungen und sorgte für intensiven und umfangreichen Informations- und Beratungsbedarf. Aufgrund der hohen Bedeutung des Themas hat die KGNW am 09.04.2018 eine ganztägige Informationsveranstaltung durchgeführt, in der die Mitglieder über die neuen datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen informiert und erste Empfehlungen und Hinweise zur Umsetzung im Krankenhaus gegeben wurden.

Seit dem 25.05.2018 entfaltet die am 24.05.2016 in Kraft getretene „Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.04.2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG“ (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) unmittelbare Geltung in Deutschland.

Die kirchlichen Datenschutzregelungen wurden ebenfalls mit der DS-GVO in Einklang gebracht. Für den kirchlichen Bereich sind das „Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD-Datenschutzgesetz – DSG-EKD)“ vom 15.11.2017 sowie das „Gesetz über den Kirchlichen Da-

tenschutz (KDG)“ vom 20.11.2017 jeweils am 24.05.2018 in Kraft getreten.

Aufgrund der unmittelbaren Betroffenheit der Krankenhäuser hat eine Arbeitsgruppe der DKG auf Bundesebene, in der die KGNW durch Referat IV vertreten war, Hinweise zur Umsetzung der DS-GVO unter Berücksichtigung der kirchlichen Regelungen erarbeitet.

Die KGNW hat mit zahlreichen Rundschreiben informiert und den Mitgliedern insbesondere folgende Hinweispapiere, Empfehlungen, Checklisten, Musterformulierungen und Arbeitshilfen zur Umsetzung der neuen datenschutzrechtlichen Regelungen zur Verfügung gestellt:

- Handlungsempfehlungen zur Auftragsverarbeitung mit Muster-Auftragsverarbeitungs-Vertrag für das Gesundheitswesen sowie Hinweise zum Umgang mit Altverträgen
- Der betriebliche Datenschutzbeauftragte im Krankenhaus
- Recht auf Löschung/Recht auf „Vergessen werden“
- Informationspflichten bei Datenschutzverletzungen
- Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich nebst Musterformulierung
- Datenschutzrechtliche Anforderungen an Einwilligungen von Patienten im Kranken-

- hausbereich nebst Checkliste und Muster-Einwilligungserklärungen
- Listen von datenschutzrechtlich zulässigen Verarbeitungstätigkeiten im Krankenhausbereich
- Hinweise zum Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten
- Arbeitspapier zur Datenschutz-Folgenabschätzung
- Auskunftsrecht von Patienten im Krankenhausbereich zwecks Überprüfung der rechtmäßigen Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten
- Weiterverarbeitung von personenbezogenen Daten zu einem anderen Zweck
- Patienteninformation und Einwilligungserklärung in das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V
- Hinweise zum Widerspruchsrecht
- Gestaltung der Homepage eines Krankenhauses
- Recht auf Datenübertragbarkeit im Verhältnis Patient – Krankenhaus
- Meldung der Kontaktdaten des betrieblichen Datenschutzbeauftragten an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde
- Umsetzungshinweise zur Rechenschaftspflicht im Krankenhausbereich nebst Beispiel eines Datenschutzkonzeptes
- Auswirkungen auf die „Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme (OH-KIS)“
- Musterformulierung zu Informationspflichten gegenüber Patienten in Institutsambulanzen/in MVZ
- Handlungsempfehlungen und Muster zur Umsetzung der Verpflichtung nach § 203 StGB und Art. 28 Abs. 3b DS-GVO

Im Mitgliederservice der KGNW-Homepage sind die Rundschreiben unter dem Stichwort „EU-Datenschutz-Grundverordnung“ sowie unter der Rubrik „Rechtsfragen > Datenschutz“ abrufbar.

Information und Beratung/Aktuelle Rechtsprechung

Verwertungsgesellschaften

Die KGNW hat die Mitglieder über den aktuellen Stand hinsichtlich der Verhandlungen auf Bundesebene mit den Verwertungsgesell-

schaften GEMA, VG Media und ZWF sowie der Lizenzierungsgesellschaft MPLC informiert und die Handlungsempfehlungen der DKG weitergegeben.

Tariferhöhung VG Media

Besonders intensiven Beratungsbedarf verursachten 2018 die seitens der VG Media aufgestellten neuen Tarife für Krankenhäuser. Nachdem der Gesamtvertrag Ende 2017 ausgelaufen war und sich VG Media und DKG nicht auf einen neuen Vertrag einigen konnten, kündigte die VG Media die Einzellizenzverträge mit den Krankenhäusern und erhöhte einseitig die bisherigen Tarife. Die DKG hat daraufhin als Gesamtvertragspartner der VG Media auf Bundesebene die Schiedsstelle angerufen. Für die Krankenhäuser bestand aufgrund der Kündigung der Verträge akuter Handlungsbedarf.

Die DKG hielt diese einseitig festgelegte Tarifierhöhung für unangemessen und empfahl den Krankenhäusern, die hohe Vergütung nicht zu akzeptieren und auf der Grundlage des einseitig aufgestellten VG-Media-Tarifs keine Lizenzverträge abzuschließen, sondern gem. § 37 VGG zu verfahren. Mit Auslaufen der Lizenzverträge der VG Media wurde empfohlen, die Vergütung in Höhe eines anerkannten Betrages an die VG Media zu zahlen und in Höhe der darüber hinausgehenden Forderung beim zuständigen Berliner Amtsgericht Tiergarten zu hinterlegen.

Die KGNW stellte den Mitgliedern entsprechende Erläuterungen, Checklisten, Formulare und Musterschreiben zur Verfügung und unterstützte die Krankenhäuser bei der Umsetzung der Empfehlungen der DKG. Die Krankenhäuser sind diesen Empfehlungen flächendeckend gefolgt. Die Versuche der VG Media, dagegen gerichtlich vorzugehen, sind gescheitert.

Nach weiteren intensiven Verhandlungen haben sich DKG und VG Media schließlich auf einen Kompromiss verständigt und einen neuen Gesamtvertrag mit einer Laufzeit von sechs Jahren abschließen können. Somit konnten die Streitigkeiten beendet werden. Die KGNW hat die Krankenhausträger bei der Rückabwicklung bereits gezahlter Vergütungen und hinterlegter Beträge mit Musterschreiben unterstützt und entsprechend beraten.

Der neue Gesamtvertrag, auf dessen Grundlage den Krankenhäusern einfache Nutzungsrechte für die öffentliche Wiedergabe von privaten Fernseh- und/oder Hörfunkprogrammen in Kranken- und Patientenzimmern über verschiedene TV- und Radio-Empfangsgeräte eingeräumt werden, wurde für die Zeit vom 01.01.2018 bis zum 31.12.2023 geschlossen und räumt den Mitgliedskrankenhäusern der KGNW Sonderkonditionen ein.

Die KGNW hat den Krankenhausträgern den Abschluss der Einzellizenzverträge auf Grundlage des neuen Gesamtvertrages empfohlen und umfangreiche Vertragshilfe geleistet. Der VG Media war in diesem Zusammenhang ein aktuelles Verzeichnis mit den Anschriften der Krankenhäuser zu übermitteln. Um die Einzellizenzverträge abschließen zu können, mussten die Krankenhausträger zudem einen zwischen DKG und VG Media abgestimmten Fragebogen zur Gerätenutzung ausfüllen. Die KGNW hat die Ausfüllhinweise der DKG zur Verfügung gestellt und die Krankenhäuser entsprechend beraten und unterstützt.

Neue Forderungen der MPLC

Die MPLC (Motion Picture Licensing Company) Deutschland GmbH stellte im Jahr 2018 neue Forderungen für Film- und TV-Nutzung in Patientenzimmern gegenüber Krankenhausträgern. Die DKG ist der Auffassung, dass diese Rechte nicht bestehen, und versucht, auf Bun-

desebene eine weitere Klärung der Rechts- und Sachlage herbeizuführen. Den Krankenhausträgern wurde von einem entsprechenden Lizenzerwerb bis zur abschließenden Klärung auf Bundesebene abgeraten. Die KGNW hat sachgemäß informiert und Musterschreiben zur Verfügung gestellt.

Rechtsprechung (BSG/BGH/BVerfG)

Implantation von Coils

In seinem Urteil vom 19.12.2017 (B 1 KR 17/17 R) hat das BSG die nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vereinbarte Implantation von Lungenvolumenreduktionsspulen (endobronchiale Nitinolspiralen – Coils) als experimentelle Leistung bewertet und deren Vergütung aufgrund eines Verstoßes gegen das Qualitätsgebot nach § 2 Abs. 1 SGB V abgelehnt. Mit diesem Urteil sind nunmehr auch die zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen getroffenen NUB-Vereinbarungen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG in den Fokus des 1. Senats gerückt, verbunden mit dem Ansatz, auch deren Rechtswirkungen durch eine überschießende Anwendung des Qualitätsgebots nach § 2 Abs. 1 SGB V und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V zu entwerfen.

Über diese Entwicklung hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 031/2018 vom 24.01.2018 und Nr. 142/2018 vom 06.04.2018 berichtet. Mit letztgenanntem Rundschreiben hat die KGNW ihren Mitgliedern zudem in der Anlage weitergehende Hinweise zum Themenbereich sowie Handlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt.

Beatmung

Das BSG hat in seinem Urteil vom 19.12.2017 (B 1 KR 18/17 R) entschieden, dass beatmungsfreie Intervalle bei der nicht invasiven Beatmung nur dann zur Beatmungszeit hinzuzurechnen sind, wenn der Entwöhnung eine Gewöhnung an die maschinelle Beatmung vorausgegangen ist (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 031/2018 vom 24.01.2018).

Im KGNW-Rundschreiben Nr. 303/2018 vom 13.07.2018 hat die KGNW daher eine umfassende Dokumentation der Entwöhnung empfohlen. Soweit möglich, sollte die Dokumentation eine medizinische Darlegung enthalten, die Rückschlüsse bezüglich einer Gewöhnung zulässt.

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 19.12.2017 (B 1 KR 19/17) festgestellt, dass der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses im sozialgerichtlichen Verfahren an der fehlenden Möglichkeit der Krankenkasse zur

Akteneinsicht scheitern kann. Ferner wurden die Vorgaben zur Dokumentation bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-550) verschärft (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 031/2018 vom 24.01.2018). Die KGNW hat den Krankenhäusern daher mit Rundschreiben Nr. 250/2018 vom 18.06.2018 empfohlen, die zukünftige Organisation und Dokumentation an die Vorgaben des Bundessozialgerichtes anzupassen.

Neurologische Komplexbehandlung

In seinen Urteilen vom 19.06.2018 (B1KR38/17R und B 1 KR 39/17 R) hat das BSG das Merkmal der Transportentfernung beim OPS-Kode der neurologischen Komplexbehandlung (8-981 und 8-98b) neu und zum Nachteil der Krankenhäuser definiert. Demnach beginnt der Transportzeitraum mit der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und endet mit der Übergabe des Patienten an die behandelnde Einheit des Kooperationspartners.

Im Zuge der Veröffentlichung der Urteilsgründe zur BSG-Entscheidung bezüglich der neurologischen Komplexbehandlung hat die KGNW ihre Mitglieder mit Rundschreiben Nr. 401/2018 vom 18.09.2018 weitergehend informiert. Auch nach Auswertung der Entscheidungsgründe umfasst die „höchstens halbstündige Transportentfernung“ gem. OPS 8-98b nach Auslegung des BSG den Zeitraum von der „Entscheidung zur Anforderung des Transportmittels“ bis zur „Übergabe des Patienten an das kooperierende Krankenhaus“. Die vom BSG „durch systematische Erwägungen unterstützte“ Auslegung des Wortlauts widerspricht der Auslegung des „Normgebers“

(vgl. Klarstellung des DIMDI in der FAQ), nach der die Transportentfernung den Zeitrahmen des „Aufenthalts im Transportmittel“ umfasst.

Liposuktion bei Lipödem

In seinen Urteilen vom 24.04.2018 (B1KR13/16R und B 1 KR 10/17 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) die Erstattungsfähigkeit von Kosten für Liposuktionen bei Lipödem abgelehnt, da diese Leistung nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots entsprechen würden und daher nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden dürften (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 216/2018 vom 25.05.2018).

Auch bei diesem Urteil hat sich der 1. Senat des BSG leider erneut von Erwägungen leiten lassen, die den Anwendungsbereich des § 137c Abs. 3 SGB V infrage stellen. Zwar war bei diesen Urteilen der Erstattungsanspruch von Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse streitgegenständlich. Als Konsequenz wird man jedoch davon ausgehen müssen, dass Krankenhäuser erhebliche Probleme haben werden, für entsprechend durchgeführte Liposuktionen die Kosten erstattet zu bekommen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 295/2018 vom 12.07.2018).

Erforderlichkeit der vertragsärztlichen Einweisung ins Krankenhaus

Mit Rundschreiben Nr. 453/2018 vom 15.10.2018 hat die KGNW über das BSG-Urteil vom 19.06.2018 (B 1 KR 26/17 R) berichtet. Hierin hat das BSG festgestellt, dass für die

Durchführung und Abrechnung von Behandlungsleistungen im Krankenhaus eine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung grundsätzlich nicht erforderlich ist, es sei denn, sie ist gesetzlich ausdrücklich vorgesehen. Landesvertragliche Bestimmungen, die Gegenteiliges regeln, verstoßen gegen Bundesrecht. Die Regelungen in § 2 Abs. 1 und des nordrhein-westfälischen Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V werden deshalb einer gerichtlichen Überprüfung voraussichtlich nicht mehr standhalten. Das Vorhandensein einer Einweisung kann als Indiz für die Erforderlichkeit einer stationären Behandlungsbedürftigkeit dennoch sinnvoll sein.

Entgeltbindung einer mit einem Plankrankenhaus verbundenen Privatklinik

Im KGNW-Rundschreiben Nr. 473/2018 vom 22.10.2018 wurden die Mitglieder auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs vom 17.05.2018 (Az. III ZR 195/17) hingewiesen. Für Privatkliniken, die mit Plankrankenhäusern verbunden sind, ist die Höhe der abrechenbaren Entgelte gem. § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG demnach begrenzt. Der Zeitpunkt der Verbindung (Gründungsreihenfolge) von Privatklinik und Plankrankenhaus ist unerheblich.

Fixierung von Patienten

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat sich in seinem Urteil vom 24.07.2018 (Az. 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) mit den Anforderungen an die 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung auseinandergesetzt und die Rechte von Patienten gestärkt. Danach

erfordert die Fixierung sämtlicher Gliedmaßen öffentlich-rechtlich untergebrachter Psychatriepatienten als eigenständige Freiheitsentziehung eine gesonderte richterliche Genehmigung, wenn es sich nicht um eine lediglich kurzfristige Maßnahme handelt, die absehbar die Dauer von einer halben Stunde unterschreitet. Zudem sind die Betroffenen nach Beendigung der Fixierung auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der durchgeführten Fixierung gerichtlich überprüfen zu lassen.

Das BVerfG hat sich zwar mit den Regelungen in Baden-Württemberg und Bayern auseinandergesetzt, das Urteil hat jedoch unmittelbare Auswirkungen auf das gesamte Bundesgebiet. In Nordrhein-Westfalen gilt bereits seit dem 01.01.2017 im Rahmen der Unterbringung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) bei länger andauernden oder sich regelmäßig wiederholenden Fixierungen der Richtervorbehalt. Jedenfalls bei 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen als besondere Sicherungsmaßnahmen im Rahmen einer bereits gerichtlich angeordneten Unterbringung dürften die nunmehr vom BVerfG aufgestellten strengen Anforderungen zu beachten sein.

Die KGNW hat mit Rundscheiben Nr. 474/2018 vom 22.10.2018 über das Urteil des BVerfG und dessen Auswirkungen in der Unterbringung nach PsychKG NRW sowie im somatischen Bereich informiert und einen Leitfaden für 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zur Verfügung gestellt.

MDK-Prüfverfahren

PrüfvV 2017

Seit dem 01.01.2017 findet die PrüfvV 2017 Anwendung. Im Lauf des Jahres 2018 haben sich Krankenkassen an Krankenhäuser gewandt, damit diese einen Verzicht auf die konkrete Benennung des unstreitigen Leistungsanspruches im Rahmen einer Aufrechnung durch die Krankenkasse gem. § 10 PrüfvV unterzeichnen. Die KGNW hat mit Rundschreiben Nr. 253/2018 vom 20.06.2018 empfohlen, eine solche Erklärung nicht abzugeben. Anderenfalls verzichtet das Krankenhaus auf einen Anspruch, den ihm die PrüfvV als Hilfestellung zugesteht.

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. Dies wird von den zuständigen Gerichten höchst unterschiedlich beurteilt. Leider hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg als erstes LSG mit Urteil vom 17.04.2018 (L 11 KR 936/17) entschieden, dass es sich bei § 7 Abs. 2 PrüfvV um eine Ausschlussfrist handele. Die Abzeichnung einer einheitlichen Linie ist dennoch nicht erkennbar, da eine Vielzahl von Sozialgerichten eine vom LSG Baden-Württemberg abweichende Auffassung vertritt. Höchststrichterlich ist diese Frage noch nicht entschieden. Die KGNW vertritt weiterhin die Auffassung, dass § 7 Abs. 2 PrüfvV 2017 keine Ausschlussfrist beinhaltet.

Auch im Jahr 2018 wurde die Frage thematisiert, ob Krankenhäuser infolge einer positiven MDK-Begutachtung einen höheren Rechnungsbetrag geltend machen können. Dies ist nach Auffassung der KGNW im Rahmen der Rechtsprechung des BSG zu Rechnungskorrekturen möglich. Bereits nach dem Wortlaut der PrüfvV ist diese Vorgehensweise nicht ausgeschlossen. Erfreulicherweise hat das LSG Nordrhein-Westfalen mit Gerichtsbescheid vom 23.02.2018 (L 16 KR 445/17 NZB) entschieden, dass die PrüfvV einer Nachforderung auf Grundlage eines positiven MDK-Gutachtens nicht entgegensteht. Vergleichbar hat auch das LSG Rheinland-Pfalz mit Urteil vom 13.08.2018 (L 5 KR 155/18 NZB) entschieden.

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der Aufrechnung im Geltungsbereich der PrüfvV hat das LSG Nordrhein-Westfalen mit Urteil vom 26.04.2018 (L 5 KR 593/17) festgestellt, dass eine Aufrechnung der Krankenkassen im Wege des Sammelavis nicht den Vorgaben der PrüfvV entspricht. Dem Wortlaut von § 9 bzw. § 10 PrüfvV folgend ist eine konkrete Bezeichnung des Leistungsanspruches erforderlich, mit dem die Krankenkasse aufrechnet. Den bloßen Verweis auf ein Sammelavis sieht das LSG nicht als ausreichend an. Aufgrund der zugelassenen Revision ist diese Frage derzeit vor dem Bundessozialgericht unter dem Az. B 1 KR 31/18 R anhängig.

Einführung einer Prüfquote

Im Jahr 2018 ist seitens der Mitglieder vermehrt der Wunsch nach einer Begrenzung der Anzahl von MDK-Prüfungen an die KGNW herangetragen worden, da diese fortwährend zunehmen und kaum noch zu bewältigen sind. Dieser Sachverhalt wird aktuell im Rechtsausschuss der DKG sowie in zwei DKG-Arbeitsgruppen beraten und es werden mögliche Lösungswege gesucht.

Festzustellen ist, dass im Rahmen der öffentlich geführten Debatte es sowohl für die DKG und KGNW als auch für die einzelnen Krankenhäuser wichtig ist, gegenüber Politik und Öffentlichkeit im Themenbereich Krankenhausabrechnung und MDK-Rechnungsprüfung auf einer breiten Datenbasis zu argumentieren, um etwaige negative Behauptungen entkräften und die ausufernden Dimensionen der MDK-Prüfungen darlegen zu können. Um dies zu erreichen, hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 439/2018 vom 10.10.2018 empfohlen, an der von medinfoweb.de durchgeführten Herbstumfrage 2018 teilzunehmen.

Strukturprüfungen

Stetiger Beratungsbedarf ergab sich auch im Jahr 2018 aufgrund von MDK-Prüfungen bei Abrechnungen von Komplexbehandlungen (OPS-Strukturprüfungen).

Problematisch ist hierbei nach wie vor, dass die Krankenkassen nach einer für das Krankenhaus negativen „Strukturprüfung“ im Einzelfall die Vergütung hinsichtlich des geprüften OPS-Kodes vollständig einstellen bzw. die Ver-

gütung 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. Auch hiermit befassen sich seit Mitte 2018 zwei DKG-Arbeitsgruppen aus medizinischer bzw. juristischer Sicht. Eine Lösung zeichnet sich in diesem Themenbereich leider weiterhin nicht ab.

Aufwandspauschalen – aktueller Sachstand

Aufgrund des vom BSG statuierten „sachlich-rechnerischen Prüfregimes“ (erstmalig mit Urteil vom 01.07.2014, Az. B 1 KR 29/13 R) ist sowohl die erstmalige Zahlung als auch die Rückforderung von bereits gezahlten Aufwandspauschalen weiterhin Gegenstand zahlreicher Klageverfahren. 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. Daher wurde gegen verschiedene Urteile des BSG, welche die Rechtsprechung vom 01.07.2014 fortführen, Verfassungsbeschwerden unter den Az. 1 BvR 318/17, 1 BvR 1474/17, 1 BvR 2207/17 eingelegt. In der Jahresvorschau des Bundesverfassungsgerichtes für 2018 wurden die Verfassungsbeschwerden zwar aufgenommen, eine Terminierung durch das Bundesverfassungsgericht steht jedoch noch aus.

Die mit den KGNW-Musterverfahren „Rückforderung von Aufwandspauschalen“ geführte Streitfrage wurde bislang ebenfalls noch nicht entschieden und ist nach wie vor offen. Die entsprechenden Verfahren sind weiterhin vor Sozialgerichten bzw. dem LSG Nordrhein-Westfalen anhängig.

Daher hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 490/2018 vom 02.11.2018 empfohlen, bezüglich der Rückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschalen seitens der Krankenkassen sowie der erstmaligen Geltendmachung von Aufwandspauschalen seitens der Krankenhäuser aus den Jahren 2014 und 2015 Verjährungsverzichtserklärungen vorzubereiten. Hinsichtlich der Abgabe von Verjährungsverzichtserklärungen sollte der Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (mögliche Verkürzung der Verjährungsfristen) abgewartet werden. Muster für Verjährungsverzichtserklärungen hat die KGNW in der Anlage zum Rundschreiben Nr. 490/2018 vom 02.11.2018 zur Verfügung gestellt.

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

Seit dem 01.10.2017 findet der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) Anwendung.

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement hat auch nach seinem Inkrafttreten zu vielfältigen und zahlreichen Einzelanfragen der Mitglieder geführt. Aus diesem Grund hat sowohl die DKG ihre Umsetzungshinweise als auch die KGNW

ihre Liste mit Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragestellungen aus der Praxis (FAQ) fortgeführt und aktualisiert. Diese Unterlagen wurden den Mitgliedern mit KGNW-Rundschreiben Nr. 541/2017 vom 15.12.2017 als Hilfestellung zur Verfügung gestellt.

Ferner hat die DKG gemeinsam mit GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutschem Apothekerverband kompakte Ausfüllhinweise zu Arznei- und Hilfsmittelverordnungen im Entlassmanagement erstellt, um eine einheitliche Auslegung des Rahmenvertrages Entlassmanagements zu gewährleisten. Diese Ausfüllhinweise sollen die verordnenden Ärzte dabei unterstützen, Arznei- und Hilfsmittelverordnungen im Entlassmanagement vollständig und korrekt auszustellen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 197/2018 vom 07.05.2018).

Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten darf gem. § 39 Abs. 1a Satz 11 SGB V nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben sind dem Rahmenvertrag Entlassmanagement als Anlage 1a eine Patienteninformation und als Anlage 1b eine Einwilligungserklärung beigelegt, die jeweils durch den Patienten oder seinen Vertreter zu unterzeichnen sind. Im Zuge des Inkrafttretens der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) am 24.05.2018 war eine Anpassung der Anlagen 1a und 1b erforderlich. Diese ab dem 25.05.2018 zu verwendenden Anlagen wurden mit KGNW-Rundschreiben Nr. 204/2018 vom 18.05.2018 veröffentlicht.

Gem. § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages Entlassmanagements beabsichtigen die Krankenkassen, bundeseinheitliche Antragsformulare für die Beantragung von Anschlussrehabilitation zur Verfügung zu stellen. Derzeit werden diese Formulare zwischen den Vertragspartnern abgestimmt. Dieses Abstimmungsverfahren ist noch nicht abgeschlossen. Die bisherigen Antragsformulare können weiterhin verwendet werden (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 349/2018 vom 10.08.2018).

Die DKG hat auf Veranlassung des Staatssekretärs des Bundesministeriums für Gesundheit eine Übersetzung der bundeseinheitlichen und gem. § 7 Abs. 1 Satz 3 des Rahmenvertrages über das Entlassmanagement zwingend zu nutzenden Anlagen 1a und 1b in „Leichter Sprache“ veranlasst. Diese dienen der barrierefreien Information von Menschen mit Lese- und Lernschwierigkeiten sowie Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und Schwierigkeiten bei Konzentration und Aufmerksamkeit. Zwecks Gewährleistung einer verständlichen Aufklärung über das Entlassmanagement und Vermittlung der Tragweite der Einwilligungserklärung sollen bei Patienten mit den vorgenannten Beeinträchtigungen zukünftig die modifizierten Fassungen der Anlage 1a und 1b in Leichter Sprache genutzt werden (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 497/2018 vom 07.11.2018).

Autologe Chondrozyten-Transplantation (ACT)

Vermehrter Beratungsbedarf ist aufgrund der kassenseitig (von der Barmer) geforderten Verwendung bestimmter Präparate bei der

ACT und einer darauf aufbauenden Vergütungsrückforderung entstanden. Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 311/2018 vom 18.07.2018 wurden die Mitglieder informiert, dass bei der Durchführung der autologen Chondrozyten-Transplantation Präparate zu verwenden sind, die über eine arzneimittelrechtliche Genehmigung verfügen. Die Argumentation der Barmer, es müsse zusätzlich auch eine Zulassung vorliegen, ist zurückzuweisen. Nach gemeinsamer Auffassung von DKG und KGNW ist eine Benennung der Behandlungsfälle, in denen das Präparat Spherox eingesetzt wurde, nicht notwendig.

Hausärztliche Einweisung in die vorstationäre Krankenhausbehandlung gem. § 115a SGB V

Unter Berufung auf das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 19.04.2016 (B 1 KR 21/15 R) stellen diverse Krankenkassen neuerdings Rückforderungsansprüche betreffend die Abrechnung vorstationärer Krankenhausbehandlung gem. § 115a SGB V, sofern eine Einweisung eines Hausarztes/Allgemeinmediziners vorliegt. Dabei berufen sie sich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Vorrangigkeit der vertragsärztlichen Behandlung, die missachtet würde, sofern ein Hausarzt den Patienten nicht an Fachärzte überweist, sondern stattdessen zur vorstationären Krankenhausbehandlung ins Krankenhaus einweist.

Die Beratung in dieser Angelegenheit bedarf einer genauen Auseinandersetzung mit jeder einzelnen Fallkonstellation. Damit korrespondierend haben auch Krankenkassen keine Möglichkeit, pauschal und ohne Wertung des

jeweiligen Einzelfalls die Vergütung für eine vorstationäre Krankenhausbehandlung zu verweigern, sofern der Patient von einem niedergelassenen Hausarzt in das Krankenhaus zur vorstationären Krankenhausbehandlung eingewiesen wird. Nur in Fällen, in denen für den Krankenhausarzt ohne Weiteres ersichtlich ist, dass der Patient im vertragsärztlichen Bereich hätte weiterbehandelt werden müssen, und es nach seiner Einschätzung medizinisch zumutbar ist, obliegt ihm ggf. die Pflicht, den Patienten in den vertragsärztlichen Sektor zurückzuweisen.

Ambulante Notfallbehandlung – Musterverfahren zur Besuchsbereitschaftspauschale

Aus prozessökonomischen Gründen wird mit den Kassenärztlichen Vereinigung noch abgestimmt, inwieweit die erstinstanzlich anhängigen Musterverfahren in Sachen ambulante Notfallbehandlung (Besuchsbereitschaftspauschale) in NRW bis auf Weiteres ruhend gestellt werden können. Hintergrund ist ein Urteil des Landessozialgerichtes Bayern vom 08.02.2017 (L 12 KA 85/15), welches bereits vor dem Bundessozialgericht anhängig ist. Soweit die Kassenärztliche Vereinigung keine Verjährungsverzichtserklärung bezüglich der ruhenden Verfahren abgibt, werden diese Verfahren trotz einer zeitnahen Entscheidung des BSG weiter betrieben werden müssen.

Rückforderung Portimplantationen

Mehrere Krankenkassen wenden sich derzeit unter Berufung auf das Urteil des BSG vom

19.04.2016 (B 1 KR 23/15 R) mit Rückforderungen für Portimplantationen an Krankenhäuser, die vor dem Ergehen der Rechtsprechung als ambulante Operation nach § 115b SGB V abgerechnet wurden. Bedingt durch das Wirtschaftlichkeitsgebot und die damit einhergehende Pflicht zur Begründung eines wirtschaftlichen Alternativverhaltens sei eine separate Abrechnung der Portimplantation als ambulante Operation nach Ansicht des Bundessozialgerichtes nicht möglich, weil es wirtschaftlicher sei, die Portimplantation als nachstationäre Behandlung zu erbringen.

Nach Auffassung der KGNW ist eine rückwirkende Anwendung der neuen höchstrichterlichen Rechtsprechung aus Gründen des Vertrauensschutzes unzulässig, da die betroffenen Krankenhäuser mit der Fortgeltung der bisherigen Rechtslage rechnen durften und dieses Vertrauen bei einer Abwägung der gegenläufigen Interessen der Beteiligten sowie der Belange der Allgemeinheit Vorzug verdient. Dies gilt umso mehr aufgrund des vom Bundessozialgericht im Urteil vom 17.09.2013 (B 1 KR 51/12 R) aufgestellten und uneingeschränkt geltenden Grundsatzes „ambulant vor stationär“, demzufolge eine nachstationäre Leistung nur noch bei medizinischer Erforderlichkeit der Infrastruktur des Krankenhauses erbringbar sein sollte (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 312/2018 vom 18.07.2018).

Musterverfahren zum Hilfsmittelregress der Barmer

Die Musterverfahren in Sachen Hilfsmittelregress der Barmer GEK sind weiter ruhend gestellt. Hintergrund ist eine für die Kranken-

häuser positive Entscheidung der 81. Kammer des Sozialgerichtes Berlin, die sich derzeit im Berufungsverfahren befindet. Aus ökonomischen Gründen war die Ruhendstellung geboten, da die folgenden Instanzen mit den Musterverfahren nicht mehr früher erreicht und beeinflusst werden können (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 173/2017 vom 11.04.2017).

Kooperationen mit Vertragsärzten

Anfragen zur Zulässigkeit und Ausgestaltung von Kooperationen mit Vertragsärzten beschäftigen die KGNW auch im Jahr 2018. Die vielschichtigen Problemstellungen etwaiger Kooperationen betreffen u. a. den Bereich der Vergütung (angemessene Vergütung/Zuweisproblematik), der Einsatzbereiche (u. a. zeitliche Einsatzgrenzen, Versorgungsauftrag etc.), der wahlärztlichen Leistungen, der Vertragsform (Anstellungs- oder Honorarverhältnis/Scheinselbstständigkeit).

AVB, Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarungen

Die KGNW hat die Mitglieder auch dieses Jahr in rechtlichen Fragen zu ihren Behandlungsverträgen und Wahlleistungsvereinbarungen beraten. Die entsprechenden DKG-Musterformulierungen sind 2018 in der 12. Auflage

erschienen. Die Beratung im Wahlleistungsbe- reich bildet nach wie vor einen Schwerpunkt, wie z. B. Fragen zur rechtssicheren Gestaltung von Wahlleistungsvereinbarungen, Stellvertreterregelungen, Informationen zur persönlichen Leistungserbringung und Liquidation wahlärztlicher Leistungen.

Weitere krankenhausrrechtliche Beratungsschwerpunkte

Die KGNW hat zu konkreten Rechtsfragen im Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrecht, Sozialrecht (insbesondere Abrechnungsfragen anhand einzelner Abrechnungsbestimmungen; Beratung der Krankenhäuser im Hinblick auf die Möglichkeiten zur Kostensicherung bei Patienten mit unklarem oder ohne Versicherungsstatus), Chefarztvertragsrecht, Datenschutzrecht, Fragen zur ärztlichen Schweigepflicht sowie zu den Muster-Behandlungsverträgen nebst den dazugehörigen Allgemeinen Vertragsbedingungen Stellung genommen.

Politik, PR und Presse

Zentrale Themen im Berichtszeitraum waren das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), die sektorübergreifende Versorgung, die ambulante und stationäre Notfallversorgung, die Hygiene-Initiative, die Forderungen des Bündnisses für gesunde Krankenhäuser, Cyberangriffe, die Geburtshilfe, die Klagewelle der Krankenkassen sowie der Fachkräftemangel im Krankenhaus mit den damit verbundenen Folgen für die Patienten- und Krankenhausversorgung. Neben diesen Aktivitäten bestimmten die Umsetzung des künftigen Krankenhausplans NRW mit Blick auf Qualitätskriterien und auf vermeintliche Überkapazitäten in NRW die Gespräche der KGNW-Spitze mit NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, mit Staatssekretären der Landesregierung sowie mit gesundheitspolitischen Sprechern der Bundestags- und Landtagsfraktionen. Als An-

sprechpartner 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 Pflegefachkraftmangel, Cyberangriffen und IT-Sicherheit, die Versorgung demenzkranker Patienten sowie die Hygiene in den Krankenhäusern. 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.

KGNW-Frühjahrsempfang 2018



NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann zu Gast auf dem Frühjahrsempfang der KGNW am 06.03.2018 in der Turbinenhalle der Düsseldorfer Stadtwerke

Zentrale Themen auf dem Frühjahrsempfang der KGNW am 06.03.2018 in Düsseldorf waren neben der ambulanten Notfallversorgung der Pflegekräftemangel in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern, die zukünftige Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung der Kliniken durch das Land.

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann kündigte in seinem Statement an, dass Kliniken und niedergelassene Ärzte die ambulante Notfallversorgung ab 2022 gemeinsam übernehmen sollen. Damit könne ein Schritt zur Überwindung der Sektorengrenzen und zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens erreicht werden. Gleichzeitig forderte er die Krankenhäuser auf, die Ausbildungskapazitäten an den Pflegeschulen zu erweitern. „Wir haben die Zusage der Krankenkassen, dass es an der Finanzierungsfrage nicht scheitern wird“, sagte Laumann. Zudem seien mehr Pflegepädagogen notwendig. Wenn es nicht genug Pädagogen mit einem Masterabschluss gäbe, dann müsse man pragmatische Wege gehen, betonte Laumann und versprach, sich auf Bundesebene für eine größere Flexibilität bei diesem Thema einzusetzen. Zur Krankenhausplanung in NRW kündigte Laumann an, dass zukünftig nicht mehr die Bettenzahl, sondern Strukturqualität, Fallzahlen und Personalausstattung als Richtgrößen bei der Planung in den Vordergrund gestellt würden. Der Prozess, bei dem auch die verstärkte Kooperation der Kliniken ebenso wie bei den Vorgaben zum Strukturfonds ein wesentliches Kriterium sein werde, solle transparent vollzogen werden. Im Rahmen der Investitionsförderung beabsichtigt der Minister, neben der

Pauschalförderung Finanzmittel im Fonds zur Verbesserung der Strukturen bereitzustellen.

Zu den Plänen des Ministers erklärte Jochen Brink, Präsident der KGNW, in seiner Rede, dass Strukturveränderungen mit Augenmaß erfolgen sollten, und verwies auf die bereits erfolgten Strukturveränderungen in den vergangenen zehn Jahren. Hier habe sich bereits eine Menge bewegt. Zwischen 2006 und 2016 habe sich die Zahl der Kliniken in NRW von 437 auf 348 reduziert, obwohl die Zahl der stationär behandelten Patienten gleichzeitig von 3,9 Millionen auf 4,6 Millionen angestiegen sei. Brink hob im Kontext auch die weiterhin unzureichende Investitionsförderung der Krankenhäuser hervor. „Die über die gesamte Legislaturperiode von 2017 bis 2021 aktuell veranschlagten zusätzlichen Mittel von 974 Mio. Euro für die Krankenhäuser sind eine stolze Summe, reichen aber leider nicht aus, um den Substanzverlust nachhaltig zu stoppen. Die insgesamt 974 Mio. Euro – also durchschnittlich rund 200 Mio. Euro pro Jahr – schließen die bestehende Förderlücke in Höhe von 1 Mrd. Euro jährlich nur zu rund 20%. Zum Abbau des drängendsten Investitionsstaus in unseren Häusern halten wir ein Investitionsprogramm über die NRW-Bank weiterhin für eine sehr gute Lösung. Dies ist technisch möglich, dies wäre auch kein Schattenhaushalt, da Zins und Tilgung transparent im Haushalt stehen, und es würde im besten Fall auch die Kommunen nicht belasten. Unsere Krankenhäuser brauchen jetzt einen echten Investitionsschub, um auch morgen noch hochwertig und flächendeckend versorgen zu können“, richtete Brink seinen Appell an den NRW-Gesundheits-

minister und schloss sich der Initiative des Minister zur Erhöhung der Ausbildungsplätze in der Pflege an. Ebenso wie Gesundheitsmi-

nister Laumann befürworte die KGNW eine Absenkung der Qualifikationsanforderungen für Praxisanleiter und Dozenten.

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und seine Folgen

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde die wichtigste Reform für die stationäre Versorgung in dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht. Der Kern der Reform, die Stärkung der Pflege, wird mit einem umfassenden Maßnahmenbündel angegangen. Initiativen zur Steigerung der Attraktivität der Arbeit in der Pflege, für die Beschäftigung zusätzlicher Pflegekräfte und insbesondere für die Ausbildung zusätzlicher Pflegekräfte sind für die Kliniken wichtige Reformschritte.

Von zentraler Bedeutung ist die Zusage von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, dass zukünftig alle Pflegekosten zur Versorgung der Patienten vollständig refinanziert werden sollen. Ob dies tatsächlich und umfassend gelingt, hängt auch von den weiteren Umsetzungsschritten ab. Öffentlich Kritik übten die Landeskrankenhausgesellschaften unter dem Dachverband der DKG an dem Vorhaben der Bundesregierung, den Pflegezuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro vollständig zu streichen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat ihre Stellungnahme zum PpSG entsprechend der Beratungen in der Vorstandsklausur am 20.08. und 21.08.2018 mit einem Begleitschreiben an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und an die Gesundheitsminister der Länder versandt. Die DKG bittet darin um Un-

terstützung der aus Sicht der Krankenhäuser noch notwendigen Anpassungsbedarfe und richtet einen dringenden Appell an die Länder, sich für den Erhalt des Pflegezuschlags in Höhe von 500 Mio. Euro einzusetzen. Im Editorial der Zeitschrift „das Krankenhaus“ hat DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum die Streichung des Pflegezuschlags in Höhe von 500 Mio. Euro scharf kritisiert. Mit der Streichung des Zuschlags werde das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz von einem Reformgesetz zu einem Kostendämpfungsgesetz.

Auf der Grundlage einer Vereinbarung in der Klausurtagung des DKG-Vorstandes hat die KGNW ihre Mitglieder mit Blick auf den geplanten Wegfall des Pflegezuschlags in Höhe von 500 Mio. Euro gebeten, an den nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann und an die politisch Verantwortlichen auf Bundesebene ihre individuelle Betroffenheit durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und insbesondere den Wegfall des Pflegezuschlags für ihr Krankenhaus darzustellen. Da der Bundestag in der 37. KW (ab 10.09.2018) mit einer Haushaltswoche seine Arbeit wieder aufnahm und die Abgeordneten in den ersten September-Wochen auch fraktionsintern in ihren Fachgremien über dringende gesundheitspolitische Handlungsbedarfe beraten, war es notwendig, das Schreiben kurzfristig an die Politiker zu senden.

Viele der KGNW-Mitglieder sind der Bitte nachgekommen und haben die Folgen durch die Streichung des Pflegezuschlags dargelegt. In diesen Schreiben äußern die Krankenhäuser die dringende Bitte, den Pflegezuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro zu erhalten. Ansonsten würde das Geld, was der Pflege in den Krankenhäusern zugute kommen soll, mit dem gleichen Gesetz nahezu vollständig wieder abgezogen. Es kommen zwar ca. 520 Mio. Euro rein, aber 500 Mio. Euro werden durch den Abzug des Pflegezuschlags wieder herausgenommen. Wenn sich dies nicht durch den Erhalt des Pflegezuschlags ändert, wäre das Gesetz verzichtbar.

Pressemitteilung zu PpSG und Rechenkungskürzungen der Krankenkassen

Mit einer Pressemitteilung am 09.11.2018 hat die KGNW auf die Verabschiedung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) reagiert. In der Pressemitteilung begrüßt die KGNW ausdrücklich die vollständige Refinanzierung zusätzlicher Pflegestellen. Die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem Fallpauschalen-System sei aber gleichzeitig mit großen Veränderungen und Unsicherheiten für die Kliniken verbunden. Hier komme es nun auf die weiteren Umsetzungsschritte an, sagte Präsident Jochen Brink, der ausdrücklich die sonstigen Klarstellungen zu Verjährungsfristen i. V. m. der Finanzierung der Schlaganfallversorgung und der geriatrischen Versorgung begrüßte. Die aktuellen Rechenkungskürzungskampagnen der gesetzlichen Krankenkassen seien nicht nachvollziehbar und absolut ungerechtfertigt. Es könne nicht sein, dass Krankenkassen bereits geprüfte und abgewickelte Abrech-

nungen infrage stellten und die Krankenhäuser damit in die Insolvenz trieben. Den Krankenhäusern würden in den nächsten Wochen Millionenbeträge nicht ausgezahlt und sie würden mit Rückforderungen in Millionenhöhe konfrontiert, kritisierte Brink die Krankenkassen, die mit ihrem Vorgehen in vielen Regionen die flächendeckende Schlaganfallversorgung sowie geriatrische Versorgung und damit die Versorgung ihrer Versicherten gefährdeten.

Mit Erleichterung hätten die NRW-Klinken zur Kenntnis genommen, dass den Krankenhäusern ein Teil des Pflegezuschlags in Höhe von 500 Mio. Euro, der von den Krankenhäusern für Maßnahmen zur Stärkung der Pflege benötigt wird, erhalten bleibe, betonte der KGNW-Präsident. „Für NRW standen ca. 125 Mio. Euro zur Disposition. Nunmehr bleiben den NRW-Kliniken noch etwa 50 Mio. Euro erhalten, dennoch bleibt ein Fehlbetrag von 75 Mio. Euro, der natürlich schmerzt.“ Dieser Fehlbetrag sei auch im Kontext der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Landesregierung zu sehen. „Hier fordern wir weiterhin von der Landesregierung die Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Schließung der unstreitigen Förderlücke.“

Problematisch sieht Brink die verschärften Sanktionen bei den Untergrenzen für Personalbesetzungen in pflegesensitiven Leistungsbereichen. „Die mit dem Reformgesetz verbundenen Vergütungsabschläge und Fallzahlbegrenzungen haben Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung. „Durch vorübergehende Personalengpässe sind medizini-

sche Versorgungsengpässen im Umkreis einzelner Kliniken zu befürchten“, erklärte Brink.

Die Krankenhäuser seien grundsätzlich bereit, Personaluntergrenzen als Instrument für mehr Patientensicherheit anzuerkennen und umzusetzen. Hierbei sei aber weiter für die Krankenhäuser das Problem ungelöst, zusätz-

liche Pflegekräfte bei einem leer gefegten Arbeitsmarkt zu bekommen. Die Kliniken brauchen Zeit, den Personalaufbau durch eigene Ausbildungsanstrengungen voranzubringen. Auch sei die Konzertierte Aktion Pflege der Bundesregierung gefordert, mit entscheidenden Schritten die Stärkung der Pflege weiter voranzubringen, so der KGNW-Präsident.

Offener Brief der Dortmunder Krankenhäuser

Dortmunder Krankenhäuser weisen mit einem offenen Brief auf die Folgen der geplanten Verordnung für Personaluntergrenzen im Krankenhaus hin, die im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verabschiedet worden sind. Mit einem offenen Brief warnen die Kliniken in Dortmund und Umgebung Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vor den Folgen der geplanten Verordnung für Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. In dem Brief weisen die Klinikvertreter auf eine bedrohliche Mangelversorgung für die Bevölkerung durch die neuen Vorgaben hin und fordern eine vorübergehende Aussetzung der Verordnung. Die Klinikvertreter stellen an Jens Spahn die suggestive Frage: Wie würden Sie entscheiden: einen Notfall-Intensivpatienten mangels Personal ablehnen und damit eine Hilfeleistung unterlassen oder ihn annehmen, dann aber womöglich gegen eine Verordnung des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn verstoßen und sich haftbar machen? Die Kliniken würden alle Möglichkeiten zur Schaffung

einer besseren Besetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser begrüßen, aber das Problem der Verordnung liege in der sehr großen Eile der Einführung bei fehlender Differenzierung des tatsächlich benötigten Behandlungsaufwandes. Starre Personalschlüssel gingen an der Versorgungswirklichkeit in Kliniken vorbei und seien darüber hinaus auch angesichts des leer gefegten Arbeitsmarktes in diesem Bereich so schnell gar nicht realisierbar. „Wir sind uns mit den Gewerkschaften und anderen Verbänden im Gesundheitswesen einig, dass hier eine differenzierte, aufwandsgerechte Personalbedarfsermittlung erforderlich ist. Die ist nicht bis Januar 2019 machbar, aber in absehbarer Zeit schon“, so der Brief weiter. Deshalb fordern die beteiligten Kliniken eine Aussetzung der Verordnung für Dortmund.

Hygiene-Initiative „Keine Keime“ 2.0



Die von der KGNW gesteuerte landesweite Hygiene-Initiative „Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger. Gemeinsam Gesundheit schützen“ wird unter der Schirmherrschaft von NRW-Ministerpräsident Armin Laschet mit neuen Medienformaten und Inhalten zum Hygieneschutz in diesem und im nächsten Jahr fortgesetzt.

Die Hygiene-Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“ der KGNW und der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, die 2015 gestartet wurde, hat sich zu einem Erfolgsmodell entwickelt. Ausgehend von NRW wurde die Initiative von anderen Landeskrankenhausesgesellschaften adaptiert und umge-

setzt. Aufgrund der positiven Erfahrungen und Resonanz setzt die KGNW die landesweite Initiative unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident Armin Laschet mit weiteren Medienformaten und einer landesweiten Informationstour fort.



Auf dem zweiten Hygiene-Konvent „Keine Keime“ am 05.07.2018 in Neuss hat die KGNW ihren Mitgliedern die Fortsetzung der Hygiene-Initiative 2.0 vorgestellt. KGNW-Präsident Jochen Brink eröffnete den Hygiene-Konvent.

Zweites Hygiene-Konvent „Keine Keime“

Die Initiative richtet sich an Patienten und Besucher sowie an die Mitarbeiter in den 344 nordrhein-westfälischen Krankenhäusern. Die Teilnehmer der Hygiene-Initiative erhalten vielfältige Informationsmaterialien für ihre Patienten und Besucher, die ihnen helfen, über Ursachen und die Risiken von multiresistenten Erregern, Antibiotikaresistenzen und Infektionsschutz aufzuklären. Um die öffentliche Debatte über multiresistente Erreger weiter zu versachlichen, wird das Hygieneengagement der Krankenhäuser mit einer stärkeren Präsenz im öffentlichen Raum ausgebaut. Das Ziel ist, die Debatte um multire-

sistente Erreger zu versachlichen. Mit neuen anschaulichen Materialien, ausdrucksstarken Bildern, einer multimedialen Informationsbox auf Marktplätzen und klaren Botschaften wird der Dialog offline und online geführt. Jedes an der Hygiene-Initiative teilnehmende Mitglieds Krankenhaus der KGNW erhielt im August ein kostenloses Starter-Set mit den neuen und aktualisierten Materialien. Nachbestellungen der Materialien sind seit Anfang September 2018 kostenpflichtig im Bestellshop auf der Webseite www.keine-keime.de im internen Bereich möglich. Darüber hinaus besteht für interessierte Kliniken die Möglichkeit, die bewährte Wanderausstellung zu sich ins Haus zu holen.



Die Informationstour der Hygiene-Initiative startete am 01.09. und 02.09.2018 in Essen anlässlich des NRW-Tages. Damit setzt die Initiative verstärkt auf die Kommunikation mit den Bürgerinnen und Bürgern im öffentlichen Raum.

Landesweite Informationstour der Hygiene-Initiative „Keine Keime“

Am Stand der Hygiene-Initiative am NRW-Tag in der Innenstadt in Essen wurden die Besucher in der multimedialen Infobox über Ursachen und Risiken von multiresistenten Erregern, über Antibiotikaresistenzen und Infektionsschutz informiert. Mit tatkräftiger Unterstützung von Hygieneexpertinnen und -experten der Krankenhäuser Essen-Mitte, der Contilia-Gruppe, des St. Josef Krankenhauses Essen-Werden und des Essener Gesundheitsamtes konnten die Besucher im Selbsttest Erfahrung sammeln, wie sie ihre Hände richtig desinfizieren, und sie erhielten wertvolle Tipps zur richtigen Händedesinfektion.

Die Expertinnen und Experten informierten über die natürliche Funktion von Keimen und ihr Gesundheitsrisiko, über den Hygieneschutz im Krankenhaus und wichtige Regeln für Besucher und Patienten. Ihr Wissen über Keime konnten die Besucher zudem im Rahmen des Keine-Keime-Quiz am interaktiven Touchscreen überprüfen. Flyer des MRE-Netzwerks Essen, die Keine-Keime-Patientenbroschüre, Display-Reiniger und Lesezeichen der Keine-Keime-Facebook-Seite als Give-aways sorgten darüber hinaus für Aufmerksamkeit.



KGWV-Präsident Jochen Brink und KGWV-Geschäftsführer Matthias Blum begrüßten NRW-Ministerpräsident Armin Laschet als Schirmherr der Hygiene-Initiative und Essens Oberbürgermeister Thomas Kufen auf dem Informationsstand der Hygiene-Initiative am NRW-Tag in Essen.

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann und Claudia Middendorf, die Behinderten- und Patientenbeauftragte der Landesregierung, besuchten ebenfalls den Stand der Hygiene-Initiative. In einem Schreiben an KGWV-Präsident Jochen Brink bedankte sich NRW-Ministerpräsident Armin Laschet persönlich bei allen Beteiligten, für die Darstellung und Präsentation im Rahmen seines Standbesuchs und für die Information und Sensibilisierung eines breiten Publikums zu dem Thema Hygieneschutz.

Hygiene-Initiative „Keine Keime“ in Köln

Die Hygiene-Initiative präsentierte den Interessierten die Ergebnisse einer im September 2018 durchgeführten Forsa-Umfrage zum Thema „Händewaschen und Händedesinfektion“ in Nordrhein-Westfalen. Die Umfrage zeigt: Nur jedem zweiten NRW-Bürger ist bewusst, dass gründliches Händewaschen vor Krankheiten schützt. Die zahlreichen Besucher und Besucherinnen der Infobox in Köln zeigten sich überrascht von den Ergebnissen. Hygieneexperten der Krankenhäuser St. Antonius Köln, St. Elisabeth Köln-Hohenlind, St. Agatha Köln und des Institutes für Hygiene der Kliniken der Stadt Köln erklärten, wie oft jeder Einzel-



Am Welthändewaschtage am 15.10.2018 hat die Hygiene-Initiative „Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger. Gemeinsam Gesundheit schützen“ in Köln in einer mobilen Informationsbox über die richtige Händedesinfektion und multiresistente Erreger aufgeklärt.

ne täglich seine Hände waschen sollte. Zudem informierten sie Passanten über Ursachen und Risiken von multiresistenten Erregern, die durch bloßes Händeschütteln übertragen werden können. Weitere Tourtermine in Städten sind vorgesehen.

Facebook-Auftritt @Keine-Keime-nrw online

Pünktlich zum Auftakt der Informationstour am 01.09.2018 ist auch der neue Keine-Keime-Facebook-Auftritt online gegangen. Die Plattform richtet sich an Verbraucher und Patienten und informiert ganzjährig über Hygieneschutz im Krankenhaus und im Alltag. Hier will die Initiative mit informativen und inter-

essanten Themen und Inhalten die Öffentlichkeit erreichen und die Ziele und Unterstützer der Hygiene-Initiative bekannter machen. Die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden mit Rundschreiben und in einem gesonderten Mailing eingeladen, die Initiative auf Facebook unter @Keine-Keime-nrw zu besuchen, den Kanal zu abonnieren und diesen neuen Kanal zu nutzen, um ihre Communitys über Hygieneschutz, multiresistente Erreger und Antibiotikaresistenzen aufzuklären. Für die Kliniken besteht zudem die Möglichkeit, ihre Homepage mit dem neuen Facebook-Auftritt der Initiative zu verlinken, um eigene Erfolge im Bereich Hygieneschutz breit zu streuen.

Darüber hinaus wird zweimal im Monat in einem neuen Social-Media-Newsletter das Beste aus den Facebook-Posts zusammengefasst und auf interessante Inhalte hingewiesen, die die Kliniken nutzen können – zum Liken, Teilen und Kommentieren auf den eigenen Kanälen. Daher wurden die Kliniken gebeten, dem neuen Initiativen-Büro „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Keime“, das im Auftrag der KGNW bei KOMPAKTMEDIEN etabliert wurde und in Kooperation mit der KGNW den Newsletter erstellt, ihre Neuigkeiten und Meldungen zu relevanten Hygienthemen für den Newsletter zu übermitteln.

Kinospot „Keine Keime“ in NRW

Als weiteres neues Element rundet ein Kinospot über Handhygiene den Maßnahmenkatalog zur Umsetzung der Initiative ab. Die Story des Spots lautet: „Wenn eine Familie ins Krankenhaus kommt und an alles für die liebe Großmutter gedacht hat – nur nicht an die Hygieneregeln.“ Die unterhaltsame und informative Kinowerbung soll für Händedesinfektion im Krankenhaus sensibilisieren und läuft vom 25.10.2018 bis zum 22.11.2018 auf insgesamt 74 Leinwänden in 23 Kinos in 19 Städten in NRW. Der Kinospot wird auch auf der Facebook-Seite der Hygiene-Initiative und auf der Webseite www.keine-keime.de eingestellt.

Teilnahme an der Landesgesundheitskonferenz 2018

Die diesjährigen Themen der 27. Landesgesundheitskonferenz (LGK) am 14.12.2018 mit Teilnahme der KGNW sind die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen, die Schwerpunkte der Landesgesundheitskonferenz 2019 und die Verabschiedung des Entwurfs der Entschließung zum Thema „Versorgung von älteren Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen“.

Die diesjährige Erklärung baut auf den in den Jahren 2007 und 2008 verabschiedeten Entschließungen „Gesund im Alter – Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“ und „Gesund im Alter – neue Wege in der Versorgung“ der Landesgesundheitskonferenz NRW auf. Damit trägt der Entwurf den großen Herausforderungen

demenzieller und anderer psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter Rechnung.

Neben den verschiedenen Formen der Demenzen gehören depressive Erkrankungen, Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen und somatoforme Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Nicht zuletzt aufgrund des höheren Lebensalters besteht auch eine höhere somatische Komorbidität, und es liegen komplexere Krankheitsbilder vor, die bei fortschreitendem Verlauf mit Pflegebedürftigkeit und einem umfangreicheren Versorgungsbedarf einhergehen.

Ältere Menschen und ihre Angehörigen benötigen Hilfen und Unterstützung in der Bewältigung dieser besonderen Lebenssituation. Um die Versorgungsstrukturen sowie Präven-

tion und Gesundheitsförderung zu stärken, sind innovative Lösungswege erforderlich.

Die LGK sieht die soziale Teilhabe und die Einbindung Betroffener sowie ihrer Angehörigen als einen wesentlichen Schlüssel für eine bedarfsgerechte Hilfestruktur. Diese Aspekte wurden in der diesjährigen EntschlieÙung, die von zwei Arbeitsgruppen zu den Themen „Demenz“ und „Weitere psychische Erkrankungen“ unter Beteiligung der KGNW erarbeitet wurden, wie folgt berücksichtigt.

1. Gesundheitsförderliche und barrierefreie Lebenswelten schaffen

2. Selbstbestimmung und Partizipation in der gesundheitlichen Versorgung ermöglichen

3. Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht gestalten

Zudem sprach sich der Vorbereitende Ausschuss dafür aus, in einer Anlage und in Ergänzung zur 27. EntschlieÙung der Landesgesundheitskonferenz 2018 Beispiele für bereits erfolgte Aktivitäten sowie für die Realisierung von Projekten zur Optimierung der Versorgungssituation aus Nordrhein-Westfalen ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufzuführen.

Monitoring der 25. Landesgesundheitskonferenz

Die 25. Landesgesundheitskonferenz hatte am 24.06.2016 die EntschlieÙung „Angekommen in Nordrhein-Westfalen – Flüchtlinge im Gesundheitswesen“ verabschiedet. Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG) führte in diesem Jahr im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) eine Umfrage zu den implementierten und umgesetzten Maßnahmen durch. Bis zum Ende des Jahres 2018 soll eine erste Bestandsaufnahme und Erfolgskontrolle zur Implementierung der bis dahin initiierten Maßnahmen durchgeführt werden. Das MAGS hat das LZG

gebeten, diese Erfolgskontrolle durchzuführen. Das Monitoring soll über die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz online mit einem Fragebogen erfolgen. Auch die KGNW als Mitglied der Landesgesundheitskonferenz wurde nun vom LZG um Unterstützung gebeten. Die KGNW hat ihre Mitglieder aufgefordert, sich an der Umfrage zu beteiligen und die geplanten und bereits initiierten Maßnahmen und Projekte in der Umfrage zu benennen und kurz zu beschreiben. Die Rückmeldungen hat die KGNW an das LZG weitergeleitet.

Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung



BÜNDNIS FÜR GESUNDE KRANKENHÄUSER Investieren aus Verantwortung

Die NRW-Landesregierung hat die Mittel für die Finanzierung von Investitionskosten in den Krankenhäusern des Landes zu Beginn der Legislaturperiode aufgestockt und ergänzt die Pauschalförderung auf niedrigem Niveau durch die Förderung einzelner, ausgewählter Maßnahmen. Sie schließt die über Jahre hinweg bestehende Lücke zwischen Förderung und Bedarf allerdings nicht. Unter Einbeziehung der vom Bund über den Strukturfonds zusätzlich zur Verfügung gestellten Gelder bleibt für das Jahr 2019 ein Minus von rund 700 Mio. Euro jährlich.

Das hat zur Folge, dass notwendige Investitionen in die Infrastruktur weiterhin nicht getätigt werden können oder aufgeschoben werden müssen. In der Folge vergrößert sich der Investitionstau und das birgt Risiken für Patientinnen und Patienten des Landes, für die Beschäftigten und für die Krankenhäuser selbst. Die Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken des Landes steigt und dazu tragen unzulängliche bauliche Gegebenheiten und teilweise bereits nicht mehr aktuelles Gerät und veraltete Tech-

nik bei. In der mit Blick auf die von Minister Laumann angestrebten Strukturveränderungen verweist KGNW-Präsident Jochen Brink auf Konferenzen und Fachveranstaltungen immer wieder darauf hin, dass von den Krankenhäusern hier in den vergangenen zehn Jahren viel getan worden sei. Viele 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.

Geburtshilfe in NRW

Der Rückgang der geburtshilflichen Abteilungen in den NRW-Krankenhäusern war auch im Jahr 2018 Thema von zahlreichen Presseanfragen, zu denen die KGNW Stellung genommen hat. Die KGNW bedauert den Rückgang von geburtshilflichen Abteilungen. Von 1991 bis 2015 verzeichnet NRW einen Rückgang der Geburten von rund 20%.

(1991 = rund 200.000 Geburten; 2015 = rund 160.000 Geburten). Der leichte Anstieg der Geburten in den letzten Jahren reicht nicht aus, damit die Geburtshilfen flächendeckend wirtschaftlich arbeiten können. Massiv gestiegene Haftpflichtprämien sind eine große finanzielle Belastung. Ein weiteres Problem vieler Kliniken ist das fehlende Angebot an medizinischem Fachpersonal wie Hebammen, Gynäkologen und Kinderärzte. Zudem müssen entsprechende Räume und Geräte für eine gute Versorgung vorgehalten werden, was auch immense Kosten verursacht. Im Krankenhausplan der Landesregierung wird Geburtshilfe nur „mit Einschränkungen“ zur örtlichen Versorgung gezählt. Geburtshilfe ist also aus Sicht der Politik keine Grundversorgung wie Chirurgie und Innere Medizin.

Konkrete Festlegungen zu räumlichen Entfernungen gibt es bezüglich des Gebietes der Gynäkologie und Geburtshilfe nicht, da diese entsprechend dem Krankenhausplan nicht zur Grundversorgung gehören. Die Angabe von 15 bis 20 km für Krankenhäuser der Grundversorgung kann jedoch in diesem Fall als unterer Orientierungspunkt dienen. Bezüglich der zeitlichen Entfernungen orientiert sich die Landesregierung an dem von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie im Rahmen des „Runden Tisches Geburtshilfe“ genannten Zeitfenster von 20 bis 45 Minuten.

Den Krankenhausträgern fällt die Entscheidung zur Schließung einer Geburtshilfe äußerst schwer. In den meisten Fällen werden diese defizitären Abteilungen jahrelang durch andere Abteilungen oder den Träger subventioniert, weil die Geburtshilfe eine

so wichtige Bedeutung für ein Krankenhaus und die Bevölkerung hat. Aber irgendwann muss man dann den finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen Rechnung tragen. Diese Rahmenbedingungen setzen aber die Politik und die Krankenkassen und nicht die Geschäftsführungen der Krankenhäuser. Um auch zukünftig eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung schwangerer Frauen sicherzustellen, bedarf es nachhaltiger gemeinsamer Anstrengungen aller Beteiligten, insbesondere der Politik und der Krankenkassen. Wenn wir den Prozess der Schließungen der geburtshilflichen Abteilungen stoppen oder sogar umkehren wollen, brauchen wir auch eine bessere Vergütung der Geburtshilfe. Gegenüber der Rheinischen Post sagte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, dass er die Frage der Geburtenstationen nicht dem Zufall überlassen möchte. Er sehe ein, dass Krankenhäuser gewisse Fallzahlen brauchen, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Laumann kündigte an, er werde in seinem Ministerium eine Projektgruppe einrichten, die sich um die Zukunft der Geburtshilfe in NRW kümmern werde. Die KGNW wies auf ein Modell in Bayern hin. Bayern hat ein Förderprogramm aufgelegt, sodass die Geburtshilfe im Freistaat auch künftig auf hohem Niveau flächendeckend zur Verfügung steht. Das von Gesundheitsministerin Melanie Huml vorgestellte Programm sieht eine großzügige Unterstützung der Landkreise und kreisfreien Städte im Höhe von ca. 25 Mio. Euro vor, die verpflichtet sind, die stationäre Geburtshilfe und die Hebammenversorgung sicherzustellen.

KGNW-Forum 2018



Auf dem KGNW-Forum 2018 am 10.12.2018 im Crowne Plaza Neuss/Düsseldorf diskutierten (v. l. n. r.) Peter Preuss, MdL, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion NRW, Matthias Moormann, Vorstandsmitglied AOK Rheinland/Hamburg, Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Jürgen Zurheide, Moderator, sowie Heike Gebhard, MdL (SPD), Vorsitzende des Ausschusses Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages NRW, Ingo Morell, Vizepräsident der KGNW und Vizepräsident der DKG, über „Die Krankenhäuser im Spannungsfeld von Untergrenzen und Planung“.

Im Mittelpunkt der Gespräche und Diskussionen beim KGNW-Forum 2018 standen die aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene. Mit Blick auf die Landespolitik war hier der von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann angekündigte neue Krankenhausplan zentrales Thema. Als Vorbereitung auf die zukünftige Krankenhausplanung hat der Gesundheitsminister ein Gutachten zur

Krankenhausstruktur in NRW in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse im Sommer 2019 vorliegen sollen. Mit dem Gutachten sollen der Ist-Zustand und Handlungsempfehlungen für die Zukunft herausgearbeitet werden. „Wir hoffen, dass das Gutachten dabei eine von mehreren vernünftigen Grundlagen für die Arbeit in der Region darstellen kann, erwarten aber eine transparente und faire Argumentation auf Basis beschriebener Defizite“, sagte

Ingo Morell, Vizepräsident der KGNW, in seinem Eröffnungsstatement. Mit Blick auf die Konsequenzen, auch im Hinblick auf die Veränderungen bei der Angebotsstruktur, ergänzte Morell, dass bei Strukturveränderungen bzw. Schließungen vor Ort, die mit Arbeitsplatzverlusten und im Notfall mit längeren Wegen verbunden seien, die Politik, die Verwaltung und die Krankenkassen dies auch den Bürgern und Versicherten erklären müssten. Die Träger dürften dann nicht, wie in der Vergangenheit häufig geschehen, allein am Pranger stehen. Die Schließung und die Folgen müssten dann gemeinsam kommuniziert werden.

Zu den Vorstellungen von Professor Dr. med. Reinhard Busse, der als Gutachter der Technischen Universität Berlin maßgeblich an der Erarbeitung des Gutachtens mitarbeitet und der deutschlandweit nur 325 Kliniken von 1.370 Akutkliniken für die Versorgung für notwendig erachtet, kritisierte Morell, dass dies zu weit gehe und dies ein eklatanter Eingriff in die Versorgung sei. Er stellte heraus, dass bezogen auf NRW demnach bei 284 Akutkrankenhäusern in Nordrhein-Westfalen nur noch 67 Akutkliniken übrig blieben. Sollte ein solcher Einschnitt geplant und umgesetzt werden, werde sich die KGNW konsequent gegen den Kahlschlag wehren.

Der KGNW-Vizepräsident versprach aber, dass die Krankenhäuser sich aktiv in die Struktur-

debatte einbringen werden. „Was wir auf jeden Fall brauchen, ist eine Planung, die über die einzelnen Sektoren hinausgeht und die Strukturveränderungen mit den dafür notwendigen Investitionen begleitet. Allein der Fachkräftemangel macht es notwendig, vernetzte Strukturen anzugehen. Und womit wir endlich aufhören müssen, ist beispielsweise Maßnahmen der Qualitätssicherung zu missbrauchen, um Strukturen zu verändern. Das ist keine nachhaltige Planung“, betonte Morell.

Bei der Investitionsförderung appellierte der KGNW-Vizepräsident an die Landesregierung, die Mittel zu erhöhen, und hob hervor, dass die Förderung nur lediglich die Hälfte des Benötigten abdecke und die Krankenhäuser auch nicht nur die Hälfte der Qualitäts- und Personalanforderungen erfüllen würden. Man erkenne an, dass die schwarz-gelbe Landesregierung die Mittel für die Investitionsförderung der Kliniken erhöht habe, und es sei auch richtig, dass künftig Gelder aus dem Krankenhausstrukturfonds und der Einzelförderung in den Abbau und den Umbau der stationären Strukturen fließen sollen, so der KGNW-Vizepräsident. Das dürfe aber nicht das einzige Ziel der Investitionsförderung sein und er verwies auf die Herausforderungen der Kliniken bei der Digitalisierung. „Hier brauchen wir dringend auch ein Sonderinvestitionsprogramm digitales Krankenhaus.“

KGNW-Mitgliederversammlung in Neuss



Jochen Brink (62) ist als Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KG NW) wiedergewählt worden.



Ingo Morell, Geschäftsführer der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH, wurde als Vizepräsident der KGNW ebenfalls einstimmig im Amt bestätigt.

Auf der Mitgliederversammlung der KGNW in Neuss am 10.12.2018 wurden Jochen Brink als Präsident und Ingo Morell als Vizepräsident der KGNW wiedergewählt. Die Mitglieder sprachen den seit 2013 amtierenden Präsidenten einstimmig das Vertrauen für weitere drei Jahre aus. Mit Jochen Brink, dem Geschäftsführer der Valeo-Kliniken GmbH, einer gemeinsamen Trägergesellschaft mit evangelischen Krankenhäusern in Münster, Gronau, Hamm und Lippstadt sowie diversen Einrichtungen zur stationären und ambulanten Pflege, sowie Ingo Morell, Geschäftsführer der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH, stehen weiterhin erfahrene Prakti-

ker des Gesundheitswesens an der Spitze des Dachverbandes der 344 Kliniken in NRW.

Schwerpunkte der am 01.01.2019 beginnenden dritten Amtszeit werden das vom NRW-Gesundheitsministerium angekündigte Gutachten zur neuen Krankenhausplanung, der weiterhin ungelöste Investitionsstau, die Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes sowie die Digitalisierung des Gesundheitswesens sein. Diese Themen wurden vor der Mitgliederversammlung auch beim KGNW-Forum mit Vertretern aus Politik, Pflege und Krankenkassen diskutiert.

Die Krankenhausvertreter betonten, dass der Krankenhausmarkt bereits stark in Bewegung und man immer offen für strukturelle Verbesserungen der Patientenversorgung sei. Wenn das Land NRW die Krankenhauslandschaft weiter umbauen und modernisieren wolle, müssten aber auch wesentlich mehr Mittel als in der aktuellen Haushaltsplanung zur Verfügung gestellt werden.

„Wer fordert, muss auch fördern – und nicht nur die Hälfte der erforderlichen Summe. Die Krankenhäuser können auch nicht nur die Hälfte der Qualitäts- und Personalanforderungen erfüllen. Das Land bleibt bei der Investitionsfinanzierung in der Pflicht“, erklärte der

wiedergewählte KGNW-Präsident. Wenn der neue Krankenhausplan vor Ort zu Schließungen von Abteilungen oder Häusern, Arbeitsplatzverlusten und im Notfall zu längeren Wegen für die Patienten führe, dann müssten Politik und Krankenkassen die angebliche Verbesserung der Versorgung auch den Bürgern und Versicherten erklären, hob Brink hervor.

Finanzen, Personal und Organisation

Schiedsstellen nach §§ 18, 18a KHG

Vor der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe waren

- 2018 insgesamt 26 Verfahren aus den Jahren 2017 und 2018 anhängig,
- davon wurden 24 Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen,
- zwei Verfahren konnten bisher nicht zum Abschluss gebracht werden.

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

- 2018 insgesamt zwölf Verfahren aus den Jahren 2014 bis 2017 anhängig,
- davon wurden drei Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen,
- zwei Verfahren ruhen aufgrund eines Vergleichsangebots der Kostenträger,
- zwei Verfahren wurden durch Rücknahme nach vorangegangenem Vergleich der Parteien im Rahmen einer Schiedsstellensitzung beendet,

- zwei Verfahren wurden durch Rücknahme ohne Schiedsstellensitzung beendet,
- drei Verfahren konnten noch nicht abgeschlossen werden, davon wurde bisher ein Verfahren zum Jahresende 2018 zur mündlichen Verhandlung terminiert.

Die weit überwiegende Anzahl der 2018 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 anhängigen Verfahren stellten wesentliche Streitpunkte die Problematik hinsichtlich der Abrechenbarkeit von frührehabilitativen Leistungen und von Leistungen der Stammzelltransplantation sowie die Vereinbarung von Ausbildungsbudgets und die Berücksichtigung von Mehrleistungsabschlägen dar.

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Die Satzung in der Fassung vom 09.06.1997 sowie vom 28.12.2005 sowie nachfolgend geänderten Fassung vom 08.12.2010 wurde mit Beschluss der Mitgliederversammlung vom 05.12.2017 und mit Beschluss der Mitgliederversammlung vom 10.12.2018 nachfolgend geändert. Gem. der beschlossenen Satzung gehören neben den Spitzenverbänden die Träger

von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) als Mitglieder an. Derzeit sind in der Gesellschaft 267 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31.12.2018). Insgesamt vertritt die KGNW 334 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
Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.
Geschäftsstelle Düsseldorf
Lenastraße 41
40470 Düsseldorf

Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 8
40213 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
Gereonstraße 18–32
50670 Köln

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

Mitgliederversammlung

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

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

- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gem. § 11 der Satzung
- f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gem. § 5 sowie der Beiträge gem. § 6 der Satzung
- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans
- h) Genehmigung der Jahresrechnung
- i) Entgegennahme des Geschäftsberichtes
- j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers
- k) Bestellung der Rechnungsprüfer
- l) Wahrnehmung der von der an die Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben
- m) Auflösung der Gesellschaft

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

10.12.2018 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
Valeo-Kliniken GmbH, Hamm

1. Vizepräsident:

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

2. Vizepräsident:

Geschäftsführer Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Von den Einzelmitgliedern gewählte Mitglieder:

Geschäftsführer Dr. Dirk Albrecht
Contilia GmbH, Essen

Vorstandsvorsitzender Dr. Olaf Bornemeier
Mühlenkreiskliniken (AöR), Minden

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

Geschäftsführer Hermann Gemke
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

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
St. Josef Krankenhaus Moers GmbH

Vorstand Ute Panske
St. Johannisstift, Paderborn

Geschäftsführer Rainer Rabsahl
Evangelisches Krankenhaus Wesel GmbH

Hauptgeschäftsführer Andreas Schlüter
Knappschaft Kliniken GmbH, Dortmund

Hauptgeschäftsführer
Hans-Jürgen Winkelmann
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH

Kaufm. Direktor Günter Zwilling
Universitätsklinikum Köln

**Von den Verbandsmitgliedern benannte
Mitglieder:**

Regionalgeschäftsführer NRW Manuel Berger
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen e. V., Düsseldorf
(bis 25.09.2018)

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 Rheinland-Westfalen-
Lippe e. V.

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

Vorsitzender Nils Benjamin Krog
Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-
Lippe e. V.

Regierungsbeschäftigter Olaf Kurpiers
Ministerium für Kultur und Wissenschaft des
Landes Nordrhein-Westfalen

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.

Beigeordneter Martin Schenkelberg
Landkreistag Nordrhein-Westfalen,
Düsseldorf
(ab 06.06.2018)

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

Geschäftsführer Joachim Stapper-Müer
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen e. V., Düsseldorf
(ab 26.09.2018)

Beigeordneter Dr. Christian von Kraack
Landkreistag Nordrhein-Westfalen,
Düsseldorf
(bis 05.06.2018)

Hauptreferentin Andrea Vontz-Lieseang
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

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

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

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

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
Düsseldorf

Sitzungen:

06.03.2018 in Düsseldorf

06.06.2018 in Düsseldorf

26.09.2018 in Düsseldorf

21.11.2018 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 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.“

Dem Präsidium gehörten im
Berichtszeitraum an:

Präsident

Geschäftsführer Jochen Brink
Valeo-Kliniken GmbH, Hamm

1. Vizepräsident

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

Geschäftsführer Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Geschäftsführendes Präsidialmitglied
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
Düsseldorf

Beisitzer:

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

Vorsitzender Nils Benjamin Krog
Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-
Lippe e.V.

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

Hauptgeschäftsführer
Hans-Jürgen Winkelmann
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH

Sitzungen:

06.03.2018 in Düsseldorf
26.09.2018 in Düsseldorf
21.11.2018 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 Krankenhäuser Westfalens (AKW) e. V., Dortmund
† 10.12.2018

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

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V., Köln

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg
St. Marien-Hospital Düren

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 gem. GmbH

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

Geschäftsführer

Dr. Hans-Ulrich Sorgenfrei

Lukas-Krankenhaus Bünde gGmbH

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,

Ministerium für Innovation, Wissenschaft

und Forschung des Landes NRW

Geschäftsführer Horst Imdahl

Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH,

AG der kommunalen Spitzenverbände NRW

Referatsleiter

– Krankenhäuser und Pflegeausbildung –

Marcus Proff

Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

(ab 05.07.2018)

Abteilungsleiter

Rechtsanwalt Klaus Schoch

Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

(bis 04.07.2018)

Von den Verbandsmitgliedern benannte stellvertretende Mitglieder:

Kaufm. Direktor
Peter Asché

Universitätsklinikum Aachen

Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes NRW

Geschäftsführer Dr. Harald Januschewski
Evangelisches Krankenhaus Bergisch Gladbach gGmbH
Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V., Diakonie RWL

Referatsleiterin
Andrea Klausing
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.
(ab 10.09.2018)

Referatsleiter

Oliver Lohr

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.
(bis 09.09.2018)

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

Geschäftsführer
Dr. Johannes Hütte
Klinikum Lippe GmbH, Detmold,
AG der kommunalen Spitzenverbände NRW

Sitzungen:

20.02.2018 in Düsseldorf

15.05.2018 in Düsseldorf

11.09.2018 in Düsseldorf

06.11.2018 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“

Hauptausschuss

Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“

Geschäftsführer

Heinz-Werner Bitter

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

Fachausschuss für Personalwesen

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

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

Sitzung:

30.11.2018 in Düsseldorf

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

Stellv. 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

Ärztlicher Leiter Dr. Kai Schmidt

St.-Vinzenz-Hospital Rhede

Prof. Dr. med. Zielasek

Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

Sitzungen:

Keine

Fachausschuss für Planung und Förderung

Vorsitzender:

Abteilungsleiter Klaus Schoch

Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Geschäftsführer Sascha Klein

Klinikum Oberberg GmbH

(ab 16.05.2018)

a) Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmitglieder:

Geschäftsführer Mario Bahmann

Johannes Wesling Klinikum Minden

(ab 26.09.2018)

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell

Gemeinnützige Gesellschaft der

Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Wolfgang Müller

Vestische Caritas-Kliniken GmbH

Geschäftsführer Jochen Brink

Valeo-Kliniken GmbH

Vorstandsvorsitzender Dieter Kesper

Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria, Köln

Stellvertretende Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmitglieder:

Geschäftsführer Kim-Holger Kreft
Allgemeines Krankenhaus Viersen
(ab 12.04.2018)

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

Geschäftsführer Ralf Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich, St. Elisabeth

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

Andrea Klausing
Caritasverband für das
Erzbistum Paderborn e. V.
(ab 04.09.2018)

Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Oliver Lohr
Caritasverband für das
Erzbistum Paderborn e. V.
(bis 04.09.2018)

Geschäftsführer 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:	Referatsleiter Marcus Proff Caritasverband für die Diözese Münster e. V.
Geschäftsbereichsleiterin Katharina Benner Der Paritätische Nordrhein-Westfalen	Beigeordneter Martin Schenkelberg Landkreistag Nordrhein-Westfalen (ab 16.04.2018)
Dipl.-Kfm. Axel Bremecke Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.	Susanne Stephan-Gellrich Landschaftsverband Rheinland
Rainer Dräger Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.	Geschäftsführer Manfred Sunderhaus Caritasverband für das Bistum Essen e. V. (bis 04.09.2018)
Hauptreferent Horst Gerbrand Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen	Verwaltungsleiter Dipl.-Kfm. Christian von den Driesch Marienhospital Bottrop gGmbH (ab 04.09.2018)
Ekkehard Zimmer Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen	Hauptreferentin Andrea Vontz-Liese gang Städtetag Nordrhein-Westfalen
Geschäftsführerin Ulrike Hoberg Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e. V. (bis 17.04.2018)	Dr. Andreas Wittrahm Caritasverband für das Bistum Aachen e. V. Landesrat Prof. Dr. Meinolf Noeker Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Nicole Katrin Gertzen Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.	c) Sonstige Mitglieder als krankenhauseitige Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung
Oliver Gondolatsch Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.	Geschäftsführer Roman Lovenfosse-Gehrt Kliniken der Stadt Köln GmbH (bis 04.06.2018)
Annika Offermann Landschaftsverband Rheinland (ab 09.03.2018)	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:

20.02.2018 in Düsseldorf
16.05.2018 in Düsseldorf
04.06.2018 in Düsseldorf
04.09.2018 in Düsseldorf
15.11.2018 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“
der KGNW**

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland, Köln

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

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

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 e. V.

Dr. Helmut Middeke
Klinikum Lippe-Lemgo

Landesrat Prof. Dr. Meinolf Noeker
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. Dirk Albrecht
Contilia GmbH, Essen

Elke Held

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Stellv. Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH
(bis 31.12.2018)

Verena Ising-Volmer

Caritasverband für das
Erzbistum Paderborn e. V.

Mitglieder:

Kaufm. Direktor Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

Assessor Tapio Knüvener

Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Tim Bacher
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH,
Duisburg

Geschäftsführer Dr. Guido Lertzynski
GFO Kliniken Rhein-Berg, Bergisch Gladbach

Regionalgeschäftsführer West
Manuel Berger
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf
(bis 25.09.2018)

Dr. Ulrike Möller-Bierth

Landschaftsverband Rheinland, Köln

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

Moritz Quiske

Malteser Deutschland gGmbH

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

Hauptgeschäftsführer Andreas Schlüter
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Klaus Stahl

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Andreas Tyzak

Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-
Lippe e. V., Diakonie-RWL, Düsseldorf

Annette Uentrup
Caritasverband für das Bistum Münster e. V.

Geschäftsführender Vorstand
Elmar Wagenbach

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Sitzungen:

15.02.2018 in Düsseldorf

13.11.2018 in Düsseldorf

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

Vorsitzender:

N. N.

Mitglieder:

Helmut Ahrweiler
Rhein-Kreis Neuss Kliniken GmbH,
Grevenbroich
(bis 19.03.2018)

Klaus Armonies
St.-Josef-Krankenhaus Moers GmbH

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:

24.04.2018 in Düsseldorf

31.10.2018 in Düsseldorf

Kommission „Qualitätsmanagement“

Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städt. Kliniken Mönchengladbach GmbH
(bis 31.12.2018)

Geschäftsführer Dr. Guido Lertzynski
GFO Kliniken Rhein-Berg, Bergisch Gladbach
(ab 13.11.2018)

Mitglieder:

Prof. Dr. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker

Med. Geschäftsführer Frank Bessler
Evangelisches Krankenhaus
Hagen-Haspe GmbH

Dr. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Ulrich Erdbories
Josephs-Hospital Warendorf

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

Dr. Dirk Kaczmarek
Facharzt für innere Medizin,
Medizin-Controlling, Dorsten

Dr. Christian Karl
Bergmannsheil und Kinderklinik Buer gGmbH,
Gelsenkirchen

Fabian Mundt
Klinikum Dortmund gGmbH

Geschäftsführer Dr. Stefan Palm
Westdeutsches Tumorzentrum
im Universitätsklinikum Essen

Monika Rimbach-Schurig
WissensKonsil, Alfter

Geschäftsführer Dr. Ulrich Sorgenfrei
Lukas-Krankenhaus Bünde gGmbH

Katrin Stapenhorst
Christophorus-Kliniken, Coesfeld

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Prof. Dr. Ralf Waßmuth
Universitätsklinikum Düsseldorf

Dr. Christa Welling
St. Agnes-Hospital Bocholt gGmbH

Sitzungen:

05.02.2018 in Düsseldorf

10.10.2018 in Düsseldorf

**Kommission „Informations- und
Medizintechnik im Krankenhaus“**

Vorsitzender:

Tim Bacher
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH,
Duisburg

Mitglieder:

Dietmar Dorroch
Märkische Kliniken GmbH, Lüdenscheid

Dirk Jahn
Katholisches Klinikum Essen GmbH

Heinz Koopmann-Horn
Sana Klinikum Remscheid GmbH

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 Klinikum Bethel, Bielefeld

Georg Richartz
St. Barbara-Klinik Hamm GmbH

Ärztlicher Direktor Dr. Hans-Peter Kemmer
Lungenklinik Hemer

Kay Siercks
Klinikum Dortmund gGmbH

Andreas Klaaßen
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen e. V., Iserlohn

Andreas Tholen
Marienhospital Bottrop gGmbH

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

Andreas Weitzel
Kliniken Essen-Mitte

Jörg Kühn
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Sitzungen:
06.02.2018 in Düsseldorf
11.09.2018 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „QR-Check“

Frau Manuela Kulpa
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Med. Geschäftsführer Frank Bessler
Evangelisches Krankenhaus
Hagen-Haspe GmbH

Stefan Leiendecker
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH

Dr. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Regionaldirektor Dr. Guido Lerzynski
GFO Kliniken Rhein-Berg, Bergisch Gladbach

Dr. Patrick Fränkel
Universitätsklinikum Aachen

Petra Link
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Dr. Peter Merguet
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Dr. Bettina Hofmann
GFO-Medical-Center, Troisdorf

Dr. Jörg Oberfeld
Universitätsklinikum Münster

Dr. Christian Karl
Bergmannsheil- und Kinderklinik Buer GmbH

Med. Geschäftsführer Dr. Andreas Sander
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Dr. Christoph Tenhagen
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Sitzung:
29.01.2018

Ute Westphal
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Fachausschuss für Personalwesen

Vorsitzende:

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

Heidemarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V. (VEK-RWL),
Düsseldorf

Mitglieder:

Volker Gläser
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

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

Jan Großkopf
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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

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

Jörn Suermann
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

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

Noemi Wulff
Landschaftsverband Rheinland, Köln

Geschäftsführer Kim-Holger Kreft
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

Sitzungen:
14.02.2018 in Düsseldorf
17.05.2018 in Düsseldorf
05.09.2018 in Düsseldorf
30.10.2018 in Düsseldorf

Sabine Martin
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln e. V.

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

Landesausschuss für Krankenhausplanung

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

Mitglieder für die KGNW:

Geschäftsführer Rechtsanwalt
Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Geschäftsführer Jochen Brink
Valeo-Kliniken GmbH

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. 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 – Regionalholding GmbH,
Mülheim an der Ruhr

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

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

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

Sitzungen:

24.05.2018 in Düsseldorf

06.12.2018 in Düsseldorf

Satzung der KGNW

Die Satzung in der Fassung vom 08.12.2010 wurde mit Beschluss der Mitgliederversammlung vom 05.12.2017 und mit Beschluss der Mitgliederversammlung vom 10.12.2018 geändert.

§ 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 Kranken-

häuser 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 ist ein Berufsverband i. S. von § 5 Abs. 1 Nr. 5 KStG ohne öffentlich-rechtlichen Charakter, der die allgemeinen und wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen wahrnimmt. Die Gesellschaft verfolgt keinen Zweck, der auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist.
- (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 Nord-

rhein-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 Mit-

gliederversammlung 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 Mitglieder 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 Vorstandsvertreter 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. § 16 KHGG NRW je eine Stimme je angefangene 25 Mio. Euro des nach Abs. 4 gemeldeten Budgets (Erlöse aus Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegesatzverordnung). 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 Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegesatzverordnung 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 Buchst. a) bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Gesellschaft. In diesem Fall ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn mindestens 75 v. H. der Stimmen vertreten sind. In einer ordnungsgemäß einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stim-

men mit einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

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

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

(7a) Entgegen 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 Beschlussunfähigkeit 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 Vorstandes
 - 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 Vorstandes mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.
- (7) Beschlüsse des Vorstandes nach § 9 Abs. 2 Buchst. j) bedürfen einer Mehrheit von

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

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

§ 11 Hauptausschuss

- (1) Der Hauptausschuss berät und verhandelt über den Abschluss von Verträgen und Empfehlungen zur Vergütung der Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 der Satzung sowie über Empfehlungsvereinbarungen zu 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 Kreis der Einzelmitglieder und der Verbandsmitglieder. Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Mitglieder des Hauptausschusses sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Zu Mitgliedern des

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

- (3a) Im Falle des vorzeitigen Ausscheidens eines gewählten Mitglieds oder eines gewählten stellvertretenden Mitglieds des Hauptausschusses wählen die übrigen Mitglieder ein Ersatzmitglied oder einen Ersatzvertreter für die restliche Dauer der Wahlperiode.
- (4) Der Vorstand kann der Mitgliederversammlung Vorschläge über die Besetzung des Hauptausschusses machen.
- (5) Der Hauptausschuss wird vom Vorsitzenden nach Bedarf einberufen. Er ist einzuberufen, wenn mindestens 25 v. H. der Mitglieder des Hauptausschusses oder der Geschäftsführer dies unter Angabe der Verhandlungspunkte verlangen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung des Hauptausschusses versandt werden. Der Vorsitzende des Hauptausschusses kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Hauptausschusses mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.
- (6) Beschlüsse des Hauptausschusses bedürfen einer Mehrheit von zwei Drittel der

abgegebenen Stimmen. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die vom Beschluss abweichende Auffassung eines Mitglieds ist auf dessen Antrag in die Sitzungsniederschrift aufzunehmen. Der Hauptausschuss ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder des Hauptausschusses anwesend ist.

- (7) Die Beschlüsse des Hauptausschusses sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Vorsitzenden und von einem Vertreter der Geschäftsstelle als Protokollführer zu unterschreiben.

§ 12 Geschäftsführer

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

§ 13 Ausschüsse

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

§ 14 Geschäftsjahr, Haushalts- und Rechnungsführung

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

- (4) Der Vorstand erlässt die erforderlichen Bestimmungen für das Haushalts-, Kassen- und Rechnungswesen der Gesellschaft.

§ 15 Auflösung

Bei Auflösung der Gesellschaft obliegt dem Präsidium die Liquidation. Im Falle der Auflösung ist das vorhandene Vermögen unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige Zwecke, und zwar für die Förderung öffentlicher Gesundheitspflege zu verwenden.



Geschäftsführer der KGNW – Geschäftsführendes Präsidiummitglied – Rechtsanwältin Matthias Blum

Geschäftsbereich I

Sekretariat/Mitgliederverwaltung
Dorothea Grabhorn

Telefondurchwahl
-50/51

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

Sekretariat
N.N.

Telefondurchwahl

- DKG-Haushaltsausschuss
 - Gemeinsamer Bundesausschuss
 - Bundesschiedsstelle
 - Landesgeschäftsleitung
 - Landesausschuss für Krankenhausplanung
 - Landesgesundheitskonferenz
 - Landespflegegesetzsausschuss
- Telefondurchwahl**
- Hauptausschuss der KGNW
 - Gemeinsamer Arbeitsgruppe KGNW/GKV
 - DKG Fachausschuss Recht und Verträge
 - Bundesschiedsstelle

Geschäftsbereich II

Politik, PR und Presse

Referatsleiter
Lothar Kratz

Referentinnen
Ass. jur. Sandra Föskén
Dipl.-Pol. Mirko Milinewitsch

Sekretariat
Anke Fröhlen

Themen
Gesundheitspolitik
– Landesgesundheitskonferenz
– Kontaktpflege zu den Landtagsfraktionen, Landesministerien und zu den Institutionen der Selbstverwaltung
– Grundsatzfragen des Krankenhauswesens
– Kampagnenplanung
– Pressestelle
– Publikationen
– Veranstaltungsmanagement
– Internedredaktion, 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 Faerber
Dipl.-Inform. Med. Klaus Kalkreuter
Dipl.-Geograf Nico Reinke
M. Sc. Med. Informatik Jakob Scholz
Nicola Birkmeyer, B. Sc. eHealth
Lea Nelim, M.A. Sozialwissenschaft
Thomas Zudrak, M. Sc. HCM

Sachbearbeitung/Datenverarbeitung
Bettine Wirtin (VWA) Astrid Stiller

Sekretariat
Beate Lutermann
Natalie Findler

Themen
– Qualitätssicherung, Zertifizierung
– Arzneimittelwesen, Blutversorgung, -produkte, Gefahrstoffe, Gefährgüter
– Rettungsdienst
– Krankenhaustechnik, Medizinprodukte, Arbeitssicherheit
– Umweltschutz, Abfallwirtschaft, Krankenhaushygiene
– IT im Krankenhaus: Sicherheit, Multimedia, Telemedizin, Datenschutz und -sicherheit, Datenübermittlung
– Krankenhausvergleich, Statistik
– Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte
– Interne IT-Betreuung
– Gremienbetreuung
Fachausschuss für Krankenhausorganisation der KGNW
Kommission Umweltschutz im Krankenhaus der KGNW
Kommission Qualitätsmanagement der KGNW
Kommission IT im Krankenhaus der KGNW
– DKG:
Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
Fachausschuss für Dateninformation und -kommunikation
Kommission Qualitätssicherung
AG Organspende

Telefondurchwahl
-20
-22
-23
-26
-25
-27
-28
-80
-24
-31
-28

Medizin

Referatsleiter
Dr. med. Peter-Johann May M. A.

Referentin
Dr. med. Miriam Böttge-Joest
Dipl.-Pflegewirt (FH) Christian Book

Sekretariat
Beate Lutermann
Natalie Findler

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



Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 211 4 78 19 - 0
Telefax: +49 211 4 78 19 - 99
E-Mail: info@kgnw.de

Finanzierung/Planung

Referatsleiter
Rechtsanwalt Richard Kösters

Referenten
Dipl.-Kauf. Ursula Fernholz-Gräfe
Dipl.-Ges.-Oec. (FH) Thomas Specker
Alexander Schöhe, M. Sc. HCM
Annette Noll, M. Sc. HCM

Sekretariat
Yvonne Bargmann

Themen
– Krankenhausfinanzierung:
– Pflegesatzfragen
– Bundespflegegesetzverordnung
– Krankenhausentgeltgesetz
– Abrechnungsfragen
– Neue Leistungs- und Entgeltformen
– Integrierte Versorgung
– Wirtschaftlichkeitsfragen im Krankenhaus
– Landesbasisfallwert
– Vereinbarung landesweiter Entgelte
– Leistungs- und Kostenaufstellung
– Krankenhausplanung und -forderung:
– Landeskrankenhausplanung
– Pauschalförderung
– Einzelförderung
– Disease-Management-Programme
– Ausgleichsfonds gem. § 17a KHG
– Finanzierung spezieller Leistungen
– Sozialpädagogische Zentren

Telefondurchwahl
-10
-14
-13
-12
-47
-11

Recht und Personal

Referatsleiter
Rechtsanwalt Thorsten Gansse

Referenten
Rechtsanwalt Joachim Klöhn
Ass. jur. Katharina Hüfner
Ass. jur. Agnes Christoffel

Sekretariat
Anna Korth

Themen
– Rechts- und Vertragswesen
– Rechtsberatung der Mitgliedsverbände/Krankenhäuser
– Rechtsfragen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, KHEntgG, BPrfV, PrV) und Sozialrecht (SGB, RVO etc.)
– Kehrtrag und Konsiliararzt
– Kooperationsverträge
– Allgemeines Wirtschaftsrecht
– Steuerrecht
– Allgemeines Vertragsbedingungen und Haftungsrecht
– Auswertung Rechtsprechung
– Personalwesen im Krankenhaus
– Grundsatzfragen zum Arbeitsrecht
– Aus-, Weiter- und Fortbildung
– Ausbildungsstätten
– Ärztliches Berufsrecht
– Bundes- und Landesverträge sowie
– Rahmenempfehlungen
– Gremienbetreuung:
– Fachausschuss für Personalwesen der KGNW
– DKG:
Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation

Telefondurchwahl
-40
-42
-43
-44
-41

Vorstandsbüro

Geschäftsstelle der Schiedsstelle- KHG Rheinland

Sachbearbeitung
Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/Sekretariat
Alexandra Giesen

Telefondurchwahl
-60
-61

Impressum

Herausgeber: Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

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

Anschrift: Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

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

Gestaltung: Die FISCHER
Werbeagentur GmbH
Felix-Wankel-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 47819-0

Telefax: +49 211 47819-99

E-Mail: info@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de