

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Geschäftsbericht 2019





KG NW

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
Finanzierung und Planung.....	12
Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse	35
Medizin	70
Recht und Personal/Vorstand	88
Politik, PR und Presse	108
Finanzen, Personal und Organisation	123
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW	124
Satzung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	143
Organigramm	158
Impressum.....	159

Vorbemerkung



KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum

Rückblickend liegt für die Krankenhäuser und ihre Interessenvertretungen ein turbulenter, aufregender und ereignisreicher Berichtszeitraum vor, der durch eine Reform- und Gesetzesflut geprägt war. Allein auf Bundesebene wurden in 19 Monaten 18 Gesetze von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf den Weg gebracht und teilweise verabschiedet; teilweise befinden sie sich noch im Abstimmungs- oder Beratungsprozess von Bundestag und Bundesrat.

So bestimmten und bestimmen auch die Gesetzgebungsverfahren zum Arzneimittelversorgungssicherheitsgesetz (GSAV), das ATA-/OTA-Ausbildungsgesetz, das Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG), das Hebammenreformgesetz (HebRefG), das Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD), das Masernschutzgesetz, das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG), das PTA-Reformgesetz und das Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz sowie die

gesetzlichen Regelungen zur Organspende die gesundheitspolitische Diskussion auch vor dem Hintergrund der damit verbundenen Auswirkungen auf die Krankenhäuser.

DKG und KGNW haben kontinuierlich gegenüber Politik und Öffentlichkeit auf die teilweise gravierenden negativen Folgen dieser Entwicklungen für die Krankenhaus- und Patientenversorgung hingewiesen. Durch die aktuellen Rahmenbedingungen und die Reformflut der Bundesregierung verbunden mit unrealistischen Personal- und Strukturvorgaben, unzureichender Finanzierung und ungezügelter Kontrollwut der Krankenkassen werden die Krankenhäuser aktuell in einem existenzgefährdenden Ausmaß belastet. Die von der Politik proklamierte Weiterentwicklung des Krankenhauswesens ist zu einem unkoordinierten Überlebenskampf der Kliniken geworden. Nahezu täglich veröffentlichte Meldungen über Schließungen von Geburtsabteilungen, Aufnahmebegrenzungen auf Intensivstationen bis hin zur Insolvenz von Krankenhäusern zeigen diese negativen Folgen.

Entsetzt zeigten sich die Krankenhäuser über die Änderungsanträge zum Gesetz zur Reform des medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Das ursprüngliche Versprechen, diesen Dienst unabhängiger zu gestalten und Rechnungsprüfungen fairer zu machen, wurde mit der vorgesehenen Änderung gebrochen. Die Krankenhäuser untermauerten ihren Vorwurf mit den vorgesehenen Strafzahlungen, mit denen die Politik den Kliniken Millionenbeträge entzieht und immer mehr Krankenhäuser in die Insolvenz treibt. Hintergrund der Empörung sind Änderungen

der Koalitionsfraktionen, die vorsehen, dass ab dem 01.01.2020 jede Krankenhausrechnung, deren Überprüfung eine Minderung des Rechnungsbetrages zur Folge hat, und sei es auch nur um einen Euro, eine Strafzahlung des Krankenhauses von zehn Prozent des Differenzbetrages oder mindestens 300 Euro auslöst. Durch die ebenfalls mittels Änderungsantrag von zehn auf 12,5 Prozent erhöhte Prüfquote ist von etwa 1,25 Millionen Fällen auszugehen, bei denen die beschriebene Sanktion jeweils zu zahlen ist. Hier gilt es zu bedenken, dass die überwiegende Zahl der Rechnungskürzungen gar nichts mit Falschabrechnungen zu tun hat. Dies ist ein Schlag ins Gesicht aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser. In vielen Fällen geht es darum, dass Krankenhäuser aus sozialer Verantwortung und auch aus haftungsrechtlicher Verpflichtung zum Beispiel einen älteren Patienten einen Tag länger auf Station behalten, weil seine Weiterversorgung (zum Beispiel aufgrund eines fehlenden Platzes in einem Pflegeheim) nicht gesichert ist. Diese Tage werden von den Kassen gestrichen und ab 01.01.2020 zusätzlich noch mit den beschriebenen Sanktionen belegt. Das Krankenhaus bekommt dann nicht nur seine Leistung nicht in voller Höhe bezahlt, sondern hat einen zusätzlichen Verlust durch die von ihm zu zahlende Sanktion.

Im Mittelpunkt der Kritik der Krankenhäuser stehen darüber hinaus weiter die Umsetzung und die Auswirkungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) und die daraus resultierenden, einschneidenden Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen

spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege erreicht werden, die seitens der KGNW begrüßt werden. Zudem stellen die mit dem Gesetz verbundene Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System und die Überführung in Form eines separaten Pflegebudgets den größten Einschnitt in das G-DRG-System seit dessen Bestehen dar. Bei der Umsetzung des Gesetzes wurde zunehmend deutlich, dass die Maßnahmen des PpSG entgegen den Absichten des Gesetzgebers die Krankenhäuser finanziell in hohem Maße schwächen.

Seitens der Krankenhausverbände wurde der dringende gesetzliche Handlungsbedarf insbesondere im Hinblick auf den Tarifausgleich Pflege 2018/2019, die Umsetzung der Sachkostenkorrektur im DRG-System, die Anerkennung pflegeentlastender Maßnahmen, die Begrenzung von Erlösminderungen im Rahmen der Pflegepersonalkostenausgliederung aus dem DRG-System und die pauschalen Pflegeentgelte für den Übergangszeitraum bis zur Vereinbarung der Pflegebudgets angemahnt. Gleichzeitig wurde an die Politik adressiert, dass das politische Versprechen, die Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte in den Krankenhäusern in vollem Umfang durch die Krankenkassen zu refinanzieren, nicht gegeben wird und in der Realität nicht angekommen ist.

Für weitere Kritik, Diskussionen und Auseinandersetzungen sorgte die Umsetzung der Personaluntergrenzen und Festlegung der Untergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus. Von Beginn wurden

seitens der DKG und der KGNW alle Möglichkeiten zur Schaffung einer besseren Besetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser begrüßt und die Bereitschaft betont, mit einem breiten Angebot von Ausbildungsplätzen für den entsprechenden Nachwuchs zu sorgen. Hervorgehoben wurde aber, dass mit den festgesetzten Personaluntergrenzen allen Intensivstationen derselbe Betreuungsschlüssel verordnet und die Versorgungswirklichkeit nicht berücksichtigt würden.

Nachdem von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 10.10.2018 per Ersatzvornahme durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in vier pflegesensitiven Bereichen nach § 137i SGB V festgesetzt wurden, wurden von der DKG im August 2019 die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin, Neurologie, Geriatrie, Unfallchirurgie, Herzchirurgie und Kardiologie aufgrund einer in zentralen Verhandlungspunkten versorgungsfernen und nicht kompromissbereiten Haltung des GKV-Spitzenverbandes abgebrochen. Vom BMG wurde im September der Referentenentwurf zu einer „Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)“ veröffentlicht. Unabhängig von der im September veröffentlichten Ersatzvornahme des BMG laufen die Verhandlungen zur Neufassung der PpUG-Nachweis-Vereinbarung und Sanktionsvereinbarung auf der Arbeitsebene zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG weiter.

Parallel wurden nach zahlreichen und komplexen Abstimmungen auf der Fachebene zwischen der DKG, dem Deutschen Pflegerat (DPR) und ver.di „Eckpunkte für ein gemeinsames Konzept für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung im gesamten Krankenhaus auf allen bettenführenden Stationen – Entwicklung eines Instrumentes zur verbindlichen Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonalausstattung“ erarbeitet und am 13.08.2019 auf einer gemeinsamen Pressekonferenz vorgestellt. Im Schulterschluss mit dem DPR und den Gewerkschaften sollen ein Bemessungsinstrument für eine qualitativ hochwertige Pflegepersonalausstattung, ein ausgewogener Skill- und Grade-Mix, flexible Korridore, die Abschaffung der fehlsteuernden Pflegepersonaluntergrenzen, ein Ganzhausansatz mit innerbetrieblicher Personalverteilung und die Entbürokratisierung angestrebt werden.

Im Kontext der Gesetzesflut nutzen die Krankenhäuser auch das Gesetzgebungsverfahren und die Verabschiedung des „Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG)“, um wiederholt zu fordern, dass bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens an erster Stelle die Sicherstellung des Auf- und Ausbaus der digitalen Strukturen der Krankenhäuser und anderer Leistungserbringer stehen muss, und dass Bund und Land angelehnt an das gleichnamige Milliardenprogramm für Schulen auch Fördermittel für die Digitalisierung der Krankenhäuser zur Verfügung stellen müssen. So hat das RWI in einem Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit ein sogenanntes Investitionsprogramm „Digital Boost“ über acht Jahre vorgeschlagen, da die Finanzierung

der Digitalisierung in den Kliniken nach wie vor nicht gegeben ist. Die Kliniken brauchen ein Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“ des Bundes in Höhe von einer Mrd. Euro pro Jahr/d. h. 250 Mio. Euro für NRW. Diese Mittel werden benötigt, um die notwendigen Investitionen im IT-Bereich zu finanzieren. Zum anderen muss dafür gesorgt werden, dass die laufenden Betriebskosten der Kliniken für IT-Personal, IT-Dienstleister und Softwarelizenzen aufgebracht werden können. Da dies über das DRG-System nicht gewährleistet ist, wird ein Digitalisierungszuschlag in Höhe von zwei Prozent auf alle Rechnungen zusätzlich benötigt.

„Nur“ als Diskussionsentwurf des BMG liegen zurzeit Überlegungen zu einem Reformgesetz zur Notfallversorgung vor. Die Krankenhäuser haben wesentliche Weichenstellungen bei der Reform der ambulanten Notfallversorgung begrüßt. So wird nach BMG-Vorstellungen die Notfallversorgung zentral am Krankenhaus angesiedelt. Die Krankenhäuser sind nach dieser Planung die zentralen Anlaufstellen für Notfallpatienten. Zudem sollen die Länder im Rahmen ihrer Krankenhausplanungen Kliniken mit Integrierten Notfallzentren (INZ) zur Versorgung der ambulanten Notfälle festlegen. Für die Krankenhäuser ist hier wesentlich, dass sichergestellt werden muss, dass alle Krankenhäuser, die bereits heute als Notfallkrankenhäuser definiert sind, auch ein INZ erhalten und bestehende regionale Versorgungsgegebenheiten Bestand haben. Ausdrücklich begrüßt wird die vorgesehene Neuordnung der Vergütung für die ambulanten Notfallleistungen der krankenzentrierten ambulanten Notfallversorgung als ei-

genständiges Vergütungssystem. Leistungen sollen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgelöst und von den Krankenkassen direkt vergütet werden. Auch von der KGNW ausdrücklich als nicht akzeptabel und als Systembruch abgelehnt wird dagegen, dass zu gründende INZ in den Kliniken gemeinsam von Krankenhaus und KV betrieben werden sollen. Für die Krankenhäuser ist die Einbeziehung der KVen sachlich nicht begründet, da die Krankenhäuser diese Zentren wie heute ihre Notfallambulanzen allein betreiben und die bestehenden Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten fortführen können. Empört zeigten sich die Krankenhäuser über die Absicht, erbrachte Notfallleistungen von Kliniken, die kein INZ haben, mit 50 Prozent der geltenden Vergütungen abzugelten. Auch rechtlich muss ein „blutend, im Krankenhaus ankommender Patient“ ambulant erstversorgt werden, auch in Krankenhäusern ohne INZ-Auftrag.

Dass die Gesetzesflut auf Bundesebene nicht ohne Auswirkungen auf die Landesebene bleibt, zeigt sich u. a. neben den dargestellten Gesetzen auch am Pflegeberufegesetz. Mit diesem Gesetz werden die bisher getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in einer neuen, gemeinsamen 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 waren 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. Nach langwierigen und intensiven Verhandlungen hat sich die Gemeinschaft der Leistungserbringer, zu der u. a. die KGNW zählt, mit den Kostenträgern (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen/MAGS, Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und PKV-Verband) auf landesweit geltende Pauschalen für die Jahre 2020 und 2021 verständigt.

Breiten Raum in der gesundheits- und krankenhauspolitischen Diskussion in NRW nahm die Krankenhausplanung mit der Vorbereitung zur Erstellung eines neuen Krankenhausplans NRW ein. Mit Blick auf die Positionierung von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann zur Reform der Krankenhausplanung in dieser Legislaturperiode hat die KGNW am 03.07.2019 ihr Grundsatzpapier zur Landeskrankenhausplanung 2019 bis 2030 veröffentlicht und die zentralen Positionen in einer Pressemitteilung herausgestellt. In dem Papier setzt die KGNW folgende Schwerpunkte:

- Krankenhausversorgung verlässlich ausgestalten
- Aktive Krankenhausplanung als Gestaltungsinstrument der Zukunft nutzen
- Daseinsvorsorge über konkrete Versorgungskonzepte sichern
- Krankenhausplanung verstärkt dezentral ausrichten
- Abstimmungsprozesse lokal und regional anlegen

- Krankenhausplanung zukunftssicher weiterentwickeln
- Impulse für eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung setzen

Zur Neuaufstellung des Krankenhausplans hatte das MAGS ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft in NRW in Auftrag gegeben. Am 12.09.2019 wurde das Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ zunächst dem Landesausschuss für Krankenhausplanung und am Abend unter dem Veranstaltungstitel „Zukunftssichere Krankenhausplanung für Nordrhein-Westfalen“ den Geschäftsführungen der Plankrankenhäuser des Landes Nordrhein-Westfalen sowie den Pressevertretern vorgestellt. Das Gutachten wurde von der PD-Berater der öffentlichen Hand GmbH („Partnerschaft Deutschland“) mit dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin unter der Leitung von Professor Dr. med. Reinhard Busse und der Lohfert & Lohfert AG aus Hamburg erstellt.

Die KGNW hat in ihrer Pressemitteilung herausgestellt, nach der notwendigen intensiven Prüfung des Gutachtens den anschließenden Diskussionsprozess zur Erarbeitung des zukünftigen Plans unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Positionen ergebnisoffen zu begleiten und sich aktiv in den Arbeitsgruppen des zuständigen Landesausschusses für Krankenhausplanung zu beteiligen.

Im Schlußwort mit der weitreichenden Positionierung der DKG auf Bundesebene im Positionspapier „Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ hat sich auch die KGNW in ihrer Pressemitteilung für die aktive

Beteiligung an der Strukturdebatte und an der Gestaltung und Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft sowie zum Abbau von Parallelstrukturen und Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich in einem gemeinsamen Pakt von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen bekannt. Zudem wurde betont, dass eine Vereinigung der unterschiedlichen Interessen bei Veränderungen durch die konsequente Orientierung an den Versorgungsbedarfen in den Regionen und eine transparente Ausgestaltung erreicht werden soll, um schlüssige Antworten auf die wesentlichen Herausforderungen geben zu können. Als Voraussetzung wurde das Ende der destruktiven Politik der Strukturbereinigung auf kaltem Weg über nicht mehr überschaubare regulatorische Anforderungen und überzogene MDK-Prüfungen genannt.

Neben dem Bereich der Krankenhausplanung positionierte sich die KGNW auf Landesebene deutlich zur Digitalisierung. Sie unterstützte die DKG-Forderung nach einem Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“ und einem Aufschlag auf jede Krankenhausrechnung und startete in Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer ISST, Abteilung Digitization in HealthCare, die KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“. Die Initiative begleitet die Krankenhäuser in NRW bei Fragestellungen der Digitalisierung. Zur Adressierung des identifizierten Handlungsbedarfs und als Unterstützung der Krankenhäuser innerhalb ihres individuellen Digitalisierungsvorhabens wurde eine entsprechende Roadmap erarbeitet, die im Rahmen der KGNW-Initiative als Wegweiser dienen soll. Die überraschenden Pläne von Minister Laumann für ein virtuelles

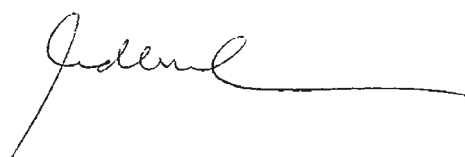
Krankenhaus wurden von der KGNW in einer Pressemitteilung als ein wichtiger Baustein für eine deutlich umfassendere Digitalisierungskonzeption in NRW gewertet, der den politisch Verantwortlichen auch noch einmal die Potenziale des digitalen Wandels sowie die Notwendigkeit entsprechender Maßnahmen zur Beschleunigung der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung nachdrücklich deutlich macht. Die KGNW ist zudem bei der weiteren Umsetzung und Implementierung in die entsprechenden Gremien auf Landesebene eingebunden.

Mit zahlreichen Maßnahmen, Aktivitäten, Veranstaltungen und Materialien wurde auch im Jahr 2019 öffentlichkeitswirksam, sachlich und positiv das Thema Hygiene im Rahmen der Initiative „Keine Keime“ in die breite Öffentlichkeit getragen. Printmedien, Hörfunk und Fernsehen griffen das Thema auf. Als weiteres zentrales Element wurde die extra für die Initiative entwickelte Info-Box eingesetzt, die an fünf Standorten Station machte. Zahlreiche Krankenhäuser nahmen die Initiative weiter zum Anlass, eigene Veranstaltungen und Aktionen zum Thema MRSA und Hygiene umzusetzen. Auch die themenspezifische Auswertung zeigt, dass die „Keine Keime“-Wanderausstellung im ersten Jahr der Umsetzung bei den Journalisten auf großes Interesse gestoßen ist und im Zusammenhang mit den Begleitaktivitäten der Krankenhäuser positiv dargestellt wurde. Ein knapp zwei Minuten langer Kino-Spot der Initiative war ein weiterer Bestandteil des Maßnahmenkatalogs zur Umsetzung der Initiative. Der Spot wurde in 2019 in den Kinos der fünf Städte gezeigt, in denen die Info-Box Station machte. Die Prä-

senz auf Facebook, die breiten Anklang fand und von zahlreichen Nutzern besucht wurde, rundete die Maßnahmen der Hygiene-Initiative in 2019 ab.

Weitere bestimmende landesweite Themen waren die Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes 2019 und 2020, die Verhandlungen zum Ausgleichsfonds, Beratungen im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V, das Landeskrebsregistergesetz NRW sowie die Durchführung von Tagungen und Fachtagungen zu Themen wie Qualitätssicherung, Umweltschutz, Krankenhaus-IT und Medizintechnik.

In den Fokus rückten zudem Maßnahmen zum Umweltschutz, zur interkulturellen Zusammenarbeit sowie weitere zentrale Themen wie die Versorgung demenzkranker Patienten und das Internetportal für Pflegeberufe.

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

Matthias Blum

Finanzierung und Planung

Krankenhausfinanzierung

Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes für das Land NRW

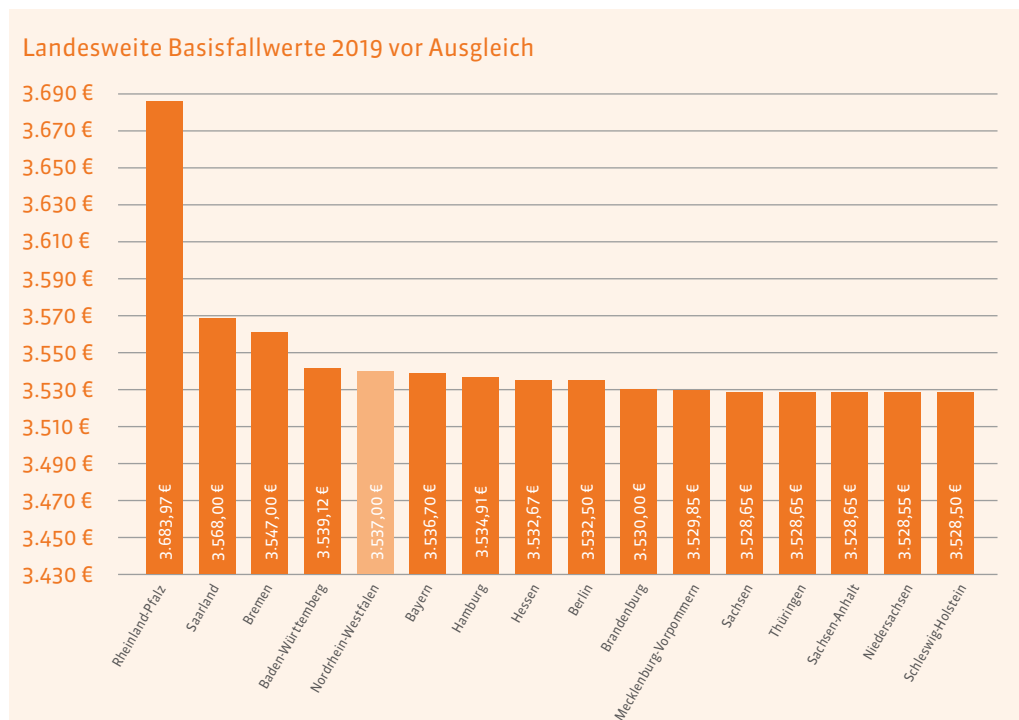
Landesbasisfallwert 2019

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 2019 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW wurden erneut von der KGNW-Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ geführt.

Ausgangsgrundlage der Verhandlungen war der Landesbasisfallwert 2018 ohne Ausgleich (3.447,43 Euro). Ausgehend von diesem Wert haben die Vertragsparteien den Landesbasisfallwert 2019 (ohne Ausgleich) in Höhe von 3.537,00 Euro vereinbart. Das Verhandlungsergebnis entspricht einer Steigerung gegenüber dem für das Jahr 2018 maßgeblichen Landesbasisfallwert um ca. 2,6 %. Der Wert bildet den Ausgangswert für die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2020 und wäre der Abrechnung für Fälle mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2020 zugrunde zu legen, sollte bis zum 01.01.2020 noch kein Landesbasisfallwert 2020 genehmigt worden sein.

Die Vertragsparteien haben eine Klausel in die Vereinbarung aufgenommen, wonach für den



Quelle: eigene Abfrage, KGNW

Fall, dass auf Bundesebene für das Jahr 2018 und/oder 2019 eine Tarifberichtigung gemäß § 10 Abs. 5 i. V. m. § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG vereinbart wird, diese nach § 10 Abs. 5 KHEntgG bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2020 in Form einer Berichtigung des Landesbasisfallwertes 2019 umgesetzt wird. Neben der Berichtigung des Landesbasisfallwertes 2019 sind dabei auch Ausgleichs infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrates 2018 und/oder 2019 vorzunehmen. Sollten die Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 5 i. V. m. § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG eine unterjährige Umsetzung der anteiligen Erhöhungsrates 2018 und/oder 2019 in Form einer Anpassung des Landesbasisfallwertes 2019 vorsehen, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich über die Modalitäten der diesbezüglichen Umsetzung.

Das MAGS hat den Landesbasisfallwert 2019 mit Wirkung zum 01.02.2019 genehmigt. Der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2019 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 2020

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2020 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin am 25.11.2019.

Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt des Referates bildete in diesem Jahr insbesondere die Umsetzung der aus dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz resultierenden, einschneidenden Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung. Hierzu zählte insbesondere die diesbezügliche Mitarbeit in den Gremien, Arbeits- und Verhandlungsgruppen 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.

Am 09.11.2018 hatte der Bundestag das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beschlossen. Mit dem Gesetz sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege erreicht werden. In § 17b Abs. 4 KHG hat der Gesetzgeber verankert, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene auf der Grundlage eines Konzepts des InEK die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für das Jahr 2020 aus dem G-DRG-System ausgliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln haben.

Die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System und die Überführung in ein krankenhausesindividuelles Pflege-Selbstkostendeckungssystem in Form eines separaten Pflegebudgets stellt den größten

Einschnitt in das G-DRG-System seit dessen Bestehen dar. Die Vertragsparteien hatten hierzu eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren und dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten für Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist.

Zur Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes haben die Vertragsparteien auf Bundesebene im Jahr 2019 folgende Vereinbarungen geschlossen:

- Vereinbarung nach § 17b Abs. 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) vom 18.02.2019,
- Änderungsvereinbarung zur Konkretisierung der Anlage 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 17.06.2019,
- Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 gemäß § 4 Abs. 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (DRG-Grundlagenvereinbarung) vom 06.05.2019,
- Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) über die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets (Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung) vom 23.09.2019.

Die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung definiert die im Rahmen der DRG-Kalkulation auszugliedernden Pflegepersonalkosten und enthält Vorgaben für die Zuordnung von Pflegepersonalkosten zur unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die Änderungsvereinbarung vom 17.06.2019 dient der Aktualisierung der Anlage 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019, die konkretisierende Vorgaben zur Abgrenzung der Pflegepersonalkosten zur Vorbereitung der Verhandlungen für das krankenhausindividuelle Pflegebudget beinhaltet.

Bereits in der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019 hatten die Vertragsparteien auf Bundesebene die Absicht festgehalten, zeitnah die Grundsätze zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in einem Grundlagenvertrag zu vereinbaren. Diese Absicht haben die Vertragsparteien in der „Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 gemäß § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (DRG-Grundlagenvereinbarung)“ vom 06.05.2019 umgesetzt. Mit dieser Vereinbarung wurden weitere Grundsätze für die Systementwicklung sowohl für das aG-DRG-System 2020 als auch für den Pflegeerlöskatalog 2020 festgelegt. Zudem wurden im Rahmen der DRG-Grundlagenvereinbarung erste Abrechnungsgrundsätze für das Jahr 2020 vorgegeben.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich im Oktober 2019 auf den Abschluss einer Vereinbarung zu den Entgeltkatalogen und den Abrechnungsbestimmungen gemäß

KHEntgG für die Krankenhäuser für das Jahr 2020 (FPV 2020) verständigt. Mit der FPV 2020 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die gesetzlichen Vorgaben des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes sowie ihre zuvor getroffenen Vereinbarungen umgesetzt. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2020 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

Fallpauschalenkatalog 2020 und Pflegeerlöskatalog 2020

Der aG-DRG-Katalog 2020 wurde von den Vertragsparteien auf Bundesebene im Oktober 2019 auf Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart. In die Kalkulation des neuen aG-DRG-Katalogs gingen die Falldaten aus 293 Krankenhäusern ein. Die Datenbasis der Systementwicklung erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um 21 Krankenhäuser. Die Datenqualität hat sich nach Aussage des InEK weiter verbessert. Die Anzahl der im Jahr 2019 für die Abrechnung verfügbaren Fallpauschalen betrug 1.292.

Die diesjährige Entwicklung des Vergütungssystems wurde geprägt durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, die in Zukunft über ein krankenhausesindividuell zu kalkulierendes Pflegebudget finanziert werden.

Das InEK hat die von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Fallkostendaten um die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden

Stationen bereinigt und einen Fallpauschalen-Katalog ohne diese Kosten (aG-DRG-Katalog 2020) sowie einen Pflegeerlöskatalog 2020 entwickelt. Der Pflegeerlöskatalog zur Abzahlung des krankenhausesindividuellen Pflegebudgets wurde in die Anlagen 1, 3a und 3b zur FPV 2020 integriert (zusätzliche Spalte „Pflegeerlös – Bewertungsrelation/Tag“ = Pflegeerlöskatalog).

Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten waren weitere Anpassungen am Klassifikationssystem, an der Sortierreihenfolge des Gruppierungsalgorithmus und an der Bewertung von Nebendiagnosen in der PCCL-Matrix erforderlich. Dadurch soll gewährleistet werden, dass Fälle weiterhin in die DRGs eingruppiert werden, in denen die erbrachten Leistungen am sachgerechtesten abgebildet werden. Dies führte u. a. dazu, dass einige Kindersplits, durch die eine höhere Vergütung für die Behandlung von Kindern erreicht werden soll, gestrichen wurden, weil ansonsten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der gegenteilige Effekt eingetreten wäre. Nach dem ersten aG-DRG-Katalog für das Jahr 2020 werden in den folgenden Jahren weitere Entwicklungsschritte folgen.

Abrechnungsbestimmungen 2020 (FPV 2020)

Der zentrale Anpassungsbedarf für die Abrechnungsbestimmungen 2020 ergab sich durch die Integration des Pflegeerlöskataloges in die Anlagen der FPV 2020. Im Zuge der FPV 2020 wurde § 8 neu in die FPV aufgenommen. § 8 FPV 2020 regelt die Grundlagen der Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte.

In der DRG-Grundlagenvereinbarung vom 06.05.2019 hatten die Vertragsparteien auf Bundesebene bereits erste Grundsätze zur Abrechnung der neuen tagesbezogenen Pflegeentgelte festgelegt. Die bereits in der DRG-Grundlagenvereinbarung festgelegten Grundsätze, u.a. zur Ermittlung der Berechnungstage und zur Fallzählung, wurden in den § 8 FPV 2020 übernommen.

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 im September 2019 auf eine Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2020 (PEPPV

2020) verständigen können. Damit werden die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen die Entgeltkataloge für das Jahr 2020 durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben.

PEPP-Katalog 2020

Der PEPP-Katalog für 2020 zeigt nur geringfügige Veränderungen gegenüber dem Katalog 2019, die sich insbesondere auf die weitergehende Splittung bestehender PEPP und leichte textliche Anpassungen beziehen. Das Zusatzentgelt für die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ist nunmehr erstmals als bewertetes Entgelt ausgewiesen. Die Anzahl der vollstationären PEPP in allen Strukturkategorien ist von 36 auf 38 angestiegen. Die Vergütungsklassen sind für das Jahr 2020 über alle PEPP insgesamt um 20 angehoben worden. Die Anzahl der ergänzenden Tagesentgelte ist gegenüber 2019 unverändert geblieben.

Abrechnungsbestimmungen 2020 (PEPPV 2020)

Die Abrechnungsbestimmungen der PEPPV 2020 bleiben im Vergleich zum Vorjahr im Wesentlichen unverändert. Es wurden lediglich redaktionelle Anpassungen und Klarstellungen vorgenommen.

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2018

Krankenhäuser	Krankenhäuser insgesamt	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
	Bettenanzahl	Bettenanzahl	Bettenanzahl	Bettenanzahl
Deutschland	498.192	238.907	164.081	95.204
Baden-Württemberg	55.570	36.581	11.796	7.193
Bayern	76.226	53.832	8.021	14.373
Brandenburg	15.460	8.273	2.735	4.452
Hessen	36.205	18.693	8.922	8.590
Mecklenburg-Vorpommern	10.195	3.317	1.804	5.074
Niedersachsen	41.908	17.343	14.890	9.675
Nordrhein-Westfalen	119.595	38.218	72.246	9.131
Rheinland-Pfalz	24.614	9.327	13.555	1.732
Saarland	6.752	3.824	2.888	40
Sachsen	26.239	15.491	3.014	7.734
Sachsen-Anhalt	15.328	7.774	3.636	3.918
Schleswig-Holstein	15.802	6.770	3.395	5.637
Thüringen	15.966	6.779	3.335	5.852
Stadtstaaten: Berlin, Bremen, Hamburg	38.332	12.685	13.844	11.803

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, 2018

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 2018 darüber informiert, dass der Punktwert für Leistungen nach §§ 115b SGB V und 116b SGB V im Jahr 2019 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 2019.

Nachdem für den Landesteil Nordrhein im April mitgeteilt wurde, dass die Vorläufigkeit des Punktwertes für das Kalenderjahr 2019 entfallen könne, erfolgte eine entsprechende Mitteilung für den Landesteil Westfalen-Lippe erst im August 2019. Die bis jeweils zu diesen Zeitpunkten seitens der Geschäftsstel-

le 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 Vertragspartner des AOP-Vertrages – GKV-SV, KBV und DKG – haben gemäß § 21 des Vertrages (Anpassung der Operationenschlüssel) den AOP-Katalog mit Wirkung zum 01.01.2019 angepasst. Es handelte sich primär um Textänderungen in einzelnen OPS-Kodes. Leistungen, die seitens der DKG zur Neuaufnahme in den Katalog vorgeschlagen worden sind (z. B. Tonsillotomie), wurden von den anderen Vertragspartnern abgelehnt.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sollen GKV-SV, 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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen erfolgen.

Bis zum Inkrafttreten einer solchen Vereinbarung erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM. Der Bewertungsausschuss hat den EBM jeweils so anzupassen, dass die Leistungen unter Berücksichtigung der übrigen Vorgaben des § 116b SGB V angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können.

In Bereich VII des EBM „Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen“ wurden mit Wirkung zum 01.01.2019 in Kapitel 51 (Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)) u. a. Gebührenordnungspositionen für das Erstellen und Anpassen eines Medikationsplans und zur Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde aufgenommen. Außerdem erfolgten Anpassungen in verschiedenen Appendizes einzelner Anlagen der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss)-Richtlinie.

Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein

Für die Abrechnung abgegebener ambulanter Heilmittel durch die Krankenhäuser im Landesteil Nordrhein konnte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen eine Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein (Anlage 2 zum Heilmittelvertrag) für das Jahr 2019 vereinbart werden.

Die durchschnittliche Steigerung im Vergleich zum sog. „Vertragspreis“ 2018 betrug unter Berücksichtigung einer aktualisierten Bezugnahme auf die Preise im niedergelassenen Bereich für das Jahr 2019 rund elf Prozent.

Neben der Preisanpassung der in der Vergütungsvereinbarung aufgeführten Leistungen ab 01.01.2019 wurden insgesamt 13 neue Leistungspositionen für die Ernährungstherapie für Patienten mit Mukoviszidose oder einer seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankung sowie die diesbezüglich angebotenen Preise in die Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein für das Jahr 2019 aufgenommen. Hintergrund ist, dass die Heilmittelversorgung der GKV um die Ernährungstherapie für Patienten mit Mukoviszidose oder einer seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankung erweitert wurde. Auch im Landesteil Westfalen-Lippe wurde durch die dortigen westfälisch-lippischen Krankenhauszweckverbände eine neue Vereinbarung über Höchstpreise ab dem 01.03.2019 geschlossen.

Im Zuge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wurden die gesetzlichen Regelungen über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heilmitteln durch die Anpassungen der §§ 124 ff. SGB V neu gefasst.

Gemäß § 124 Abs. 5 SGB V (neu) dürfen Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen Heilmittel unter den dort normierten Voraussetzungen abgeben. Einer Zulassung bedarf es ausdrücklich nicht.

Bis zum 01.07.2020 sind auf Bundesebene einheitliche Verträge abzuschließen, die für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen entsprechend gelten werden. Bis dahin gelten für die Krankenhäuser die maßgeblichen Rahmenverträge der KGNW für den Landesteil Nordrhein und der westfälisch-lippischen Krankenhauszweckverbände für den Landesteil Westfalen-Lippe zunächst noch weiter. Im Ergebnis wird für jeden einzelnen Heilmittelbereich (Maßnahmen der physikalischen Therapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie sowie der Ernährungstherapie) zukünftig nur noch ein Vertrag bestehen. Individuelle regionale Regelungen haben somit keine gesetzliche Grundlage mehr und entfallen für Krankenhäuser gänzlich.

Seit dem 01.07.2019 gelten zudem neue Preise für Leistungspositionen der jeweiligen Heilmittelbereiche bundeseinheitlich und kassenartenübergreifend für alle Leistungserbringer. Diese sind auch von den Krankenhäusern abrechenbar. Der GKV-SV hatte sich hierfür mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittel-erbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene auf die bundesweit geltenden Preise zu verständigen und diese nach den gesetzlichen Neuregelungen des TSVG bis zum 30.06.2019 zu veröffentlichen. Der GKV-SV hat die Preislisten gemäß § 125b Abs. 2 SGB V rechtzeitig auf seiner Homepage veröffentlicht und darauf hingewiesen, dass nur die Positionen abrechnungsfähig seien, die in den noch geltenden Landesverträgen vereinbart wurden. Eine Leistungsausweitung abseits der Landesverträge sei nicht möglich. Die Verbände der Krankenkassen hatten daraufhin eine an die bun-

deseinheitlich und kassenartenübergreifenden Preise angepasste Preisliste mit dem bisherigen Leistungsumfang für den Landesteil Nordrhein erstellt, die per Rundschreiben zur Verfügung gestellt wurde.

Ausbildungspauschalen in der generalistischen Pflegeausbildung 2020 und 2021

Mit dem Pflegeberufgesetz (PflBG) werden die bisher getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in eine neue gemeinsame Ausbildung zusammengeführt. Hierdurch ergeben sich auch maßgebliche Änderungen im Rahmen der Finanzierung der Ausbildungskosten ab 2020.

Alle ab dem Jahr 2020 begonnenen Pflegeausbildungen nach dem neuen Recht (PflBG) werden nach der neuen Finanzierungssystematik über Pauschalbudgets gemäß § 30 PflBG finanziert. Die Kosten bzw. Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind keiner Pauschalierung zugänglich und werden daher einrichtungsindividuell berechnet. Alle vor dem Jahr 2020 begonnenen Ausbildungen werden noch nach altem Recht inklusive alter Finanzierungssystematik fortgeführt.

Für die Umsetzung der Pauschalbudgets nach dem PflBG waren 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 gehörten – 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 u. a. auch die KGNW.

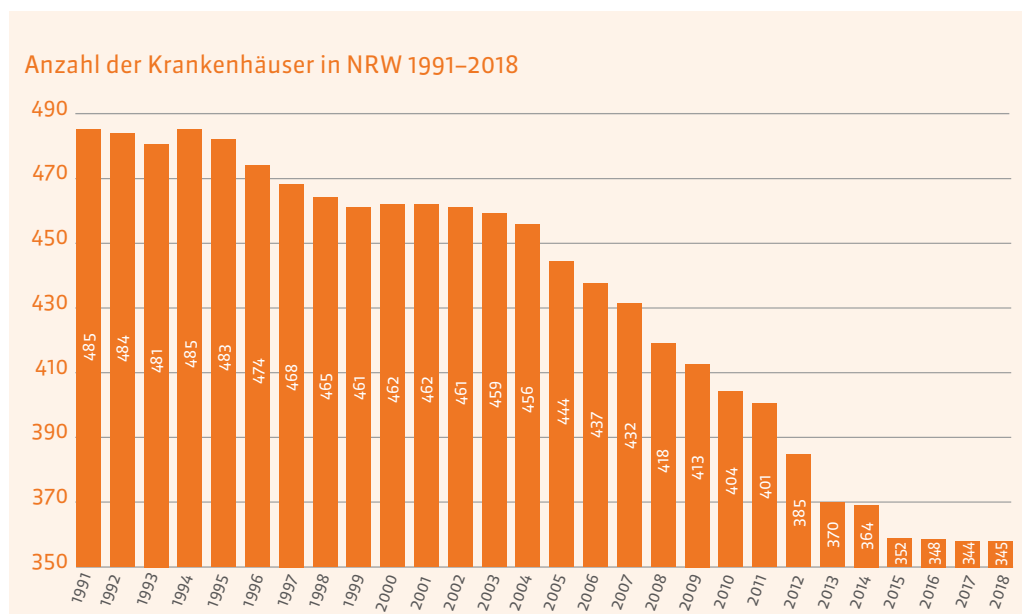
Im Hinblick auf die erstmalige Verhandlung und Vereinbarung der landesweit geltenden Pauschalen im Jahr 2019 hatte die KGNW ein Gutachten in Auftrag gegeben, welches von zahlreichen Spitzenverbänden und Institutionen unterstützt wurden. Mit der Durchführung des Gutachtens wurde das RWI – Leibniz-Institut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

Nach langwierigen und intensiven Verhandlungen hat sich die Gemeinschaft der Leistungserbringer, zu der u. a. die KGNW zählt, mit den Kostenträgern (MAGS, Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und PKV-Verband) auf folgende landesweit geltende Pauschalen zur Finanzierung der Kosten der Pflegeschulen und landesweit geltende Pauschalen zur Finanzierung der Kosten der praktischen Ausbildung für die Jahre 2020 und 2021 verständigt:

Jahr	2020	2021
Pro Schüler/Auszubildenden, pro Jahr in €		
Schulische Ausbildung	7.350	7.563
Praktische Ausbildung	8.000	8.232

Die Pauschalbudgets werden auf der Grundlage der vereinbarten Pauschalen je Schüler/Auszubildenden von dem bei der Bezirksregierung Münster neu eingerichteten Ausgleichsfonds als zuständige Stelle in Nord-

rhein-Westfalen festgesetzt. Die zusätzliche Finanzierung der einrichtungsindividuell zu berechnenden Kosten bzw. Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen erfolgt ebenfalls über die Bezirksregierung Münster.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) 2018, Fachserie 12, Reihe 6.1.1.

Krankenhausplanung

Im Bereich der Krankenhausplanung war die Arbeit des Referates im Jahr 2019 besonders geprägt durch die Planungen des Landes zur Neuaufstellung des Krankenhausplans.

Grundsatzpapier der KGNW zur Landeskrankenhausplanung 2019 bis 2030

Mit Blick auf die Positionierung von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann zur Reform der Krankenhausplanung in dieser Legislaturperiode hat die KGNW am 03.07.2019 ihr Grundsatzpapier zur Landeskrankenhausplanung 2019 bis 2030 veröffentlicht. Die zentralen Positionen wurden in einer Pressemitteilung herausgestellt und am gleichen Tag auf der Managementtagung der Landesgruppe NRW des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands in Iserlohn von KGNW-Präsident Jochen Brink vorgestellt.

Das Grundsatzpapier wurde von der Präsidial-AG „Ordnungspolitischer Rahmen“ der KGNW erarbeitet und nach Beratungen im Fachausschuss für Planung und Förderung und im KGNW-Vorstand am 06.06.2019 vom KGNW-Vorstand verabschiedet.

In dem Papier setzt die KGNW folgende Schwerpunkte:

- Krankenhausversorgung verlässlich ausgestalten
- Aktive Krankenhausplanung als Gestaltungsinstrument der Zukunft nutzen
- Daseinsvorsorge über konkrete Versorgungskonzepte sichern

- Krankenhausplanung verstärkt dezentral ausrichten
- Abstimmungsprozesse lokal und regional anlegen
- Krankenhausplanung zukunftssicher weiterentwickeln
- Impulse für eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung setzen



Gutachten zur Krankenhausplanung in NRW

Zur Neuaufstellung des Krankenhausplans hat das MAGS ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft in NRW in Auftrag gegeben. Am 12.09.2019 hat das MAGS dem Landesausschuss für Krankenhausplanung das in 2018 beauftragte Krankenhausplanungsgutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-West-

falen“ vorgestellt. Am gleichen Tag hat das MAGS im Congress Center Essen, CC West unter dem Veranstaltungstitel „Zukunftssichere Krankenhausplanung für Nordrhein-Westfalen“ das Krankenhausgutachten ebenfalls den Geschäftsführungen der Plankrankenhäuser des Landes Nordrhein-Westfalen sowie den Pressevertretern vorgestellt.

Die Auftragnehmer des Gutachtens – die PD-Berater der öffentlichen Hand GmbH („Partnerschaft Deutschland“), das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin unter der Leitung von Professor Dr. med. Reinhard Busse und die Lohfert & Lohfert AG aus Hamburg – haben eine Kurz- und eine Langfassung des Gutachtens zur Verfügung gestellt. Die Dokumente sind auf der Homepage des MAGS (www.mags.nrw/krankenhausplanung) abrufbar.

Die KGNW hat in ihrer Pressemitteilung herausgestellt, nach der notwendigen intensiven Prüfung des Gutachtens den anschließenden Diskussionsprozess zur Erarbeitung des zukünftigen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Positionen ergebnisoffen zu begleiten und sich aktiv in den Arbeitsgruppen des zuständigen Landesausschusses für Krankenhausplanung zu beteiligen.

Planung von Zentren

Mit Runderlass von 22.10.2018 hat das MAGS den Bezirksregierungen die Grundlagen zur zukünftigen krankenhauplanerischen Ausweisung von Zentren und zur diesbezüglichen Ausweisung besonderer Aufgaben übermit-

telt (Checklisten, Neufassung des Muster-Feststellungsbescheides inklusive Anlage). Zudem hatte das MAGS ein Informationsblatt zur Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015 auf seiner Internetseite veröffentlicht.

Hintergrund war, dass der Bundesgesetzgeber die Selbstverwaltung auf Bundesebene mit dem Krankenhausstrukturgesetz in § 9 Abs. 1 a Nr. 2 KHEntgG beauftragt hatte, die Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG zu vereinbaren (Zentrumsvereinbarung). Die Festlegung der Zentrumsvereinbarung erfolgte letztlich durch die Bundesschiedsstelle am 08.12.2016.

In insgesamt elf Versorgungsbereichen sollen zukünftig eine krankenhauplanerische Zentrumsausweisung und eine diesbezügliche Ausweisung besonderer Aufgaben erfolgen.

- 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 den Veröffentlichungen hatte das MAGS Anfang November 2018 die Möglichkeit zur Umsetzung der neuen Zentrumsplanung geschaffen. In seinem Runderlass an die Bezirksregierungen hatte das MAGS darauf hingewiesen, dass es den Krankenhasträgern obliege, ein regionales Planungsverfahren zur Ausweisung als Zentrum zu initiieren. Die bisherigen Ausweisungen im Feststellungsbescheid hätten bis auf Weiteres Bestand.

Im weiteren Verlauf haben einzelne Bezirksregierungen die Krankenhäuser in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich über die zukünftige krankenhauplanerische Ausweisung von Zentren und die diesbezügliche Ausweisung besonderer Aufgaben informiert und diese gebeten/aufgefordert, regionale Planungskonzepte zu initiieren. In der Folge haben sich Krankenhäuser an die Verbände der Kranken-

kassen gewandt und diese zu Verhandlungen über regionale Planungskonzepte aufgefordert. Bis dato ist die neue Zentrumsplanung noch nicht abgeschlossen.

In der 52. Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 15.05.2019 wurde zu einem zwölften Versorgungsbereich, dem Zentrum für telemedizinische Versorgung, Einvernehmen erzielt und die diesbezügliche Checkliste verabschiedet. Zum weiteren Verfahren hatte das MAGS ausgeführt, dass als nächster Schritt der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags zur Ergänzung des Krankenhausplans angehört werden müsse. Diese Anhörung ist bisher nicht erfolgt, sodass noch keine entsprechende Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015 vom MAGS veröffentlicht worden ist.

Krankenhausförderung

Im Bereich der Krankenhausförderung stand die Arbeit des Referates wiederum unter dem Eindruck des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“.

Im Rahmen des „Bündnisses für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ hat das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (vormals Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung) erstmals den konkreten Investitionsbedarf in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt im Land ermittelt. Das „Investitionsbarometer NRW“ des RWI hat eine jährliche Förderlücke von einer

Mrd. Euro in Nordrhein-Westfalens Krankenhäusern erhoben. An der Studie haben 93 Prozent der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen teilgenommen, die im Krankenhausplan des Landes aufgenommen und damit förderfähig sind.

Investitionsprogramm 2019

Mit Schreiben vom 23.05.2019 hat Minister Laumann dem Landtagspräsidenten das Investitionsprogramm 2019 (Landtagsvorlage 17/2103) 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 2019 gegenüber dem MAGS Stellung genommen.

Mit dem Entwurf des Investitionsprogramms 2019 waren unverändert zum Jahr 2018 Ausgabemittel in Höhe von 217 Mio. Euro als Baupauschale veranschlagt. Die Höhe der Ausgabemittel zur pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter mit 335 Mio. Euro für 2019 umfasst sechs Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Die mögliche Förderung der Investitionskosten durch besondere Beträge wurde im Haushalt 2019 wieder auf den Betrag in Höhe von sieben Mio. Euro zurückgeführt. Dass die Mittel dieser Titelgruppe nicht wie in den Jahren 2016 bis 2018 mit einem erheblichen Anteil (im genannten Zeitraum 5,3 Mio. Euro) zur Titelgruppe 82 verlagert wurden, um wieder die Landeskofinanzierung des Strukturfonds zu alimentieren, wurde von der KGNW begrüßt. Die Deckungsfähigkeit der Titelgruppe 60 mit den Mitteln der Titelgruppe 66 lässt zu, dass veranschlagte Förderbeträge nicht zusätzlich etwaigen Einsparungen zum Opfer fallen.

Mit dem Investitionsprogramm 2019 blieb es auch weiterhin bei einer gegenüber dem tatsächlichen Bedarf bestehenden, erheblichen strukturellen Investitionsunterfinanzierung durch das Land. Insbesondere die Ergebnisse der Studie „Investitionsbarometer NRW“, die vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) erstellt wurde, belegen die Notwendigkeit der Aufstockung der Fördermittel eindrucksvoll. Der tatsäch-

liche Investitionsbedarf liegt jährlich bei 1,5 Mrd. Euro. Selbst wenn man den (befristeten) Landesanteil des Strukturfonds (95 Mio. Euro) zu den vorgesehenen Fördermitteln im Entwurf des Investitionsprogrammes 2019 hinzurechnet, fehlen zur Deckung dieses Investitionsbedarfes rund 800 Mio. Euro jährlich.

Sonderinvestitionsprogramm 2019

Mit Schreiben vom 06.05.2019 hat das MAGS den Mitgliedern des Landesausschusses für Krankenhausplanung – vorab vor Veröffentlichung auf seiner Homepage – die weiteren Einzelheiten zur Einzelförderung nach § 21a KHGG NRW für das Jahr 2019 zur Kenntnis gegeben.

Demnach war der Antrag auf Einzelförderung unterschrieben und fristgerecht bereits bis zum 31.05.2019 einzureichen.

Unter dem Förderschwerpunkt für 2019 „Verbesserung der Versorgungsqualität durch strukturverändernde oder strukturstärkende Maßnahmen“ war seitens der antragstellenden Krankenhäuser für die Teilhabe an der Einzelförderung zwingend eines der beiden folgenden Förderkriterien zu erfüllen:

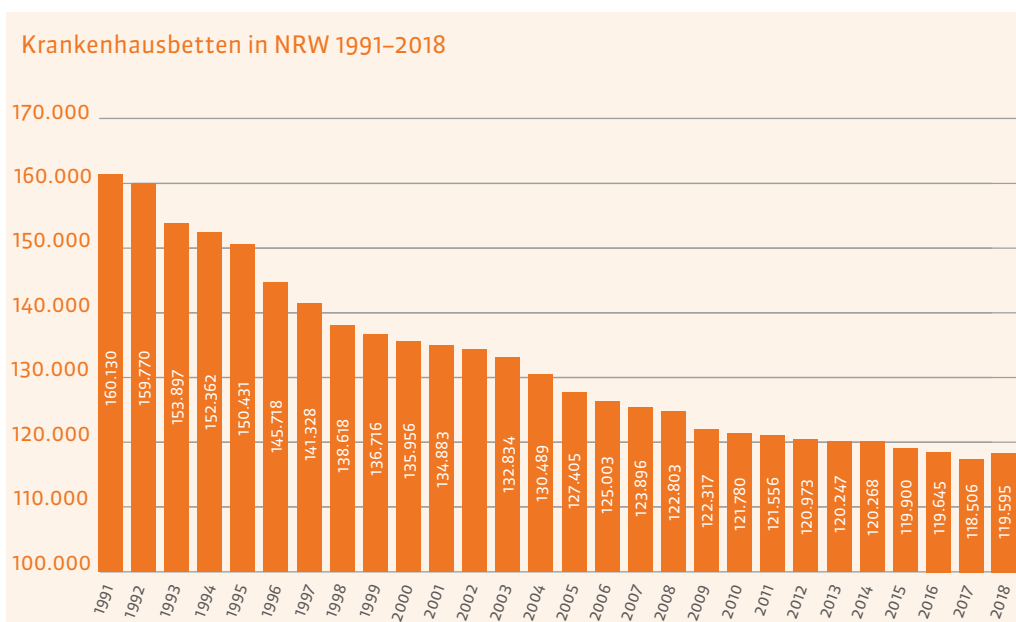
1. Das Fördervorhaben dient dem Abbau doppelt vorgehaltener Leistungsstrukturen.

oder

2. Das Fördervorhaben dient der nachhaltigen Stärkung der Leistungsstrukturen in ländlichen Versorgungsgebieten.

Die für die Förderperiode 2019 insgesamt vorgesehenen 66 Mio. Euro (ursprünglich waren 166 Mio. Euro für das Jahr 2019 vorgesehen) wurden im Zuge des Sonderinvestitionsprogramms 2019 durch vier Mio. Euro aus dem Haushaltstitel für die Besonderen Beträge (Deckungsfähigkeit im Haushaltsplan) verstärkt. Insgesamt werden über das Sonderinvestitionsprogramm 2019 sieben Maßnahmen mit einem Gesamtfördervolumen in Höhe von rund 70 Mio. Euro gefördert.

Im Zuge der Antragstellung waren 100 Anträge der Krankenhausträger mit einem Volumen von rund 610 Mio. Euro eingegangen. Davon erfüllten 14 Anträge das Kriterium 1 (Abbau doppelt vorgehaltener Strukturen) und 84 Anträge das Kriterium 2 (nachhaltige Stärkung der Leistungsstrukturen in ländlichen VG). Zwei kombinierende Anträge lagen vor. Als förderfähig wurden 58 Anträge mit einem Gesamtvolumen von rund 260 Mio. Euro eingestuft.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Landesbetrieb Information und Technik NRW, 2018

Haushaltsplan(-entwurf) 2020

Zum Haushaltsplan(-entwurf) 2020 hat die KGNW mit Schreiben vom 16.10.2019 Stellung genommen. Der Haushaltsplanentwurf 2020 zur Krankenhausförderung (Kapitel 11 070) umfasst rund 760 Mio. Euro (einschließlich des Landesanteils am Strukturfonds) und da-

mit rund 40 Mio. Euro mehr, als der Haushalt des Jahres 2019 (rund 720 Mio. Euro) und liegt damit immer noch unter dem Haushalt 2017 (rund 820 Mio. Euro). Er gleicht nicht einmal Baupreissteigerungen aus. Zudem ist festzustellen, dass die Landesregierung hinter

ihren eigenen Planungen zurückbleibt. Für die Einzelförderung nach § 21a KHGG NRW waren ursprünglich immerhin 166,7 Mio. Euro für 2019 (Haushalt 2019: 66 Mio. Euro) und 200 Mio. Euro für die Jahre 2020 (Haushaltsplanentwurf 2020: 100 Mio. Euro) und 2021 vorgesehen.

Der Haushaltsplanentwurf 2020 deckt den Investitionsbedarf der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser in Höhe von 1,5 Mrd. Euro mit den vorgesehenen Gesamtausgaben des Kapitels 11 070 in Höhe von 760.600.000 Euro gerade einmal zur Hälfte, wenn der Landesanteil des Strukturfonds in Höhe von 95 Mio. Euro (Titelgruppe 82) mit eingerechnet wird.

Er bleibt damit hinter den Erwartungen der Krankenhäuser zurück. Die Krankenhäuser brauchen endlich eine verlässliche und transparente Aussage darüber, wie das Problem der anerkannten Förderlücke in den nächsten Jahren nachhaltig angegangen wird. Eine Debatte über Strukturen darf davon nicht ablenken.

Der Haushaltsplanentwurf 2020 gleicht erneut nicht einmal Baupreissteigerungen aus. Erneut erfolgt für die pauschale Förderung der Errichtung von Krankenhäusern (Baupauschale, Titelgruppe 70) nicht einmal ein Ausgleich von Baupreissteigerungen. Im Jahr 2018 sind die Baupreise für gewerbliche Betriebs-

gebäude bereits um rund 4,5 Prozent und im laufenden Jahr 2019 noch einmal um rund 4,6 Prozent gestiegen. Mit einer ähnlichen Baupreissteigerung ist auch im Jahr 2020 zu rechnen. Der Haushaltsansatz 2020 verbleibt mit 217 Mio. Euro allerdings wiederum auf dem Niveau des Vorjahres.

Die Einzelförderung von Investitionen gemäß § 21a KHGG NRW sollte ursprünglich von 66 Mio. Euro (zunächst waren 166,7 Mio. Euro im Jahr 2019 vorgesehen) auf 200 Mio. Euro ab dem Jahr 2020 angehoben werden. Der Haushaltsansatz sieht nun mit 100 Mio. Euro lediglich die Hälfte des angekündigten Betrages vor.¹

Etwa die Hälfte der ursprünglich vorgesehenen Mittel wird wiederum genutzt, um die Titelgruppe 82 (Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur (Landesanteil)) – den notwendigen Kofinanzierungsanteil des Landes am Strukturfonds – mit insgesamt 95 Mio. Euro „querzufinanzieren“.

Die Krankenhäuser begrüßen, dass das Land die Bundesmittel aus dem Strukturfonds für die NRW-Krankenhauslandschaft durch seinen Kofinanzierungsanteil sichert, hätten an dieser Stelle allerdings erwartet, dass der Kofinanzierungsanteil des Landes am Strukturfonds – im Hinblick auf die bekannte Situa-

¹ Vgl. z.B. Minister Karl-Josef Laumann in einer Presseinformation zum Entfesselungspaket I: „Vor allem aber erfolgt neben der bewährten Pauschalförderung nun der Einstieg in die Einzelförderung. Damit gestalten wir aktiv den nötigen Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft. Die Menschen in unserem Land benötigen eine qualitativ hochwertige und ortsnahe stationäre Versorgung. Doch genauso müssen wir die Bildung von Leistungsschwerpunkten und die Abstimmung von Kompetenzen der Krankenhäuser untereinander vorantreiben. Bereits in diesem Jahr sind für die Einzelförderung Mittel in Höhe von rund 33 Millionen Euro vorgesehen. Bis 2020 soll dieser Ansatz auf 200 Millionen Euro ansteigen.“ (Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Presseinformation – 183/3/2018 vom 21.03.2018, <https://www.land.nrw/de/pressemitteilung/minister-laumann-zur-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen-entfesselungspaket-i>)

tion bezüglich der notwendigen Investitionen in den NRW-Krankenhäusern – zusätzlich zu den bisher geplanten Mitteln der Investitionsfinanzierung bereitgestellt wird.

Auch im Jahr 2020 wird der Haushaltsansatz für die Einzelförderung durch die eingehenden Anträge der Krankenhäuser voraussichtlich wieder stark überzeichnet sein. Die Beibehaltung der ursprünglich einmal angekündigten Höhe der Fördermittel für die Einzelförderung im Jahr 2020 von 200 Mio. Euro ist insoweit mindestens angezeigt.

Wichtige Herausforderungen der Zukunft werden unterfinanzierte Kliniken nicht meistern können. Dem Haushaltsplanentwurf 2020 fehlt die Zukunftskomponente.

Unter anderem können heute viele Pflegestellen nicht mehr besetzt werden, da es an Pflegekräften fehlt. Die Krankenhäuser sollen und wollen mehr ausbilden. Anlauf- und Umstellungskosten auf die generalistische Pflegeausbildung, die die Attraktivität des Berufsbildes Pflege gerade steigern soll, werden aber von Land und Krankenkassen nicht übernommen. Investitionen in die Pflegeschulen und Mietkosten von Pflegeschulen fördert das Land bisher allenfalls symbolisch.

Die Krankenhäuser sollen und wollen den Weg in das digitale Zeitalter mitgestalten, sich telemedizinisch vernetzen und ihre IT-Sicherheit auf den neuesten Stand bringen. Die dazu notwendigen Investitions- und Betriebsmittel werden allerdings nicht bereitgestellt. In der Digitalisierungsstrategie des

Landes Nordrhein-Westfalen finden die Krankenhäuser nicht statt.

Die Zahlen für die notwendigen Mittel liegen für NRW auf dem Tisch:

1. Das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung hat für die Pflegeschulen in NRW einen jährlichen Investitionsbedarf pro Schüler in Höhe von 838 Euro ermittelt. Der notwendige Investitionsbedarf für die Pflegeschulen in NRW beläuft sich damit auf rund 31 Mio. Euro pro Jahr.
2. Weitere 2.202 Euro pro Schüler an Investitionsbedarf in den Pflegeschulen hat das RWI für die Umstellung auf die im Jahr 2020 beginnende Generalistik ermittelt. Dies würde einmalig einen zusätzlichen Investitionsbedarf von rund 82 Mio. Euro in NRW bedeuten.
3. Im Betriebskostenbereich beziffert das RWI die Anlauf- und Umstellungskosten auf die generalistische Pflegeausbildung bei den Pflegeschulen und den Ausbildungseinrichtungen auf insgesamt rund 48 Mio. Euro.

Das RWI schlägt in einem Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit das sog. Investitionsprogramm „Digital Boost“ über acht Jahre vor. Für NRW belegt dies die Notwendigkeit eines Sonderinvestitionsprogramms in Höhe von jährlich 250 Mio. Euro über acht Jahre.

Demgegenüber sollen über den Haushalt 2020 lediglich bis zu zwei Mio. Euro als Anschubfi-

finanzierung für die erste Aufbauphase des virtuellen Krankenhauses sowie sieben Mio. Euro zur Förderung von Investitionskosten an den ehemaligen Altenpflegeschulen zur Verfügung gestellt werden. Für die ehemaligen Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen ist keine zusätzliche Finanzierung vorgesehen.

Die Bevölkerung mit Krankenhausleistungen in hoher Qualität versorgen zu können, ist untrennbar mit den Mitarbeitern verbunden. Menschen nachhaltig davon zu überzeugen, sich für den Arbeitsplatz Krankenhaus zu entscheiden, spielt eine zentrale Rolle in der Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen.

Die Krankenhäuser als Arbeit- und Ausbildungsgeber konkurrieren in vielfältiger Weise mit anderen Bereichen um Mitarbeiter. Nur eine Arbeitsumgebung, die den heutigen Ansprüchen an Ausstattung und auch an Sicherheit entspricht, wird in dieser Konkurrenz bestehen können. Der Befund, dass das „Digitalste“ im Arbeitsgebiet der Mitarbeiter im Krankenhaus nicht deren eigenes Handy sein darf, sollte mit Blick auf die dazu notwendigen Investitionen in die Zukunft der Krankenhausversorgung rasch angegangen werden. Notwendig ist zudem ein Arbeitsumfeld, das auch in fortgeschrittenem Erwerbsalter noch die Möglichkeit bietet, den anspruchsvollen Aufgaben gerecht werden zu können.

Krankenhausstrukturfonds

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz enthält die Rechtsgrundlagen für die Neuauflage des Krankenhausstrukturfonds.

In den Jahren 2019 bis 2022 werden jährlich bis zu einer Milliarde Euro inklusive des Landesanteils den Ländern für strukturverbessernde Maßnahmen zur Verfügung stehen. 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.

Anfang März 2019 hat das MAGS auf seiner Homepage bereits erste Informationen zum Krankenhausstrukturfonds ab 2019 eingestellt.

Nach den gesetzlichen Vorgaben entscheidet allein das MAGS im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen über die förderungsfähigen Vorhaben. Für diese wird dann durch das Land ein Antrag auf Förderung beim Bundesversicherungsamt (BVA) gestellt.

Hierzu wurde eine gemeinsame Erklärung des MAGS und der gesetzlichen Krankenkassen in NRW zu den Förderschwerpunkten für 2019/2020 veröffentlicht.

In der Förderperiode 2019/2020 sollen danach ausschließlich die folgenden Fördertatbestände bedient und entsprechende Anträge vom Land beim BVA gestellt werden:

1. Dauerhafte Schließung eines Krankenhauses oder eines Teils von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV mit einer Priorität auf eine vollständige Standort-schließung/Schließung einer unselbstständigen Betriebsstätte.
2. Träger- und standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV mit einer Priorität, wenn die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbundes, etwa durch gemeinsame Abstimmung des Versorgungsangebots, vereinbart haben (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 lit. c KHSFV).

Für die Förderperiode 2021/2022 soll – so die Verlautbarung des MAGS – eine gesonderte Vereinbarung geschlossen werden.

Die KGNW hat die Mitgliedskrankenhäuser über die ersten Informationen des MAGS zum Krankenhausstrukturfonds ab 2019 informiert und empfohlen, bei bestehendem Interesse möglichst zeitnah entsprechende Vorbereitungen zu treffen und Interessenbekundungen gegenüber dem MAGS und der jeweils zuständigen Bezirksregierung abzugeben.

Im Hinblick auf die Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds ab 2019 sollen sich – ausweislich des Entwurfs einer dritten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens – die bisherigen Zuständigkeiten ändern:

Zuständige Behörde für die Bewilligung von Mitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds sowie von Mitteln nach § 21a KHGG NRW wäre danach

- bis zum Förderjahr 2018 die Bezirksregierung Köln und
- ab dem Förderjahr 2019 die Bezirksregierung Münster.

Das MAGS hat Mitte 2019 die Krankenhäuser über die Möglichkeit eines Interessenbekundungsverfahrens informiert und ein Formular zur Verfügung gestellt. Es enthält Strukturdaten, Informationen zum Vorhaben (Kriterium Schließung, Konzentration), zu einem etwaigen länderübergreifenden Projekt, zum Investitionsvolumen sowie zum krankenhauserischen Aspekt und weitere Beschreibungen des Vorhabens.

Mit Schreiben vom 30.09.2019 hat das MAGS die Krankenhausträger über das Antragsverfahren informiert und am 01.10.2019 auf seiner Homepage weitere Informationen zum Krankenhausstrukturfonds ab 2019 eingestellt.

Formelle Anträge können nunmehr mit den auf der Homepage des MAGS verfügbaren Unterlagen (<https://www.mags.nrw/krankenhausfinanzierung>, Krankenhausstrukturfonds ab 2019) vom 01.10.2019 bis zum 31.03.2020 gestellt werden.

Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die formelle Antragstellung auch notwendig ist, wenn bereits eine Interessenbekundung erfolgt ist. Eine Antragstellung ist auch ohne vorherige Interessenbekundung möglich.

Investitionsbewertungsrelationen

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

Im Juni 2019 wurde der IBR-Katalog 2019 vom InEK zur Verfügung gestellt. Es ist der sechste Katalog nach der erstmaligen Veröffentlichung im Jahre 2014. Aufgrund der Umsetzung der Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität in der Kalkulationsstichprobe erhöhte sich die Teilnehmerzahl der Kalkulation von 45 auf 83 Krankenhäuser.

Entgeltbereich DRG

Für den Katalog der Investitionsbewertungsrelationen im DRG-Entgeltbereich haben sich im Vergleich zum Vorjahr keine wesentlichen Änderungen ergeben. Wie in den Vorjahren ergeben sich die effektiven Investitionsbewertungsrelationen individuell für jeden einzelnen vollstationären Fall durch Addition der Bewertungsrelation je Fall mit der n-maligen ($n = \text{Anzahl Verweildauertage}$) Bewertungsrelation je Tag. Bei unbewerteten vollstationären Leistungen der Anlage 3a des Fallpauschalenkataloges sind die Bewertungsrelationen unverändert, sowohl je Fall als auch je Berechnungstag ausgewiesen. Teilstationäre Leistungen werden im Katalog der Investitionsbewertungsrelationen, unabhängig davon, ob sie bundesweit bewertet oder nicht bewertet werden konnten, mit einer Bewertungsrelation je Tag abgebildet. Sofern für die Leistungserbringung eine spezifische Anlagen-

ausstattung notwendig ist, wurden vom InEK ebenfalls die Leistungen der Zusatzentgelte in die Kalkulation mit einbezogen. Die Vorgehensweise erfolgte dabei analog zur Berechnung der voll- bzw. teilstationären Entgelte. Die Bezugsgröße 2019 als mittlere Investitionskosten je Fall beträgt 339,90 Euro für den Katalog 2019 (2018: 316,65 Euro)

Entgeltbereich PSY

Aufgrund der im Entgeltbereich PSY gezogenen Krankenhäuser konnte im Jahr 2019 erstmals ein eigener Katalog für Investitionsbewertungsrelationen für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vom InEK kalkuliert werden. Der Katalog für den Entgeltbereich PSY differenziert nach voll- und teilstationären Entgelten, wobei eine einheitliche tagesbezogene Bewertungsrelation für jedes Entgelt ausgewiesen wird, die für jeden abzurechnenden Berechnungstag angesetzt wird.

Die Bezugsgröße 2019 als mittlere Investitionskosten je Berechnungstag auf Basis der § 21er-Fallmenge im Jahr 2019 beträgt 25,81 Euro.

Digitalpakt Schule

Am 04.09.2019 hat das Landeskabinett die nordrhein-westfälische Förderrichtlinie für den Digitalpakt Schule (RL DigitalPakt NRW) beschlossen. Nordrhein-Westfalen erhält aus dem Digitalpakt Schule 1,054 Mrd. Euro.

Nach der Richtlinie erhalten alle Schulträger ein Förderbudget. Die den Schulträgern zur

Verfügung stehenden Fördermittel finden sich in einer Übersicht in einer Anlage zur RL DigitalPakt NRW. Antragsberechtigt sind in diesem Rahmen u. a. auch die Träger von staatlich anerkannten (Kinder-)Krankenpflegeschulen bzw. Pflegeschulen sowie anerkannte Ausbildungsstätten in den weiteren Gesundheitsfachberufen.

Mit den Fördermitteln aus dem Digitalpakt Schule können Investitionen in die IT-Infrastruktur einer Schule getätigt werden. Die Zuwendung erfolgt in Form einer Projektförderung in Höhe von höchstens 90 Prozent der zuwendungsfähigen Gesamtausgaben. Der Eigenanteil der Schulträger beträgt zehn Prozent.

Bewilligungsbehörde ist die örtlich zuständige Bezirksregierung. Bewilligungen aus dem Schulträgerbudget sind bis zur Höhe des jeweiligen Budgetbetrages nur für bis zum 31.12.2021 vollständig bei der Bewilligungsstelle eingereichte Anträge möglich. Ab dem 01.01.2022 entfällt die Bindung an die Schulträgerbudgets. Ab diesem Zeitpunkt gestellte

Anträge können bewilligt werden, wenn hierfür entsprechende Haushaltsmittel zur Verfügung stehen.

Mit der Aufnahme der Träger von staatlich anerkannten (Kinder-)Krankenpflegeschulen nach dem Krankenpflegegesetz bzw. Pflegeschulen nach dem Pflegeberufegesetz sowie den von den Bezirksregierungen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten in den weiteren Gesundheitsfachberufen wurde erfreulicherweise im Verfahren der Aufstellung der RL DigitalPakt NRW einer entsprechenden Forderung der KGNW nachgekommen.

Die KGNW empfiehlt eine zeitnahe Antragstellung unter Verwendung des auf der Homepage des Schulministeriums bereitgestellten Online-Formulars. Eine flächendeckende und vollständige Ausschöpfung der bereitgestellten Mittel aus dem Digitalpakt Schule vonseiten der Schulen in Krankenhausträgerschaft wäre auch ein wichtiges Signal an die Landespolitik, sich der strukturellen Investitionsunterfinanzierung dieser Schulen annehmen zu müssen.

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 § 137 f 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 § 137 f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderun-

gen-Richtlinie/DMP-ARL) wurden Anpassungen der Rahmenvereinbarungen erforderlich. Es erfolgten u. a. Anpassungen der DMP-Rahmenvereinbarung „Asthma bronchiale/COPD“ in den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Ausgleichsfonds

Da die Finanzierung der Ausbildungskosten für alle Auszubildenden, die ab dem 01.01.2020 eine generalistische Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz beginnen, über den bei der Bezirksregierung Münster als zuständige Stelle neu eingerichteten Ausgleichsfonds erfolgen wird, ist der bei der KGNW eingerichtete Ausgleichsfonds nach § 17a KHG für die Auszubildenden, die vor dem 01.01.2020 ihre Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege begonnen haben, bis diese ihre Ausbildung beendet haben, weiterhin zuständig. Zur Berechnung des Fonds für die Jahre 2020 bis 2022 sollen die abschmelzenden Anteile der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege berücksichtigt werden.

Zur Finanzierung der Ausbildungskosten der „sonstigen Berufe“ nach § 2 Nr. 1 a KHG bleibt der bei der KGNW eingerichtete Ausgleichsfonds auch zukünftig zur Finanzierung der Ausbildungskosten bestehen, sodass die Berechnung wie bisher erfolgt.

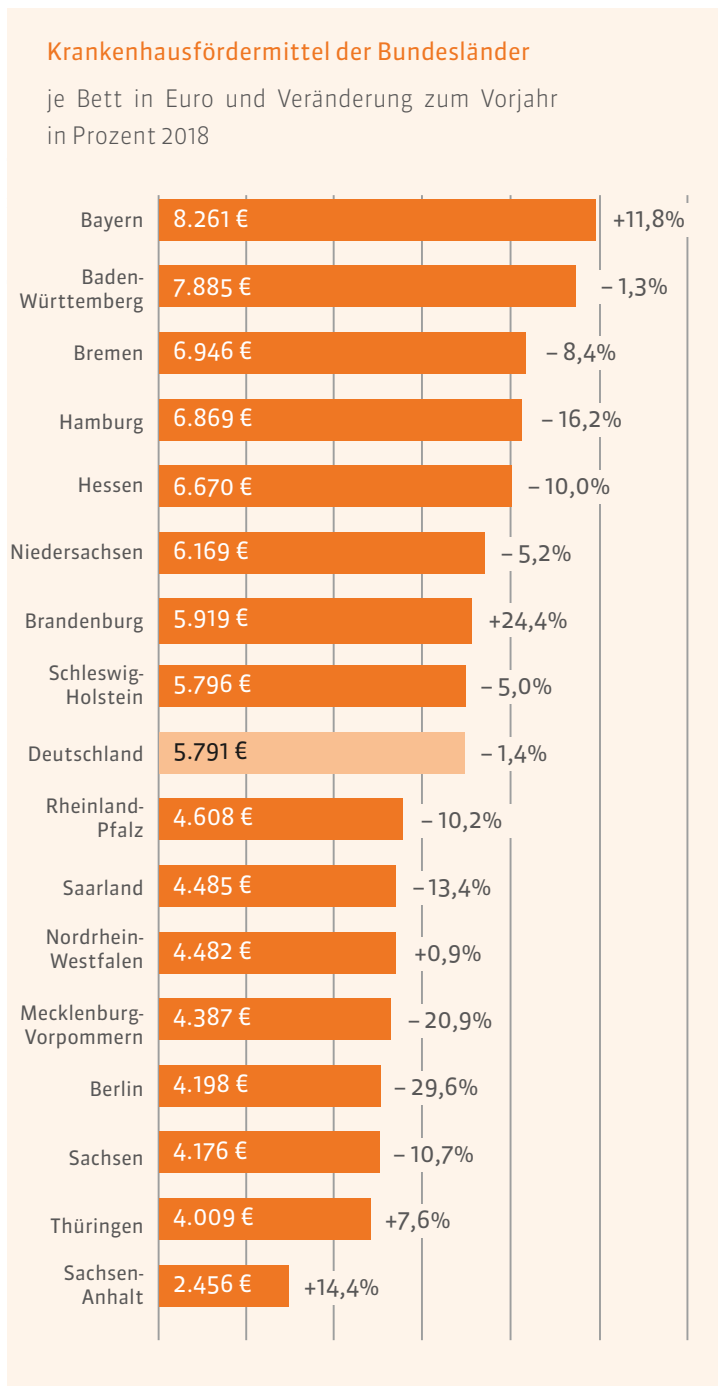
Gemäß der Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sowie über die Festlegung des Ausbildungszuschlags für Ausbildungsstätten der in § 2 Nr. 1 a KHG genannten Berufe (Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 KHG) vom 20.12.2007 und den hierin zwischen den Verbänden der Kostenträger sowie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

zur Umsetzung des Ausgleichsfonds 2020 abgeschlossen.

Für das gesamte Zahlenmaterial ist eine Übersicht erstellt und an die Verbände der Kostenträger übersandt worden, um eine Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2020 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 zu schließen. Weiterhin wird die Liste der einzubeziehenden Krankenhäuser für die Umsetzung des Ausgleichsfonds im Jahr 2020 mit dem MAGS abgestimmt.

Das Ausgleichsverfahren für das Ausgleichsjahr 2018 wird im Jahr 2020 vorgenommen. Die Forderungen der Krankenhäuser gegenüber dem Fonds werden in zwölf Monatsbeträgen ausgezahlt, die Verbindlichkeiten der Krankenhäuser gegenüber dem Fonds werden entsprechend in zwölf Monatsbeträgen eingefordert.

Sobald die Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2020 geschlossen und der zuständigen Landesbehörde gemäß § 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 und zusätzlich bei auszubildenden Krankenhäusern über die jeweilige Höhe der monatlichen Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds.



Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung nach Länderumfrage
des Krankenhausausschusses der AOLG

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Mitarbeit am DKG-Positionspapier zu Qualität und Patientensicherheit

Die Qualitätssicherung in Deutschland wurde durch das Krankenhausstrukturgesetz aus dem Jahr 2015 und die vielen im Nachgang etablierten neuen Instrumente, wie die qualitätsorientierte Krankenhausplanung, die MDK-Qualitätskontrollen und die Durchsetzung von Qualitätsanforderungen, in ihren Grundzügen stark verändert. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der DKG im Jahr 2018 eine Arbeitsgruppe beauftragt, ein neues Positionspapier zu Qualität und Patientensicherheit zu erarbeiten.

Die KGNW-Geschäftsstelle hat in der Arbeitsgruppe und bei den abschließenden Beratungen in den Gremien der DKG intensiv an der Erstellung des DKG-Positionspapiers mitgewirkt.

Das am 26.09.2019 veröffentlichte Positionspapier der DKG stellt eine umfassende, fachlich orientierte Positionierung der DKG zu Qualität und Patientensicherheit dar. Es richtet sich sowohl an die Fachöffentlichkeit als auch an die Politik und Öffentlichkeit.

Sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL)

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

senen Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäuser.

Damit wurde der Einsatz einer ganzen Reihe von QM-Instrumenten, vom Messen und Bewerten von Qualitätszielen über Patienten- und Mitarbeiterbefragungen bis zur Arzneimitteltherapiesicherheit, auch für alle anderen Leistungserbringer verpflichtend.

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat am 31.10.2017 dem G-BA einen Abschlussbericht vorgelegt und darin die Nutzung eines Fragebogens vorgeschlagen, mit dem der Umsetzungsstand des Qualitätsmanagements in den Einrichtungen erfasst werden soll. Dieser Abschlussbericht hat die Mitglieder der G-BA-AG weder inhaltlich noch methodisch überzeugt. Für den niedergelassenen Bereich sprachen sich die KBV und die KZBV für eine leicht modifizierte Weiterführung der dort bereits im Zweijahresrhythmus durchgeführten Stichprobenbefragung (zwei bzw. 2,5 Prozent) aus.

Im G-BA ist die Diskussion über die Ausgestaltung des Fragebogens ins Stocken geraten. Ein G-BA-Beschluss dazu ist derzeit nicht in Sicht.

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V

Betreuung bei Fragen zur Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, bis zum 15.11.2019 einen Strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V für das Berichtsjahr 2018 nach den Vorgaben des G-BA zu erstellen und diesen als XML-Dokument bei der Datenannahmestelle der Krankenkassen abzugeben.

Die KGNW hat mit Rundschreiben auf die Fristen für die Anmeldung und die Abgabe der Qualitätsberichte hingewiesen und berät die Krankenhäuser in NRW zu inhaltlichen und fachlichen Fragen im Rahmen der Erstellung der Qualitätsberichte und bei der späteren Integration der Daten aus der Qualitätssicherung.

Weiterentwicklung des Qualitätsberichts

Die DKG hat Ende 2018 eine Arbeitsgruppe gegründet, die Vorschläge zur lang- und mittelfristigen Weiterentwicklung des strukturierten Qualitätsberichts vorlegen soll. Die KGNW-Geschäftsstelle und Qualitätsmanager aus einigen Krankenhäusern in NRW haben daran intensiv mitgearbeitet.

Der DKG ist es gelungen, Vorschläge aus dieser Arbeitsgruppe in die Ausschreibungstexte für das Vergabeverfahren zu den IT-Dienstleistungen für den G-BA einzubringen. So soll die Datenannahmestelle für die Qualitätsberichte nicht mehr bei den Krankenkassen, sondern

beim G-BA verortet sein. Die Plausibilisierung der Inhalte, die Annahme und die Veröffentlichung der strukturierten Qualitätsberichte in einer Referenzdatenbank sollen zukünftig über ein Web-Portal in der Regie des G-BA erfolgen.

Die Arbeitsgruppe Weiterentwicklung des Qualitätsberichts wird ihre Arbeit fortsetzen, um konkrete inhaltliche Änderungen zum Qualitätsbericht in die Beratungen des G-BA einbringen zu können.

Am 15.11.2019 wurde die Auftragsbekanntmachung einschließlich der Vergabeunterlagen zur Neubeauftragung der IT-Dienstleistungstätigkeit für die informationstechnologischen Verfahren im Rahmen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) im EU-Amtsblatt veröffentlicht. Der Auftrag soll noch im 1. Quartal 2020 durch den G-BA vergeben werden.

Mindestmengenregelungen (Mm-R)

Der 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. Auf Basis der Neuregelung der Mm-R wurden 2018 die Beratungen im G-BA zu konkreten Leistungsbe-
reichen für Mindestmengen intensiviert. Der

G-BA hat beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Literaturrecherchen zum Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Qualität des Behandlungsergebnisses in folgenden Leistungsbereichen beauftragt:

- Allogene und autologe Stammzelltransplantation (Abgabeziel 31.05.2019, veröffentlicht im September 2019)
- Lebertransplantationen (Abgabedurch IQWiG im September 2019)
- Chirurgische bzw. weitere Behandlung des Lungenkarzinoms (Abgabe durch IQWiG im Oktober 2019)
- Nierentransplantationen (Abgabeziel 31.12.2019)
- Chirurgische bzw. weitere Behandlung des Mammakarzinoms (Abgabeziel 31.01.2020)
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Abgabeziel 31.08.2020)

Nach dem Vorliegen der Ergebnisse der Literaturrecherchen wird der G-BA über Neufestlegung oder Erhöhung von Mindestmengen beraten. Die KGNW bringt sich im Rahmen ihrer Mitarbeit in der DKG-Arbeitsgruppe Mindestmengen in die Beratungen ein und informiert ihre Mitglieder regelmäßig per Rundschreiben über die neuen Entwicklungen im Regelungs-bereich Mindestmengen.

Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

Im Jahr 2016 hat der G-BA elf Indikatoren aus dem Bereich Gynäkologie, Mammachirurgie und Geburten als planungsrelevante Qualitätsindikatoren beschlossen.

Die erstmalige Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2017 hat zu erheblicher Fehlinformation und Verunsicherung der Öffentlichkeit geführt. Auf Basis angeblich „unzureichender Qualität“ in einem einzigen Indikator wurde unzulässig auf die mangelnde Qualität der Leistungen der ganzen Fachabteilung oder sogar des ganzen Krankenhauses geschlossen.

Die DKG konnte in den Beratungen des G-BA erreichen, dass für die Veröffentlichung der Ergebnisse zu den planungsrelevanten QI für das Berichtsjahr 2018 bessere Spaltenüberschriften für die Excel-Dateien und eine umfangreiche Erläuterung zu den Ergebnissen beigefügt wurden.

Insgesamt gab es für Krankenhausstandorte 34 Mal bundesweit, davon sieben Mal in NRW, die Bewertung „unzureichende Qualität“ im Verfahren „Geburtshilfe“, im Verfahren „Mammachirurgie“ fünf Mal (bundesweit 26 Mal) und im Verfahren „Gynäkologische Operationen“ bundesweit fünf Mal, (keinmal in NRW).

Die meisten Auffälligkeiten ergaben sich bei den Indikatoren „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“, der „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ und der „Intraoperativen Präparatradiografie oder intraoperativen Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“.

Die KGNW hat rechtzeitig über die Veröffentlichung der Ergebnisse durch den G-BA informiert und den Krankenhäusern geraten, sich auf Nachfragen aus der lokalen Presse vorzubereiten.

Vorgehen des Gesundheitsministeriums (MAGS) und der Bezirksregierungen

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 gemacht. Bisher hat dieser dazu noch keine Beschlüsse gefasst. Es ist jedoch bekannt, dass das Ministerium über die Bezirksregierungen den Auffälligkeiten aufsichtsrechtlich nachgeht, um sicherzustellen, dass in den Krankenhäusern Mängel zeitnah abgestellt werden. Herr Minister Laumann hat über die Bewertung der Bezirksregierung im Landtag berichtet. Keine der in NRW zu bewertenden Auffälligkeiten bei diesen Qualitätsindikatoren wurde als planungsrelevant eingestuft.

Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Auf Drängen des BMG hat der G-BA am 18.04.2019 das IQTIG mit einer kurzfristigen

Weiterentwicklung des Verfahrens zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beauftragt. Auftragsgegenstand ist u.a. die Auswahl zusätzlicher planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien), Geburtshilfe und Mammachirurgie, die bereits nach QSKH-RL erhoben werden.

Der Abschlussbericht des IQTIG, veröffentlicht nach Beschluss des G-BA am 19.12.2019, schlug vor, zu den elf bereits bestehenden acht weitere Indikatoren zur Nutzung als planungsrelevante Qualitätsindikatoren einzuführen.

Die DKG hat im Anhörungsverfahren zu diesem Vorbericht eine sehr kritische Stellungnahme abgegeben, an deren Formulierung die KGNW intensiv mitgearbeitet hat. Die DKG hat im G-BA gegen die Einführung der acht neuen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren plädiert. Entgegen den Vorschlägen aus dem Abschlussbericht hat der G-BA am 19.12.2019 beschlossen, die Liste der plan. QI für das Jahr 2020 nicht zu erweitern. Der G-BA wird sich kurzfristig mit der Neukonzeption einer Beauftragung zur Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren befassen.

Regelungen zu MDK-Qualitätskontrollen

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) dazu ermächtigt, die Einhaltung von Qualitätsanforderungen des G-BA zu überprüfen. Dies hat der G-BA im Grundsatz

im Allgemeinen Teil der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie (MDK-QK-RL) geregelt.

Bei den besonderen Regelungen von Teil B der MDK-QK-RL ist der erste Abschnitt zur „Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung“, der Kontrollen bezüglich der Richtlinien über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH), der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) sowie der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) regelt, nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger seit dem 27.09.2019 in Kraft.

Der zweite Abschnitt von Teil B zur „Kontrolle der Einhaltung von Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die von Krankenhäusern gemäß den G-BA-Richtlinien zur Qualitätssicherung zu erfüllen sind“ wurde am 18.10.2019 durch dem G-BA beschlossen und tritt nach Veröffentlichung im Staatsanzeiger in Kraft. Gegenstand dieses Kontrollverfahrens ist die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der G-BA-Richtlinien zum Bauchaortenaneurysma, zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen, zu Kinderherzchirurgie und Kinderonkologie sowie für Früh- und Reifgeborene.

Mängel, die bei den MDK-Prüfungen festgestellt werden und Sanktionen bzw. Maßnahmen nach sich ziehen sollen, sind vom G-BA – zunächst im Grundsatz – in der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) festgeschrieben. Die konkreten Sanktions-

maßnahmen müssen noch in den spezifischen QS-Richtlinien festgelegt werden.

Die KGNW hat regelmäßig und zeitnah über die Entwicklung der Regelungen zu den MDK-Qualitätskontrollen informiert und die Krankenhäuser auf mögliche Kontrollen des MDK hingewiesen.

Richtlinie zu Qualitätsverträgen (QV-RL)

Bereits im Mai 2017 hatte 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. Im Juli 2018 wurde die Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge gemäß § 110a Abs. 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und die DKG unterzeichnet.

Der Vorstand der KGNW hatte im September 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.

Nachdem der G-BA am 20.12.2018 die notwendigen Unterlagen zur Prüfung und Registrierung von Qualitätsverträgen durch das IQTIG zur Veröffentlichung freigegeben hatte, waren alle Voraussetzungen erfüllt, um für die oben genannten Leistungsbereiche Qualitätsverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen abzuschließen. Die Geschäftsstelle hat Krankenhäuser zur grundsätzlichen Sinnhaftigkeit von entsprechenden Qualitätsverträgen mit Krankenkassen beraten.

Die registrierten Qualitätsverträge sollen auf der IQTIG-Homepage veröffentlicht werden. Derzeit sind diese nur im geschützten Bereich einsehbar. Bislang wurden nur wenige Qualitätsverträge im Leistungsbereich „Respiratorentwöhnung“ von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“ zwischen der Siemens-BKK und Krankenhausträgern in Nordrhein-Westfalen und in Baden-Württemberg abgeschlossen.

Externe stationäre Qualitätssicherung (QSKH-RL)

Die externe stationäre Qualitätssicherung erfasst Qualitätsdaten für insgesamt 21 Leistungsbereiche, angefangen von der ambulant erworbenen und im Krankenhaus behandelten Pneumonie bis zur Geburtshilfe und Versorgung Frühgeborener. Bundesweit wurden im Erfassungsjahr 2018 rund 2,5 Mio. Datensätze von 1.496 Krankenhäusern an 1.811 Standorten als dokumentationspflichtig erfasst und ausgewertet (NRW-Zahlen folgen in einem eigenen Abschnitt). Die Vollständigkeit der gelieferten Daten ist mit etwa 100 Prozent wie

auch in den letzten Jahren unverändert hoch. Das Erreichen der Qualitätsziele wird anhand von insgesamt 205 Indikatoren gemessen und ergab für das Jahr 2018 eine generell 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. Sektorenübergreifenden Qualitätskonferenz NRW wurden am 10.09.2019 erstmals über Entwicklungen und Herausforderungen in der gesetzlichen Qualitätssicherung sowie in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung thematisiert und diskutiert.

Mit dem Verfahrensjahr 2018 wurden zahlreiche Änderungen an der externen stationären Qualitätssicherung wirksam. Neben der quartalsweisen Datenübermittlung, der auf den 15.02.2019 vorgezogenen Abgabe der QSKH-Soll- und Risikostatistik, wurde auch eine Dokumentationsrate von 100 Prozent in allen QSKH-Verfahren eingeführt. Zahlreiche Krankenhäuser in NRW haben von ihrer Möglichkeit zur Meldung einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate Gebrauch gemacht und bei der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (QS-NRW) eine Begründung abgegeben. In rund 30 Prozent der gemeldeten Begründungen einer unverschuldeten Unterschreitung hat die QS-NRW-Geschäftsstelle diese bestätigt und den betroffenen Krankenhausstandorten eine positive Einschätzung zu den vorgetragenen Gründen zukommen lassen. Im Lenkungsausschuss QS-NRW haben die Krankenkassen

zugesichert, die Einschätzungen von QS-NRW bei den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen.

Datenerfassung (Verfahrensjahr 2018)

An dem externen stationären Qualitätssicherungsverfahren gemäß § 136 SGB V haben sich für das Verfahrensjahr 2018 insgesamt 344 Krankenhäuser mit 482 Standorten in Nordrhein-Westfalen beteiligt. Von diesen wurden in den 16 auf Landesebene betreuten indirekten Leistungsbereichen 539.287 Datensätze (2017: 544.391) für die Berechnung von 124 Qualitätsindikatoren nach einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert. Auf dieser Datenbasis wurden von der Geschäftsstelle QS-NRW auch 2019 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 hinzu.

Strukturierter Dialog (Verfahrensjahr 2018)

In 2.798 Fällen (2017: 3.055) wurde in NRW aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten der Strukturierte Dialog eingeleitet. Im Zuge dessen wurden 957 Hinweise (2017: 1.074) versandt und 1.841 Stellungnahmen (2017: 1.981) angefordert. Dabei zeigte sich erneut, dass die Kliniken die Qualität der Leistungserbringung bis auf wenige Ausnahmen kontinuierlich weiter verbessert haben. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs werden Krankenhäuser auf Auffälligkeiten hingewiesen, zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, in 36 Fällen wurden (62 im Verfahrensjahr 2017) ergän-

zend Klinikgespräche geführt und bei Verbesserungsbedarf ca. 379 Zielvereinbarungen (440 im Verfahrensjahr 2017) geschlossen.

Abschlussbericht über den Strukturierten Dialog zum Verfahrensjahr 2017

Von der Geschäftsstelle QS-NRW wurde ein Bericht über die Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen für das Verfahrensjahr 2017 in der vorgegebenen bundeseinheitlichen Form erstellt und an den G-BA gesandt. Der Bericht enthält u.a. auch Detailanalysen zu acht Qualitätsindikatoren mit besonderem Analysebedarf aus Sicht der Bundesebene sowie drei weitere Schwerpunktindikatoren. 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.

1. Sektorenübergreifende Qualitätskonferenz NRW am 10.09.2019 in Düsseldorf

Der Lenkungsausschuss QS-NRW und das Lenkungsgremium DeQS NRW haben sich darauf verständigt, die Qualitätskonferenz in gemeinsamer Abstimmung durchzuführen. Somit fand am 10.09.2019 erstmals eine gemeinsame Qualitätskonferenz der externen stationären Qualitätssicherung und der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in NRW statt. Im Mittelpunkt der Veranstaltung im Haus der Ärzteschaft mit über 300 Teilnehmern aus ganz NRW zum Thema „Qualitätssicherung in NRW: ambulant und stationär – ein gemeinsamer Weg!“ standen die Ergebnisse

der stationären und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser und Arztpraxen, aber auch die neue Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.

In einer moderierten Diskussion mit den Vorsitzenden der NRW-Lenkungsgremien sowie den Repräsentanten der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenhausgesellschaft, der gesetzlichen Krankenkassen, der Vertretung der Patienten und Patientinnen, der Ärzteschaft und des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

wurde die zukünftige Gestaltung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen beleuchtet. Weitere Diskussionsschwerpunkte waren die Rolle des G-BA und des IQTIG auf Bundesebene sowie die Folgen der Entscheidungen für die Landesebene.

In den sieben Workshops am Nachmittag wurden unter Praktikern aus Krankenhäusern, Arztpraxen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in der Tradition der früheren Qualitätssicherungskonferenzen in NRW die Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren vorgestellt und diskutiert.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

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

Am 22.11.2018 hat der G-BA die Überführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü) in die neue Rahmenrichtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS) beschlossen. Der G-BA verfolgt mit der neuen DeQS-Richtlinie das Ziel, einheitliche Rahmenbedingungen und Strukturen für die sektorenspezifische und die sektorenübergreifende datengestützte Qualitätssicherung zu schaffen. Die bestehenden QS-Richtlinien (Qesü-RL, QSKH-RL, Plan QI-RL, QSD-RL) sollen sukzessive in die DeQS-RL überführt werden. Die bisherigen Qesü-Verfahren PCI und QS WI werden mit dem G-BA-Beschluss vom 22.11.2018 als themenspe-

zifische Bestimmungen in die DeQS-Richtlinie überführt. Zudem wurde der Start des neuen QS-Verfahrens Cholezystektomie (QS CHE) ab dem 01.01.2019 beschlossen. Die bisher gültige Qesü-Richtlinie wurde in der Konsequenz zum 01.01.2019 außer Kraft gesetzt.

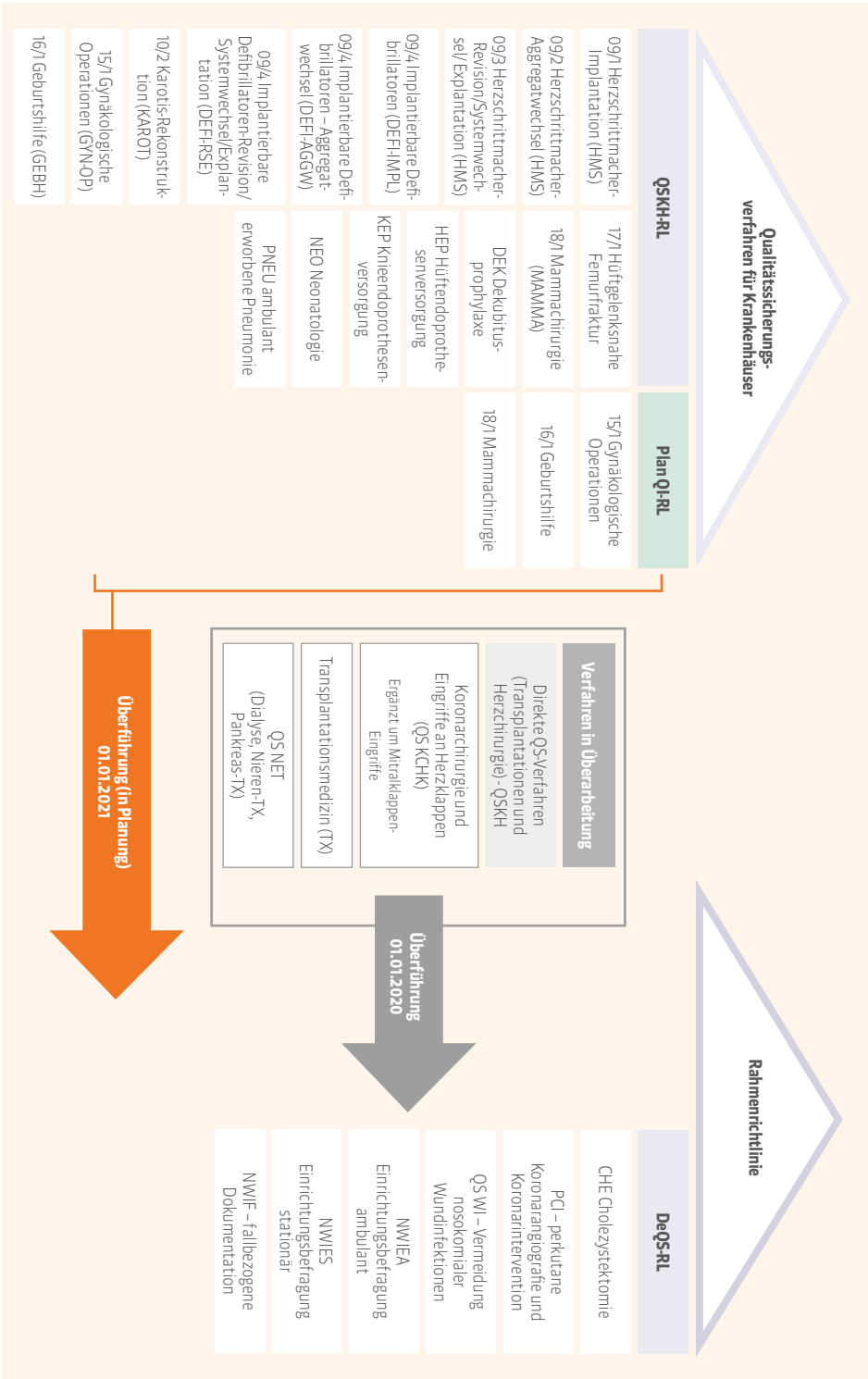
Darüber hinaus hat der G-BA am 18.07.2019 die Überführung der direkten Leistungsbereiche der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie beschlossen. Zum 01.01.2020 werden damit die Verfahren der Transplantationsmedizin sowie das modifizierte QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen, ergänzt um Eingriffe an den Mitralklappen, und das neu gefasste QS-Verfahren Nierenersatztherapie (QS NET) unter dem Regelungsbereich der DeQS-Richtlinie durchgeführt. Die Vorbereitungen für die Überführung der übrigen QS-Verfahren der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie (indirekte Verfahren) werden im

G-BA vorangetrieben und nach aktuellem Plan zum 01.01.2021 realisiert (siehe Abbildung 1).

Der G-BA hat am 22.11.2019 erstmals Regelungen zu Patientenbefragungen in der DeQS-RL beschlossen. Die erste Patientenbefragung in der DeQS-RL wird ab dem Erfassungsjahr 2021 im QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie (QS PCI) durchgeführt. Der G-BA hat in der DeQS-RL Vorgaben für die Auswahl der zu befragenden Patienten, Fristen für die Übermittlung der zum Zweck der Patientenbefragung erhobenen Daten und organisatorische Regelungen zur Durchführung der Patientenbefragung beschlossen. Krankenhäuser und Vertragsärzte werden verpflichtet, die zum Zweck der Patientenbefragung erhobenen Daten aller im Vormo-

nat entlassenen Patienten mit Indexeingriff spätestens bis zum siebten Tag des Monats an die zuständige Datenannahmestelle zu übermitteln, die die Daten bis zum 15. Tag des Monats an die für die Durchführung der Befragung zuständige unabhängige Versendestelle weiterleitet. Die Versendestelle zieht monatlich eine Zufallsstichprobe auf Basis der durchgeführten Indexeingriffe. Bei Leistungserbringern mit bis zu 200 Patienten jährlich, geschätzt anhand der Qualitätssicherungsdaten des Vorjahres, ist eine Vollerhebung durchzuführen. Die KGNW als Datenannahmestelle für die Krankenhäuser wird im nächsten Jahr den Prozess der Datenübermittlung von den Krankenhäusern an die Versendestelle organisieren und darüber informieren.

Übersicht über die Überführung der QS-Verfahren in die DeQS-Richtlinie



Quelle: eigene Darstellung, KGNW 2019

KGWV betreibt Datenannahmestelle Krankenhaus für die DeQS-Verfahren

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. Die Datenannahme der DeQS-Verfahren (ehemals Qesü-Verfahren) wird daher seit dem 01.01.2017 für die Krankenhäuser durch die KGNW organisiert und abgewickelt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der QS in NRW sowie der Überführung der QSKH-Verfahren in die DeQS-Richtlinie hat sich der Vorstand der KGNW dafür ausgesprochen, Vorkehrungen für die Übernahme weiterer Verfahren zu treffen und die KGNW als Datenannahmestelle Krankenhaus für alle datengestützten QS-Verfahren in NRW zu positionieren.

Seit Anfang August 2017 steht den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern ein Portal

für die sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren zur Verfügung, in dem Informationen zu den Verfahren eingesehen werden und die Zwischen- und Rückmeldeberichte für die Verfahrensjahre heruntergeladen werden können. Anfang 2019 wurde es im Zuge der Überführung der Qesü-Verfahren in die DeQS-Richtlinie in DeQS-NRW-Portal umbenannt (vorher: Qesü-Online-Portal). Das Portal wurde dem Mitgliederservice der KGNW angegliedert und steht registrierten QS-verantwortlichen Mitarbeitern sowie weiteren QS-Mitarbeitern und zuständigen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung. Das Portal wird im Rahmen der Übernahme weiterer QS-Verfahren ausgebaut und um zusätzliche Services ergänzt. Zudem führen Krankenhäuser in NRW das Stellungnahmeverfahren in den DeQS-Verfahren über die Oberfläche des DeQS-NRW-Portals durch. Für das Jahr 2020 werden weitere Ergänzungen und Informationen zum Monitoring der Vollständigkeit der QS-Dokumentation vorbereitet.



Oberfläche des DeQS-NRW-Portals

Landesarbeitsgemeinschaft DeQS NRW (LAG DeQS NRW)

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.

Die LAG DeQS NRW hat die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Geschäftsstelle DeQS 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 Stimmverfahren gemäß § 17 Qesü-RL wird von der Geschäftsstelle Qesü NRW in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringerorganisationen durchgeführt.

Die themenbezogenen Fachkommissionen sind für die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie für die Empfehlung geeigneter QS-Maßnahmen gemäß § 5 Abs. 5 DeQS-RL verantwortlich. Sie übernehmen die fachliche Bewertung von Auffälligkeiten und geben eine Empfehlung an die LAG zum weiteren Vorgehen ab. Die abschließende Entscheidung und Verantwortung obliegen dem Lenkungsgremium der LAG DeQS NRW. In NRW wurden die themenbezogenen Fachkommissionen PCI

und QS WI sowie CHE zur Aufnahme der ihnen übertragenen Aufgaben gegründet.

Datenerfassung 2018

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

Im Erfassungsjahr 2018 haben 273 Krankenhausstandorte aus Nordrhein-Westfalen 173.260 PCI-Datensätze (2017: 172.673) übermittelt und damit eine Vollständigkeit von 100,09 % (Vorjahr: 98 %) erzielen können.

Das QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Wundinfektionen unterteilt sich in die fallbezogene QS-Dokumentation zu stationär behandelten Infektionen (Modul NWIF), die über eine Verknüpfung mit Sozialdaten der Krankenkassen eine Analyse der Operationen ermöglichen soll, die häufig postoperative Wundinfektionen nach sich ziehen. Zudem dokumentieren operativ tätige Einrichtungen eine Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement (Module NWIEA und NWIES). Im Jahr 2018 haben 357 Krankenhausstandorte 82.980 NWIF-Dokumentationsbögen (2017: 85.746 Datensätze) abgegeben. Obwohl das Verfahren seit dem 01.01.2017 dokumentiert wird und hierzu (bislang noch) keine Auswertungen durch das IQTIG erstellt

werden, erreichen die Krankenhäuser in NRW eine Vollzähligkeit der Dokumentationsbögen von 97,4 %. Die Einrichtungsbefragung ambulant (NWIEA) wurde von 148 Krankenhäusern dokumentiert (2017: 153), die Einrichtungsbefragung stationär (NWIES) von 194 Krankenhäusern (2017: 208).

Stellungnahmeverfahren in den DeQS-Verfahren

Das Stellungnahmeverfahren zu den DeQS-Verfahren in NRW findet unter organisatorischer Einbeziehung der Leistungserbringerorganisationen statt, indem die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärzte und die KGNW die Krankenhäuser kontaktieren. Die fachliche Bewertung obliegt den Fachkommissionen, deren Betreuung durch die Geschäftsstelle DeQS NRW erfolgt. Krankenhäuser werden über das DeQS-NRW-Portal über ihre Verpflichtungen im Stellungnahmeverfahren zu den DeQS-Verfahren informiert und können ihre Aufgaben dort direkt abarbeiten.

Für das QS-Verfahren PCI 2017 wurde zu den 318 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren der Leistungserbringer (Vertragsärzte und Krankenhäuser) ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Krankenhäuser sind ihren Pflichten im Stellungnahmeverfahren PCI 2017 vollständig nachgekommen und haben sich zu den rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren geäußert.

Für die Einrichtungsbefragung stationär (Krankenhäuser und Belegärzte) hat die Fachkommission mit acht Leistungserbringern ein

Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Für die Einrichtungsbefragung ambulant (ambulant operierende Krankenhäuser und Vertragsärzte) waren 27 Leistungserbringer und Einrichtungen aufgefordert, Stellung zu nehmen.

Das Lenkungsgremium der LAG DeQS NRW hat den Qualitätssicherungsergebnisbericht sowie ergänzende Informationen zum Stellungnahmeverfahren für die Einrichtungsbefragung im Verfahren QS WI an das IQTIG sowie den G-BA geschickt.

Für das Verfahrensjahr 2018 hat die Geschäftsstelle DeQS NRW – zeitgleich mit der Bereitstellung der Auswertungen für die Leistungserbringer – in Zusammenarbeit mit den Fachkommissionen PCI und QS WI mit der Bewertung der Auswertungen begonnen. Die Fachkommission PCI hat das Einleiten eines Stellungnahmeverfahrens für 120 rechnerisch auffällige Qualitätsindikatoren aus dem Krankenhausbereich im Verfahren QS PCI empfohlen. Für die Einrichtungsbefragung im Verfahren QS WI wurde ein Krankenhaus in NRW aufgefordert, am Stellungnahmeverfahren 2018 teilzunehmen.

Die Fachkommissionen, die Geschäftsstelle DeQS sowie die Leistungserbringerorganisationen treffen aktuell die technischen Vorkehrungen, um weitere Maßnahmen im Stellungnahmeverfahren (Maßnahmen der Stufe 1 und Maßnahmen der Stufe 2 gemäß § 17 Abs. 3 und 4 DeQS-RL) über die Portallösungen abzubilden.

QR-Check: Qualitätssicherung mit Routinedaten

Im Berichtszeitraum 2019 hat die KGNW das Projekt „QR-Check“ in Zusammenarbeit mit den Zweckverbänden weiter vorangetrieben. Das QR-Check-Indikatorenset besteht aus ausgewählten Indikatoren auf der Basis der §-21-Daten, die routinemäßig für administrative Zwecke erhoben werden. Die 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 2020“ folgen und in enger Abstimmung gemeinsam beschlossen.

Deutsches Krankenhaus Verzeichnis: Aktualisierung der Daten zu Struktur und Leistungsspektrum und Vorbereitung des Relaunchs 2020

Das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis (DKV) (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) bietet als Online-Plattform die Möglichkeit der Informations- und Recherchemöglichkeiten zu den Krankenhäusern in Deutschland. Das DKV wird von der Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) bereitgestellt. Kerninfor-

mationen werden jeweils dem strukturierten Qualitätsbericht entnommen. Die KGNW hat auch in 2019 die Mitglieder dabei unterstützt, aktuelle Leistungsdaten und Änderungen in der personellen und organisatorischen Struktur ihres Hauses in das DKV einzupflegen. Das DKV wird derzeit umfassend überarbeitet und bis zum Frühjahr 2020 mit neuen Funktionalitäten ausgestattet. Die KGNW hat sich aktiv an dem dafür seitens DKTIG einberufenen Steuerungskreis „Relaunch DKV“ beteiligt, der einen Zeitplan und die wesentlichen Anforderungen an eine intuitivere Benutzeroberfläche für das Lastenheft entwickeln konnte. Zudem war die KGNW letztlich Teil des Auswahlgremiums für die zu beauftragende Agentur.

Landeskrebsregister NRW

Der Nationale Krebsplan (2008) und das daraus resultierende Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz des Bundes haben den Startschuss (2013) für die bundesweite Umsetzung von klinischen Krebsregistern nach § 65c SGB V gegeben. Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz ist die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage, auf deren Basis die Landesregierung NRW am 27.01.2016 das Landeskrebsregistergesetz (LKR) umgesetzt hat. Das frühere 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, hat die KGNW vier gemeinsame Workshops mit dem LKR organisiert, in denen das LKR mit den Softwareanbietern und engagierten Mitarbeitern aus einigen Krankenhäusern eine schnelle und unkomplizierte Lösung für die vollzählige Meldung erarbeitet hat. Seit Mitte 2019 liegt die neue Spezifikation den Softwareanbietern zur Umsetzung vor. Informationen zur Meldeverpflichtung, Empfehlungen für die Umsetzung im Krankenhaus sowie Einladungen zu Melderschulungen und regionalen Qualitätskonferenzen wurden mittels KGNW-Rundschreiben kommuniziert.

13. Krankenhaus-Qualitätstag NRW am 26.06.2019 in Duisburg

Rund 130 Teilnehmer aus NRW haben am 26.06.2019 im Haus der Unternehmer in Duisburg den 13. Krankenhaus-Qualitätstag besucht. Der Krankenhaus-Qualitätstag fand in Kooperation mit der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG) statt.



Experten auf dem 13. Krankenhaus-Qualitätstag NRW am 26.06.2019 in Duisburg (v. l. n. r.): Burkhard Fischer, Referatsleiter Krankenhausgesellschaft NRW, Dr. Guido Lerzynski, (inzwischen) Geschäftsführer bei Stiftung der Cellitinnen e. V., Köln, Prof. Dr. Elisabeth Pott, unparteiisches Mitglied des G-BA, und Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg

Die Teilnehmer der Tagung gingen der Frage nach, ob durch die zusätzlichen Aufgaben im Rahmen der Neuregelungen im Bereich der Qualitätssicherung z. B. Personaluntergrenzen, der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und der Mindestmengen neue Strukturen für das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern und eventuell auch neue Methoden notwendig sind. Bei den neuen Methoden wurden explizit Instrumente des Lean-Managements und des agilen Qualitätsmanagements vorgestellt. Organisatorisch werden eine größere Nähe zur Geschäftsführung und ein höherer Bedarf an Kooperation mit dem Medizincontrolling und anderen Abteilungen notwendig werden. Das NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) stellte vor, wie die Einbindung von Qualitätsaspekten in die Krankenhausplanung aussehen könnte.

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 2.017 Berichte (Stand: 27.11.2019) 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 wieder besonders lehrreiche Fälle aus und kommentierte diese Fälle in einer unterhaltenden und dennoch instruktiven Form als „Bericht des Quartals“. Die vier Berichte des Quartals wurden in den Verbandspublikationen der CIRS-NRW-Partner vorgestellt.

Am 27.11.2019 fand der 5. CIRS-Gipfel im Ärztehaus Düsseldorf statt. Die KGNW beteiligte sich daran mit der Gestaltung eines Workshops zur Messung des Implementierungserfolges von einrichtungsinternen Fehlermeldesystemen unter dem Titel „Mach´s erfolgreich – Implementierungserfolg von CIRS im Krankenhaus messen“.

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

Nimmt ein Krankenhaus freiwillig, aber nachweislich, an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem teil, kann es hierfür

Vergütungszuschläge gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Höhe von 0,20 Euro je abgerechneten 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 Fehler-

meldesystem. 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 2019 wurden 261 Bescheinigungen ausgestellt.

IT und Medizintechnik im Krankenhaus – Telematik und Telemedizin

KGNW-Fachtagung „Praxisdialog Krankenhaus-IT und -Medizintechnik 2019“

„Versorgung vernetzen“ war das zentrale Thema auf der KGNW-Fachtagung „Praxisdialog Krankenhaus-IT und -Medizintechnik 2019“ am 09.01.2019 im Haus der Unternehmer in

Duisburg, an der rund 90 Teilnehmer aus Krankenhäusern, Industrie und Selbstverwaltung teilnahmen. Dr. Dirk Albrecht, Sprecher der Geschäftsführung der Contilia GmbH und Mitglied im Vorstand der KGNW, wies in seiner Begrüßung auf die wachsende Notwendigkeit digitaler Unterstützung im medizinischen Versorgungsprozess hin. Im Rahmen der Ver-



Dirk Albrecht, Sprecher der Geschäftsführung der Contilia GmbH und Mitglied im Vorstand der KGNW, auf der KGNW-Fachtagung „Praxisdialog Krankenhaus-IT und -Medizintechnik 2019“

anstaltung verwies Burkhard Fischer auch auf die Initiative „Das digitale Krankenhaus“, die ein gemeinsames Verständnis für die Krankenhausedigitalisierung schaffen sowie die Krankenhäuser bei ihrem Digitalisierungsprozess unterstützen soll. Die Schlussdiskussion zu elektronischen Akten im Gesundheitswesen, an der neben Vertretern der Industrie auch ein Datenschützer im Krankenhausbereich teilnahm, zeigte auf, welche Hindernisse noch zu überwinden sind, skizzierte aber auch Lösungen, wie im Dialog die mit dem Einsatz von E-Akten verbundenen Ziele erreicht werden können.

KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“ in Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer-Institut für Software und Systemtechnik (ISST)

Die KGNW hat in Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer ISST, Abteilung Digitization in HealthCare, die KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“ gestartet. Die Initiative begleitet die Krankenhäuser in NRW zu Fragestellungen der Digitalisierung, die wie folgt gegenüber der Geschäftsstelle artikuliert wurden:

1. Was bedeutet die Digitalisierung für die Krankenhäuser in NRW?
2. Wie können die NRW-Krankenhäuser diesen Prozess aktiv gestalten?
3. Welche Rolle übernimmt die KGNW als Verband in diesem Prozess?
4. Welche Rahmenbedingungen sollte die Politik schaffen?

Zu diesem Zweck hat die KGNW im ersten Schritt ein Zielbild erstellt, das eine Definition des digitalen Krankenhauses enthält und die für Krankenhäuser wichtigen Dimensionen der Digitalisierung wie „Strategieorientierung“, „Patientenorientierung“, „Mitarbeiterorientierung“ und „Prozessorientierung“ beschreibt. Zur Adressierung des identifizierten Handlungsbedarfs und zur Unterstützung der Krankenhäuser innerhalb ihres individuellen Digitalisierungsvorhabens wurde darüber hinaus eine entsprechende Roadmap erarbeitet, die im Rahmen der KGNW-Initiative als Wegweiser dienen soll.

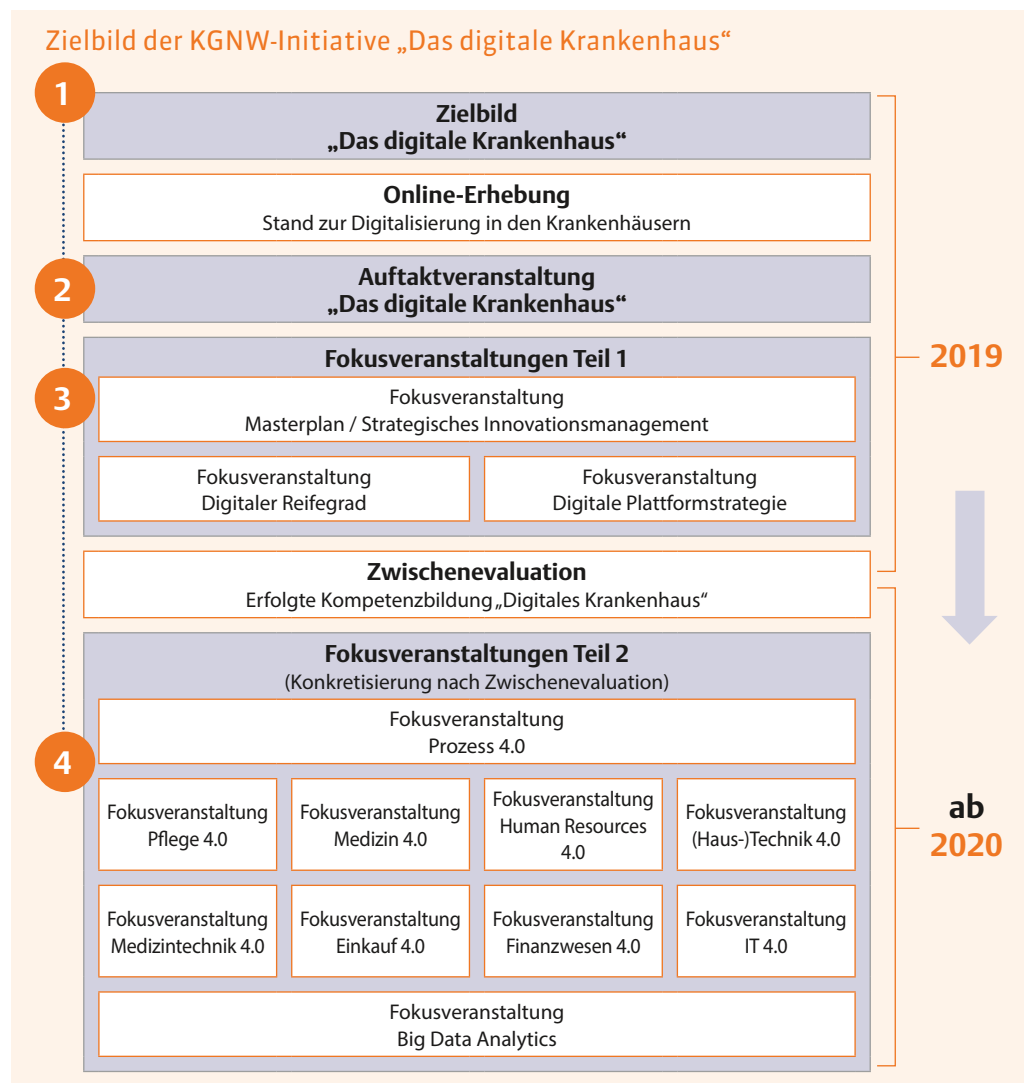
Als zweiten wichtigen Ausgangspunkt sah die KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“ eine Erhebung des aktuellen Ist-Standes in den NRW-Krankenhäusern vor. Die zu beantwortenden Fragen sollten auch zur notwendigen Sensibilisierung in den Krankenhäusern beitragen, um den sich anschließenden Prozess gemeinsam gestalten zu können. Die Ergebnisse der Online-Erhebung wurden in der Auftaktveranstaltung am 27.06.2019 im Crowne Plaza Hotel in Düsseldorf/Neuss vorgestellt.

Anknüpfend an das formulierte Zielbild „Das digitale Krankenhaus“ und die durchgeführte Online-Erhebung ebnete die Auftaktveranstaltung den Weg zu den sog. Fokusveranstaltungen. Die KGNW-Initiative baute in diesem Jahr auf drei Fokusveranstaltungen zu den grundlegenden Themen „Masterplan – Strategisches Innovationsmanagement“, „Digitaler Reifegrad“ und „Digitale Plattformstrategie“ auf. Diese drei Themenbereiche bilden das Fundament für die in den kommenden Jahren zu planenden Aktivitäten der NRW-Kranken-

häuser, bei denen jeweils einzelne Themenbereiche im Krankenhaus adressiert und gemeinsam an Lösungen gearbeitet werden kann. Experten der jeweiligen Bereiche vermitteln relevante Konzepte und Fähigkeiten.

Über einen Zeitraum von etwa fünf Jahren möchte die KGNW die Krankenhäuser dabei begleiten, die Digitalisierung in ihren Häusern

strategisch und operativ weiterzuentwickeln und gleichzeitig eine aktive Rolle bei der Gestaltung der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung zu übernehmen. Weitere Informationen zur KGNW-Initiative sind über folgenden Link zu finden (<https://www.das-digitale-krankenhaus.nrw/>).



Quelle: eigene Darstellung KGNW in Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer ISST, 2019

KGnW-Auftaktveranstaltung „Das digitale Krankenhaus“ am 27.06.2019 im Crowne Plaza Hotel Düsseldorf/Neuss

Im Rahmen der Initiative veranstaltete die KGnW am 27.06.2019 die Auftaktveranstaltung „Das digitale Krankenhaus“ im Crowne Plaza Hotel in Düsseldorf/Neuss. 110 Teilnehmer, vor allem Krankenhausgeschäftsführer, aber auch Mitarbeiter im Bereich der Unternehmensentwicklung und IT-Leiter, besuchten die Veranstaltung. Neben der Vorstellung der

Initiative und der Präsentation der Ergebnisse aus der Online-Erhebung wurde gemeinsam ein Blick auf die bisherigen Umsetzungsprojekte im Bereich der Digitalisierung und die Roadmap der Initiative geworfen. Anhand von Beispielen wurde veranschaulicht, wie Digitalisierung auch in kleinen und mittleren Krankenhäusern gelingen kann und dass klassische Instrumente wie Strategie, Messung und ein solides Management eine wesentliche Rolle beim Auf- und Ausbau der digitalen Infrastruktur einnehmen.



Erklärte die Digitalisierung eines Gesundheitssystems am Beispiel Estland: Taavi Einaste, Nortal AS, Tallinn/Estland

Die Initiative „Das digitale Krankenhaus“ bietet den Krankenhäusern in NRW die Möglichkeit, gemeinsam die Digitalisierung zu gestalten und so den Herausforderungen besser begegnen zu können. Dazu gehört auch, gemeinsam die Forderung nach verbesserten regulatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen zum Ausdruck zu bringen.

**Fokusveranstaltung „Masterplan – strategisches Innovationsmanagement“
am 16.09.2019**

Am 16.09.2019 eröffnete Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, die erste Fokusveranstaltung im Rahmen der KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“ zum Thema „Masterplan – Strategisches Innovationsmanagement“. Die Veranstaltung fand im Haus der Unternehmer in Duisburg mit rund 80 Teilnehmern statt. Neben der Vermittlung des Verständnisses für die Rolle eines Masterplans im Prozess der Digitalisierung und der Vorstellung eines strukturierten Innovationsprozesses wurden die Teilnehmer in verschiedenen Workshops an die Basiswerkzeuge zur Umsetzung eines strategischen Innovationsmanagements herangeführt. Mit einer Checkliste zur Implementierung eines strategischen Innovationsmanagements und einem Fahrplan für die Erstellung eines Masterplans konnten die Teilnehmer nach drei Monaten ihren Fortschritt untereinander vergleichen.

**Fokusveranstaltung „Digitaler Reifegrad“
am 29.10.2019**

Am 29.10.2019 veranstaltete die KGNW ihre zweite Fokusveranstaltung zur KGNW-Initiative

„Das digitale Krankenhaus“ zum Thema „Digitaler Reifegrad“ im Haus der Unternehmer in Duisburg mit rund 70 Teilnehmern. Neben der Vermittlung unterschiedlicher Methoden der Reifegradbestimmung und dem Verständnis der Relevanz der eigenen Statusbestimmung konnten die Teilnehmer im Rahmen von parallelen Foren die Ansätze und Methoden von zwei Reifegradmodellen genauer kennenlernen, um eine passende Methode zur eigenen digitalen Strategie auswählen zu können. Im Rahmen einer Checkliste für die Vorbereitung der Reifegradmessung und eines Benchmarkings konnten die Teilnehmer nach drei Monaten ihre Ergebnisse der Reifegradbestimmung untereinander vergleichen.

Fokusveranstaltung „Digitale Plattformstrategie“ am 14.11.2019

Mit der dritten und letzten Fokusveranstaltung am 14.11.2019 mit dem Thema „Digitale Plattformstrategie“ schloss die KGNW den ersten Zyklus der Initiative „Das digitale Krankenhaus“ für das Jahr 2019 ab. Unterschiedlichen Plattformstrategien aus mehreren Krankenhäusern, die Rolle für eine schrittweise Entwicklung zum digitalen Krankenhaus und das Zusammenspiel aller drei Fokusveranstaltungen wurden den Teilnehmern im Rahmen von praxisnahen Vorträgen vermittelt. Vor diesem Hintergrund konnten die Teilnehmer auch hier über eine Checkliste über ihre Definition einer hauseigenen Plattformstrategie nach drei Monaten Auskunft erteilen. In einer zusammenfassenden Diskussion wurde in der Veranstaltung das Erreichte reflektiert und mit einer offenen Frage- und Feedbackrunde abgeschlossen.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Telematikinfrastruktur

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) schreitet weiter voran. Die KGNW begleitet den Prozess durch Mitwirkung in zahlreichen Gremien und Arbeitsgruppen, z. B. im Forum Telematik NRW, der Mitarbeit in der AG KOM-LE und im „Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur in Nordrhein-Westfalen“.

Mitarbeit im Forum Telematik NRW

Nach dem Wegfall der Finanzierung des Projektbüros der ARGE eGK/HBA-NRW zum 30.06.2018 hat die gematik die regelmäßigen Informations- und Kommunikationswege eingestellt. Als Folge wurde das Projektbüro der ARGE eGK/HBA-NRW zum 31.12.2018 abgewickelt und die Rückführung des Restvermögens an die gematik veranlasst.

Die Gesellschafter der ARGE eGK/HBA-NRW haben sich dafür ausgesprochen, dass die konstruktive Zusammenarbeit bei der Einführung von medizinischen Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) in Nordrhein-Westfalen auch über den 31.12.2018 hinaus fortgeführt wird. Hierzu wurde das Fachforum Telematik NRW als Kommunikationsplattform ins Leben gerufen, um die bisherigen konstruktiven Arbeiten fortzuführen. Die KGNW begleitet den Prozess durch Mitwirkung im Forum Telematik NRW mit dem Ziel, die Praxistauglichkeit der Telematikanwendungen zu sichern.

Mitarbeit in der Arbeitsgruppe KOM-LE (Kommunikation Leistungserbringer)

Das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) ist die erste Anwendung der Telematikinfrastruktur. Mit dem Update des Konnektors auf Release 2.1 sollen mit dem Notfalldatenmanagement (NFDm), dem elektronischen Medikationsplan bzw. mit den Daten für Arzneimitteltherapiesicherheit (eMP/ATMS) und den technischen Grundlagen für die Anwendung der Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE) die nächsten Schritte zur Einführung der TI durch die Industrie umgesetzt werden. Die Feldtests des medizinischen Fachdienstes KOM-LE werden im KV-Gebiet Nordrhein unter der Projektkoordination der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) durchgeführt. Da im Rahmen der Zulassungserteilung des Fachdienstes seitens der gematik für den Feldtest KOM-LE ein entsprechendes Mengengerüst vorgegeben ist, in dem ein Krankenhaus zur Teilnahme an den Feldtests gefordert wird, ist die KGNW in der den Feldtest betreuenden Arbeitsgruppe neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der gematik, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den im Projekt etablierten Industriepartnern Mitglied. In dieser Funktion setzt sich die KGNW im Sinne der Krankenhäuser für eine zeitnahe Umsetzung der Testvorhaben und eine schnelle Verfügbarkeit von KOM-LE auch für Krankenhäuser ein.

Finanzierungsvereinbarung für die Telematikinfrastruktur der Krankenhäuser

Der Abschluss der Finanzierungsvereinbarung zwischen GKV-SV und DKG am 07.09.2018 für die Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebs der Telematikinfrastruktur (TI) gemäß § 291a Abs. 7a SGB V war auch der Anfang vieler Diskussionen auf Ebene der Krankenhäuser, aber auch zwischen den Vereinbarungspartnern, da sich Schritt um Schritt neue Detailfragen ergaben. Im Vordergrund stand zunächst die Ausstattung der über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) abzurechnenden Bereiche im Krankenhaus. Mit der Fortschreibung der Finanzierungsvereinbarung gemäß § 291a Abs. 7a SGB V im April 2019 wurden Klarstellungen insbesondere in dem Punkt der Ausstattung der mit den KVen abzurechnenden Bereiche im Krankenhaus vereinbart. Nach Verabschiedung des Digitale-Versorgung-Gesetzes müssen die Krankenhäuser bis zum 31.12.2020 an die TI angeschlossen sein.

Mitarbeit im Forum Elektronische Patientenakte (ePA)

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 wesentli-

chen Aspekten elektronischer Akten sowie der Informations- und Erfahrungsaustausch zu laufenden strukturelevanten Projekten und Lösungsansätzen werden dabei verfolgt. In Berichten an die GMK wird Rechenschaft über die Arbeit des ePA-Forums abgelegt. So haben KVWL, KVNO und KGNW gemeinsam das I/E-Health-NRW-Projekt im ePA-Forum vorgestellt. Das Forum informiert über seine Arbeit unter www.epa-forum.de

Mitarbeit im Verein elektronische Fallakte

Das Projekt Elektronische Fallakte (EFA), das ab 2006 von mehreren privaten Klinikträgern mit Unterstützung des Fraunhofer ISST in Dortmund konzipiert wurde, ist auch im Jahr 2019 vom Verein elektronische Fallakte e. V., dem neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft u. a. die KGNW als Mitglied angehört, kontinuierlich weiterentwickelt worden. Die KGNW hat ihre unterstützende Mitarbeit auch im Jahr 2019 u. a. durch ihre Mitgliedschaft und Mitarbeit im EFA-Verein und durch die Beteiligung in verschiedenen EFA- und ePA Arbeitsgremien auf 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 Universitätsklinikum Aachen AöR), 20 Krankenhäusern (assoziiert mit mehreren Arztnetzen), mehreren Softwareherstellern sowie der Fachhochschule Dortmund durchgeführt. Die Konsortialführung des Projekts haben die KV-IT GmbH, die Healthcare IT Solutions GmbH und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. gemeinsam im hierfür gegründeten „Digital Healthcare NRW e. V.“ übernommen. Die zuwendungsfähigen Aufwendungen des Vereins für das Projekt sind mit 2,8 Mio. Euro veranschlagt. Dies ergibt auf Basis des Ansatzes einer 70-Prozent-Förderung durch die EU und das Land NRW eine Fördersumme von 1,9 Mio. Euro für den Zeitraum 01.09.2016 bis 30.06.2019 durch das Land NRW und die EU.

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.

Das Projekt I/E-Health NRW hat zum Ziel, die Elektronische Fallakte (EFA) und den E-Arztbrief sektorenübergreifend verfügbar zu machen und in die Anwendung zu bringen. Das Projekt soll das Potential von arztgeführten elektronischen Fallakten für die Versorgung zeigen und in den vier Modellregionen eine kritische Masse für eine Erprobung in der Routine schaffen, um so die Akzeptanz fördern und evaluieren zu können.

Das Jahr 2019 stand im Zeichen der Integrationstests der EFA-2.0-Providersysteme gegen die EFA-2.0-Teilnehmersysteme (sechs PVS, drei KIS und ein Portal). Mitte November 2019 konnten in den ersten beiden Modellregionen elektronische Fallakten durch die teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser in der klinischen Praxis genutzt werden.

Das Projekt I/E-Health NRW war auch im Jahr 2019 u. a. auf den Messen DMEA und Medica sowie der Ruhrkonferenz vertreten.

Datenübermittlung nach § 301 SGB V – Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Rahmenvereinbarung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen und dem PKV-Verband zur Übermittlung von Abrechnungsdaten

Auch im Jahr 2019 war eine Reihe von Schlüsselentscheidungen 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. Weiterhin wurden die notwendigen Anpassungen der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 1 SGB V zur Umsetzung des Pflegeerlöskatalogs vorgenommen. Der Gesetzgeber sieht vor, dass ab dem Jahr 2020 die Abzahlung des Pflegebudgets über einen krankenhausespezifischen Pflegeentgeltwert erfolgt. Die Vereinbarungspartner haben in einer Grundlagenvereinbarung erste Regelungen zur Abrechnung vereinbart. Auf dieser Grundlage werden entsprechende Regelungen im Datenaustausch vereinbart. Die KGNW beteiligte sich auch im Jahr 2019 an deren Wei-

terentwicklung durch ihre Mitarbeit in den Fachausschüssen und Arbeitsgruppen.

Datenübermittlung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Im Rahmen des gemeinsamen Projektes „Kalkulation deutscher Relativgewichte“ der Landeskrankenhausgesellschaften und der DKG erhebt die Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) in Leipzig jährlich die DRG-Ganzjahresdaten der an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser des Vorjahres. Um eine stärkere Argumentationsbasis in den Verhandlungen zur Pflege des deutschen DRG-Systems aufzubauen, ist es für die DKG eminent wichtig, diese Daten zur Verfügung gestellt zu bekommen. 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 2019 an diesem Projekt beteiligt, die Daten der teilnehmenden Mitgliedshäuser zweckgebunden über das DKTIG-Portal erhoben und an die DKG weitergeleitet.

Die Krankenhäuser sind zudem dazu verpflichtet, entsprechend den Vorgaben der „Verordnung 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 gemäß § 21 KHEntgG erhobenen Daten zur jährlichen Kalkulation der G-DRG-Fallpauschalen an die

DRG-Datenstelle (InEK) zu übersenden. Seit 2010 unterliegen auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dieser Übermittlungspflicht. Für die Kalkulation des Landesbasisfallwerts werden die DRG-Daten jährlich auch von der KGNW erhoben, um im Rahmen der Verhandlungen der Argumentation der Kostenträger oder auch in einem potentiellen Schiedsstellenverfahren begegnen zu können. Für das Datenjahr 2018 stellten weit über 99 Prozent der NRW-Krankenhäuser ihre Daten für dieses Projekt zur Verfügung. Die möglicherweise identifizierenden Merkmale der Patienten- und Versicherungsnummer werden bereits im Vorfeld der Datenübermittlung anonymisiert.

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

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 und stetig weiterentwickelten Datenbank verarbeitet und aufbereitet.

ZTG-Kongress „eHealth.NRW“ am 23.09.2019 in Neuss

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) das kostenfreie Veranstaltungsformat „eHealth.NRW“. Die Veranstaltung richtete sich schwerpunktmäßig an dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sowie dem Ausbau der Telematikinfrastruktur und der Telemedizin in NRW aus. Im Fokus der Veranstaltung stand u. a. die Frage, inwieweit das DVG die Digitalisierung des Gesundheitswesens entscheidend voranbringen kann und eine bedarfsgerechte, ortsnahe und qualitätsorientierte Behandlung sicherstellt. Als konkretes Beispiel nannte Minister Laumann das virtuelle Krankenhaus, mit dem Ziel, dieses über die GKV als Teil der Regelversorgung bereitzustellen. 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 die Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in die Regelversorgung sowie deren Nutzenbewertung. Die KGNW hat wie in den vergangenen Jahren den Kongress „eHealth.NRW“ begleitet.

Symposium „20 Jahre Zentrum für Telemedizin und Telematik GmbH“

Im Anschluss an den Kongress „eHealth NRW“ wurde in Neuss im Rahmen eines Symposiums das 20-jährige Bestehen des Zentrums

für Telemedizin und Telematik GmbH (ZTG) gewürdigt. Ministerialdirektor Mathias Redders, der den Aufbau neben anderen initiiert und die Arbeit des ZTG in den zurückliegenden 20 Jahren eng begleitet hat, wurde im Rahmen dieser Veranstaltung in den Ruhestand verabschiedet. Eine Gelegenheit für viele Wegbegleiter, sich für das hohe Engagement und die gute Zusammenarbeit in den letzten 20 Jahren zu bedanken. In diese Zeit fielen 2009 der Basis-Rollout der Telematikinfrastruktur in Nordrhein, die Landesinitiative eGesundheit@NRW, der EFRE-Leitmarktwettbewerb Gesundheit (u. a. I/E-Health NRW) und zuletzt die Vorbereitung der Feldtests für die TI-Anwendungen Notfalldatenmanagement (NFDm), elektronischer Medikationsausweis (eMP) und die Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE).

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 mitt-

lerweile 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, sondern eng mit der Sensibilisierung der Anwender, Mitarbeiter und der Geschäftsführung verbunden ist. Darüber hinaus stellte die KGNW den Mitgliedern allgemeingültige Best-Practice-Ansätze zur Prävention und Schadensminimierung zur Verfügung. Von der erneuten Welle von Cyberattacken im Rahmen der Wanna-Cry-Angriffe im Jahr 2017, 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 in Rheinland-Pfalz im Juli 2019 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. Die Angriffe in Rheinland-Pfalz, die u. a. zur Einschränkung der Patientenversorgung geführt hatten, waren Anlass politischer Diskussionen zur Ausweitung der KRITIS-VO auf weitere Krankenhäuser, die zum jetzigen Stand nicht von der KRITIS-VO betroffen sind. Die KGNW wird den Prozess zusammen mit der DKG weiter begleiten und sich für eine entsprechende Finanzierung der Aufwendungen einsetzen.

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 Cyber-Sicherheitsstrategie auch Krankenhäuser zukünftig als kritische Infrastruktur gewertet werden sollen. Dies ging einher mit der Absicht, für die Betreiber kritischer Infrastrukturen konkrete gesetzliche Verpflichtungen zur Gewährleistung einer erhöhten IT-Sicherheit einzuführen.

Im Juni 2015 hatte der Bundestag das von der Bundesregierung vorgelegte IT-Sicherheitsgesetz beschlossen. Das Gesetz regelt, dass Betreiber sogenannter „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 Software-Hersteller 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 Definitionen zu Anlagekategorien und Schwellenwerten. 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, dass die kritische Dienstleistung, die im Falle der stationären Versorgung die Bereiche Aufnahme, Therapie, Unterbringung und Pflege umfasst, Gegenstand des KRITIS-Prozesses ist. Krankenhäuser waren 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. Diese Verpflichtungen sind ohne eine gesamtorganisatorische multiprofessionelle Bearbeitung und eine Erhöhung der Mittelverfügbarkeit für IT-Sicherheit nicht oder nur sehr schwer zu erfüllen.

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 BAKG sind IT-Leiter und Sicherheitsexperten vertreten, die ge-

meinsam 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 nicht dazu führen, dass auch Krankenhäuser, die nicht betroffen sind, perspektivisch ebenfalls in die Lage versetzt werden, den dann geltenden Stand der Technik umzusetzen, und so keinem Nachteil ausgesetzt werden.

Nach intensiven Dialogen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, die die Eignung eines beim BSI eingereichten B3S feststellen müssen, ist im April 2019 die finalisierte Fassung seitens der DKG zur Eignungsfeststellung an das BSI übersandt worden. Die offizielle Eignungsfeststellung wurde am 22.10.2019 der DKG mitgeteilt, sodass der B3S mit sofortiger Wirkung für die KRITIS-konforme Umsetzung organisatorischer und technischer Maßnahmen sowie für die Erarbeitung des Nachweisverfahrens herangezogen werden kann. Zusammen mit der offiziellen Eignungsfeststellung hat die DKG eine Studie zu den entstandenen Kosten veröffentlicht, die aufzeigt, welche finanziellen Mittel zur Etablierung und Aufrechterhaltung eines Informationssicherheitsmanagementsystems (ISMS) in Krankenhäusern notwendig sind.

KGNW-Arbeitsgruppe „KRITIS“

Die KGNW hat zur Hilfestellung der vom IT-Sicherheitsgesetz betroffenen Krankenhäuser in NRW bereits im Oktober 2017 eine Arbeitsgruppe einberufen und die für die Umsetzung der Anforderungen Verantwortlichen eingeladen. Die Arbeitsgruppensitzungen sollten den Erfahrungsaustausch unter den

Krankenhäusern fördern, gleichzeitig allerdings 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. Die in der AG KRITIS vertretenen Krankenhausvertreter berichteten zudem von ihren Erfahrungen in der Umsetzung des Nachweisverfahrens, das erstmals im Juni 2019 durchlaufen werden musste, und konnten aufzeigen, dass der Prozess durch das Vorhandensein eines entsprechenden (zu dem Zeitpunkt im Entwurf vorliegenden) B3S unterstützt werden kann, da dieser eine große Hilfestellung für den organisationalen Aufbau eines ISMS als auch für die Priorisierung von Investitionen in IT-Sicherheit darstellt.

Projekt MITSicherheit.NRW

Im Januar 2019 wurde das Projekt MITSicherheit.NRW mit der Förderbescheidübergabe im Ministerium für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie gestartet. Das Projektkonsortium unter Leitung der MedEcon Ruhr arbeitet in der Projektlaufzeit von 3 Jahren an neuen IT-Produkten und -Dienstleistungen. Hier werden Forschungsergebnisse der Ruhr-Universität Bochum sowie der Fachhochschule Münster in die Entwicklung miteinfließen. Die im Projekt erarbeiteten Lösungen werden im Nachgang auf einer Kompetenzplattform für Cybersicherheit in der Gesundheitswirtschaft offen zugänglich sein. Ein wesentlicher Baustein des Projekts ist ab Ende 2019 eine Befragung der Krankenhäuser in

NRW, deren Ergebnisse ebenso der Produkte als auch der Kompetenzplattform einfließen sollen. Die KGNW ist im Rahmen dessen an der inhaltlichen Konzeption und der organisatorischen Abwicklung der Befragung zusammen mit der G-DATA Advanced Analytics, der Ruhr-Universität Bochum und der Fachhochschule Münster beteiligt.

Mitwirkung in der AG Krankenhaus-Informationstechnik der DKG

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

Im Rahmen der Etablierung des Branchenarbeitskreises zum Thema KRITIS beteiligte sich die KGNW an der fachlichen Bewertung des Themas durch die DKG. Hier brachte sich die AG konstruktiv mit Vorschlägen in die Definition der Kriterien ein, die das Bundesgesundheitsministerium in der Ausgestaltung der Rechtsverordnung vorgesehen hatte. 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 2019 hauptsächlich Beratungen zum Thema Normung im Hinblick auf die Novellierung der ISO-Norm 80001-1 für vernetzte Medizingeräte. In 2020 ist geplant, sich innerhalb der AG verstärkt dem Thema elektronische Patientenakte nach § 291a SGB V zu widmen.

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

Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind gemäß der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen aus dem § 2a Abs. 1 KHG verpflichtet, ihre Standorte und Ambulanzen an ein – gemäß § 293 Abs. 6 SGB V – bundesweites Verzeichnis der Standorte („Standortverzeichnis“) zu melden. Diese Meldungen sollten zwischen dem 01.01. und 31.08.2019 erfolgen, um die Zuteilung der Standortnummer(n) durch die Verzeichnisstelle – das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) – bis zum 01.01.2020 sicherzustellen. Das InEK betreibt ein geschütztes Webportal (www.krankenhausstandorte.de), wo es den registrierten Krankenhäusern ermöglicht wird, ihre Standorte und Ambulanzen zu registrieren und die zugehörigen Standortnummern zu beantragen. Das InEK prüft sodann die formale Vollständigkeit und Korrektheit der Meldungen zu neuen

oder geänderten Standortdaten und vergibt anschließend die Standortnummer(n). Die Geschäftsstelle hat bereits eine Vielzahl von Querschnittsbereichen identifiziert, wo die neue Standortdefinition greifen wird, u. a. bei der Abrechnung nach § 301 SGB V, im Datensatz nach § 21 KHEntgG, im Kontext des IT-Sicherheitsgesetzes, beim Krankenhausarztverzeichnis oder den Zuschlägen zur Telematikinfrastruktur. Zukünftig könnten auch die Bereiche der Qualitätssicherung oder die Erstellung der Qualitätsberichte davon betroffen sein.

Entsprechend hat die KGNW ihre Mitglieder über diese Neuerung und die möglichen Auswirkungen der neuen Standortdefinition regelmäßig per Rundschreiben und Briefe informiert. Denn mit dem Wirksamwerden der neuen Standortdefinition und der Installation des Standortverzeichnisses beim InEK sind die Krankenhäuser nun gefordert, dieses neue Instrument in den Krankenhausalltag zu integrieren.

Krankenhausarztnummernverzeichnis – Vereinbarung gemäß § 293 Abs. 7 SGB V

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sind gemäß § 293 Abs. 7 SGB V vom Gesetzgeber beauftragt, ein bundesweites Verzeichnis aller in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte einzurichten und zu betreiben. Dazu wurde eine Vereinbarung beschlossen und die Errichtung des Verzeichnisses gemeinschaftlich beauftragt. Als verzeichnisführende Stelle zur Ver-

gabe der Krankenhausarzt Nummer (KHANR) wurde die innovas GmbH in Köln beauftragt. Am 03.06.2019 hat das Krankenhausarzt Nummernverzeichnis (KHANR-VZ) den Regelbetrieb aufgenommen. Die Schaffung eines KHANR-VZs geht aus den Verpflichtungen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V hervor, welches seit dem 01.10.2017 zur Anwendung kommt. Der Aufbau der Arzt Nummer für die Krankenhausärzte folgt der Struktur der lebenslangen Arzt Nummer aus der vertragsärzt-

lichen Versorgung. Seit dem 01.07.2019 wurde die Arzt pseudonummer auf Verordnungen stufenweise durch die persönliche Arzt Nummer ersetzt und konnte noch bis zum 31.12.2019 auf Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V zur Anwendung kommen. Gemäß § 4 Abs. 1 Buchst. c der Vereinbarung gemäß § 293 Abs. 7 SGB V vom 17.10.2018 muss das Verzeichnis ab dem 01.07.2020 alle in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte vollständig enthalten.

Datenanalyse

Themenfeld „Regionalanalysen in der Versorgungsforschung“

Die KGNW-Geschäftsstelle informiert ihre Gremien regelmäßig über Entwicklungen in der Versorgungsforschung, welche die Krankenhäuser in NRW mittelbar oder unmittelbar betreffen. Dafür beobachtet sie aktuelle Projekte und Studien, in denen verstärkt regional aufbereitete Betrachtungen von Krankheitslasten und Versorgungsstrukturen dargestellt werden. Dazu gehören u. a. der Krankenhaus Report des WIdO, der Versorgungsatlas des ZI und der BARMER Krankenhausreport.

Neue Krankenhausstatistikverordnung ab 01.01.2018

Durch das Inkrafttreten der Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) zum 01.01.2018 waren die Krankenhäuser in diesem Jahr gefordert, ihre jährliche Datenerlieferung an das Statistische Bundesamt (Destatis) für die Statistikdaten 2018 (Grund-

und Kostendaten) nach den neuen Regelungen abzugeben. Zudem wurde zur Erhebung der Daten von Destatis erstmals das neue Online-Portal eSTATISTIK.core verwendet.

Obwohl die DKG-Arbeitsgruppe zur Novellierung der KHStatV Destatis bereits im Vorfeld auf die vielen möglichen Probleme hingewiesen hatte, brachten die Neuerungen die für die Krankenhäuser bei einer erstmaligen Erfassung erwarteten Schwierigkeiten, insbesondere den hohen Arbeitsaufwand bei der Erhebung bei der Personalstatistik, mit sich. Grundsätzlich wurde eine sachgerechte Weiterentwicklung der Krankenhausstatistikverordnung krankenhauseseitig unterstützt, wobei der bürokratische und administrative Aufwand auf ein Mindestmaß begrenzt werden sollte. Zudem gilt auch weiterhin, dass durch die KHStatV die Erfassung der ambulanten Leistungsstatistik derzeit nur einseitig von den Krankenhäusern offenzulegen ist, ohne dass der vertragsärztliche Bereich seine Zahlen gleichermaßen zur Verfügung stellt.

Die KGNW wird sich weiterhin aktiv in der DKG-AG zur KH-Statistiknovellierung engagieren.

Krankenhausstatistik: Auswertung der Betten und Patientenbewegungen 2018

Gemäß der Vereinbarung mit IT.NRW werden die Grunddaten für das Berichtsjahr 2018 laut

Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) auch weiterhin von IT.NRW zur Verfügung gestellt. Aufgrund der Novellierung der KHStatV kam es seitens Destatis bei der Datenbereitstellung und -auswertung zu Verzögerungen. Die Auswertung der Betten und Patientenbewegungen 2018 ist noch nicht abgeschlossen. Sobald das geschehen ist, wird sie im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung stehen.

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 Reha-Kliniken 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 KLIK 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.

Die beteiligten Partner BUND Berlin, die Universitätsklinik Jena und die KGNW hatten den Förderantrag am 02.11.2018 eingereicht. Nachdem im April 2019 die Bewilligung erteilt wurde, konnte mit Projektstart am 01.05.2019 für die dreijährige Laufzeit des Projektes eine regionale Koordinationsstelle zur Unterstützung der beteiligten Häuser eingerichtet werden.

Zunächst wurden das Qualifikationsprogramm weiterentwickelt und Krankenhäuser für die Mitarbeit gewonnen. Die Auftaktveranstaltung fand am 17.10.2019 in Berlin statt. Das Qualifikationsprogramm wurde Ende November 2019 in Berlin und Anfang Dezember 2019 in Düsseldorf gestartet.

Beteiligung an der FKT-Fachmesse Krankenhaustechnik am 17. und 18.09.2019

Die KGNW und der Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW haben am 17. und 18.09.2019 Teile der FKT-Fachmesse Krankenhausstechnik im Wissenschaftspark Gelenkirchen mitgestaltet. Im Hauptprogramm war die KGNW mit einem Vortrag von Herrn Voß (LWL Kliniken Münster und Lengerich) zum Thema „Speisenversorgung und -abfälle“ vertreten. Außerdem wurden zwei Workshops zum Thema „Abfallvermeidung und Nachhaltigkeit“ angeboten und auf einem Ausstellerstand das KLIK green-Projekt beworben.

Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern

Im Zuge der Umsetzung der EU-Verordnung 965/2012 wurde 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 sogenannte „Public Interest Sites (PIS)“ anerkennen lassen. Nach dem Ende der Registrierungsphase in 2016 hatten alle Landestellenbetreiber während einer zweijährigen Übergangsfrist 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 Bundespoli-

zei, als koordinierende Stelle für die Registrierung der PIS, in einer sogenannten Masterliste übermittelt werden. Die KGNW hat ihre Mitglieder darüber umfassend informiert.

Im April 2018 hat der G-BA in seinem Beschluss zu einem gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern auch das Vorhalten einer Hubschrauberlandestelle bzw. die Möglichkeit zur Verlegung von Patienten auch auf dem Luftweg als zu erfüllendes Kriterium in den verschiedenen Stufen der Notfallversorgung festgelegt. Dies hat in vielen Krankenhäusern, die abschlagsfrei an den entsprechenden Stufen der Notfallversorgung teilnehmen möchten, für eine Neubewertung der Weiternutzung ihrer alten Landestellen geführt. Die KGNW hat die Krankenhäuser in dieser Zeit intensiv betreut, damit möglichst alle Krankenhäuser, die weiterhin eine Landestelle im Sinne einer PIS vorhalten oder über ein Rendezvous-System den Transport auf dem Luftweg koordinieren möchten, ihrer Verpflichtung zur Anpassung der Landestellen und fristgerechten Abgabe der geforderten Dokumentation nachkommen konnten. Aufgrund der Tragweite wurde die Frist zur Ertüchtigung der PIS-Landestellen bis weit ins Jahr 2019 noch durch die Bundespolizei (Koordinationsstelle) und das Luftfahrtbundesamt (als zuständige Behörde) ermöglicht. Bereits zum Jahresbeginn wurde den Luftfahrtunternehmen seitens des Luftfahrtbundesamtes die sogenannte PIS-Masterliste mit den genehmigten Landestellen übermittelt. Nur für die dort gelisteten Landestellen haben die Luftfahrtbetreiber seitdem eine Landeerlaubnis. Hubschrauberlandeplätze gemäß § 6 LuftVG sind nicht von dieser Regelung betroffen.

Änderungen beim Energieaudit

Das im Jahr 2015 geänderte Gesetz über Energiedienstleistungen und andere Energieeffizienzmaßnahmen (EDL-G) verpflichtet den größten Teil der Krankenhäuser, nämlich alle, die kein kleines oder mittleres Unternehmen (KMU) sind, alle vier Jahre ein Energieaudit durchzuführen. Damit sind die meisten Krankenhäuser verpflichtet, in 2019 das zweite Energieaudit durchführen zu lassen.

Für die Energieaudits des Jahres 2019 hat das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) inzwischen ein neues Merkblatt für Energieaudits sowie einen Leitfaden zur Erstellung von Energieauditberichten nach den Vorgaben der DIN EN 16247-1 veröffentlicht.

Bei mangelhafter Qualität des Auditberichts kann das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) verlangen, dass ein weiteres Energieaudit von einer anderen Person durchgeführt werden muss von derjenigen, die das erste Energieaudit verantwortet hat.

Die KGNW hat in Rundschreiben über die wichtigsten Änderungen des EDL-G informiert und empfohlen, vor der Vergabe eines Auftrages für ein Energieaudit, die Anforderungen des Merkblatts und des Leitfadens zu beachten und in der Vergütungsvereinbarung mit dem Erstauditor eine mögliche Kostenübernahme für ein Zweitaudit wegen der vom BAFA festgestellten mangelnden Qualität des Auditberichts zu regeln.

IT-Service für Mitglieder und Geschäftsstelle

Webbasierter Mitgliederservice

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

Für 2020 plant die Geschäftsstelle, den Mitgliederservice im Rahmen der Umstrukturierung der öffentlichen Website der KGNW neben einem komfortableren Design und dem Fokus auf mobile Nutzung auch die Services für die Gremienarbeit zu erneuern.

Interne Datenservices und Mitglieder- verwaltung

Die Vorhaltung und Verwaltung der KGNW-Mitgliederdaten erfolgten 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, Palliativversorgung, 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 zum Beispiel 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“, „Pflegefinanzierung“ 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, zum Rettungswesen, zur Verbleibstudie der Modellstudiengänge und zur Umsetzung des Pflegeberufgesetzes auf die Landesebene 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. erfolgt regelmäßig

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

in 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).

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 Kostenanteilen oder Festbeträgen gefördert werden. Das Referat III berät gemeinsam mit dem Referat I Krankenhäuser über das Hygiene-Förderprogramm und stellt für das Jahr 2019 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.



„Keine Keime“: Im Vorfeld des Weltgesundheitstages am 07.04.2019 erinnerte die Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen in Dortmund daran, dass einfaches Händewaschen und Desinfizierung zwei unserer effektivsten Mittel zum Schutz vor Krankheiten sind.

Die überaus erfolgreiche Hygiene-Initiative der KGNW „Keine Keime“ 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 von Online-Sprechstunden, Auftritten und Umfragen in den sozialen Medien sowie Informationsveranstaltungen.

Gemeinsam mit dem MAGS und dem Landeszentrum Gesundheit (LZG) hat das medizinische Referat einen Krankenhaushygienebericht NRW als neues Instrument der Hygiene-Initiative erarbeitet und in 2016 eine erste Umfrage

durchgeführt. 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. Derzeit werden die Rückmeldungen der Krankenhäuser zur Hygiene-Befragung 2019 ausgewertet. Eine erneute gemeinsame Veröffentlichung des Krankenhaushygieneberichts 2019 durch das MAGS, das LZG und die KGNW ist für Anfang 2020 vorgesehen.

Im Jahr 2019 wurde die Zusammenarbeit mit dem LZG weiter intensiviert. Neben der Begleitung einer Neustrukturierung der Qualitätssiegel der MRE-Netzwerke NRW wurden

die modulare infektiionshygienische Überwachung von Krankenhäusern durch die Gesundheitsämter unter Nutzung softwarebasierter Module des LZG durch die KGNW evaluiert und abschließend durch den Vorstand für einen flächendeckenden Einsatz in NRW empfohlen. Gemäß dem Erlass des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 01.07.2003 sind Krankenhäuser einmal jährlich „nach einem systematischen Überwachungskonzept“ infektiionshygienisch zu überprüfen. Diese Überwachung der Krankenhäuser erfolgt durch die unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter). Um die infektiionshygienische Überwachung von Krankenhäusern in NRW zu vereinheitlichen und transparenter zu gestalten, wurde durch das LZG ein systematisches Überwachungskonzept erarbeitet und als modulares Überwachungsinstrument elektronisch zur Verfügung gestellt. Mittlerweile bestehen zehn Module für die infektiionshygienische Überwachung der Krankenhäuser, die die Surveillance von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, die Surveillance nosokomialer Infektionen, die Prävention postoperativer Wundinfektionen, die Prävention beatmungsassoziierter Atemwegsinfektionen und gefäßkatheter assoziierter Infektionen auf Intensivstationen, die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen

(HygMedVO) vom 13.03.2012, die Händehygiene, die Basishygiene, die Präventionsmaßnahmen in Ambulanzen, die Isolierungsmaßnahmen und die Stationsbegehung betreffen.

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 nicht nur national die größte Kampagne zum Thema Händehygiene, 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. Im Jahr 2019 wurden erste Gespräche für eine prozessorientierte Erweiterung der „Aktion Saubere Hände“ in Anlehnung an das Projekt

„Gemeinsam für Infektionsprävention“ (GIP) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Referats „Wirksam Regieren“ im Bundeskanzleramt und des nationalen Referenzzentrums für die Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) aufgenommen.

Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 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 gemäß § 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. Die diesbezüglichen Verhandlungen waren ausgesprochen kontrovers und erfolgten zumeist auf einer ungenügenden Datenlage. Trotz einer fundierten Kritik durch die DKG, die Bundesärztekammer und zahlreiche Landesministerien an der 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 gemäß § 136c Abs. 4 SGB V traten zum 19.05.2018 in Kraft. Die Regelungsinhalte des genannten G-BA-Beschlusses führen zu relevanten prozessualen, strukturellen und personellen Änderungen in den Krankenhäusern. Derzeit werden in den Budgetverhandlungen durch die Krankenhäuser und die Krankenkassen die Notfallstufen der Krankenhäuser festgelegt. Dem MAGS liegen in diesem Zusammenhang mehrere Anträge zum Modul „Spezialversorgung“ nach § 26 des G-BA-Beschlusses vor. Bei einer entsprechenden Feststellung der Landesplanungsbehörde werden die betroffenen Krankenhäuser trotz einer Nichterfüllung der Kriterien der Basisnotfallversorgung von Abschlägen befreit. Zusätzlich werden derzeit die stationären Notfallstrukturen im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW diskutiert. Diesbezüglich ist das Referat Finanzierung und Planung der KGNW federführend.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der Arbeitsschwerpunkt des Referates Medizin im Rahmen der Disease-Management-Programme lag 2019 in der Unterstützung und Beratung bei der Erstellung des Qualitätssicherungsberichtes 2018 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.

Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen

Die KGNW ist Mitglied einer Arbeitsgruppe „Hospiz- und Palliativversorgung“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS). Diese dient einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung in Nordrhein-Westfalen.

Neben den regelmäßigen Beratungen in der oben genannten Arbeitsgruppe wurde die KGNW mit Schreiben vom 21.10.2019 zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 11.12.2019 zum Antrag der Fraktionen der CDU und der FDP „Hospizarbeit und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen – das Lebensende menschenwürdig und angstfrei gestalten“ (Drucksache 17/6593) eingeladen und um eine diesbezügliche Stellungnahme bis zum 04.12.2019 gebeten.

Der Antrag der Fraktionen der CDU und der FDP beschreibt eine nahezu flächendeckende und in den letzten Jahren vielfältig weiterentwickelte Palliativ- und Hospizversorgung in Nordrhein-Westfalen. Der Antrag verfolgt das Ziel, die Hospizarbeit und Palliativversorgung,

inklusive der SAPV flächendeckend in NRW weiter auszubauen, Anreize für sektorenübergreifende Netzwerkstrukturen zu schaffen, die palliativmedizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu verbessern sowie innovative Konzepte im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen.

Nach Beschlussfassung im Vorstand wurde dem MAGS termingerecht eine Stellungnahme der KGNW im Vorfeld der Anhörung zugesandt. Im Verlauf der konstruktiven Anhörung bestand Einigkeit über die bereits erreichten Verbesserungen in der Palliativversorgung in NRW, daneben wurden weitere Verbesserungspotentiale, insbesondere in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, identifiziert.

In diesem Zusammenhang fördert das MAGS ein Projekt zur Bestandsaufnahme der Palliativversorgung und Sterbebegleitung in NRW. Projektverantwortlich ist die „Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung“ (ALPHA NRW). In diesem Projekt werden sowohl die

Krankenhäuser als auch deren relevante Kooperationspartner anonym und online befragt. Aus den ausgewerteten Rückmeldungen soll zunächst ein Status quo festgelegt werden,

um in einem zweiten Schritt Handlungsempfehlungen für die Krankenhäuser und deren Kooperationspartner formulieren zu können.

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 einigen 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 Organspende-Regionen in Deutschland. Bei mehr als 10.000 Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten zur Organtransplantation sterben, laut Aussage der DSO, täglich drei Patienten aufgrund des bestehenden Organ-

mangels. In den Jahren 2018 und 2019 ist es zu einem leichten Anstieg der Organspenden in NRW gekommen, ohne dass hiermit die Organspendeproblematik auf der Bundes- oder Landesebene nur ansatzweise gelöst werden konnte.

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), zum Entwurf für ein „Gesetz für bessere Zusammenarbeit und Strukturen bei der Organspende (GZSO)“ sowie zu einem durch die Ärztekammern in NRW und die DSO konzipierten „Refresher-Kurs“ für Transplantationsbeauftragte aktiv begleitet und unterstützt.

Das retrospektiv ausgerichtete und von der DSO und der KGNW entwickelte Softwaretool TransplantCheck wird aktuell in einer Arbeitsgruppe mit Beteiligung der KGNW in Richtung eines Meldesystems in annähernd Echtzeit weiterentwickelt.

Deutsche Kodierrichtlinien für das Jahr 2020

Wie in den Vorjahren erfolgten im Sinne einer einheitlichen Kodierung Klarstellungen und Anpassungen an die ICD-10-GM, den OPS sowie an das G-DRG-System 2020.

Erfreulicherweise stehen zum Ende des Jahres 2019 die Verhandlungen für eine durchgreifende Überarbeitung der überaus kritischen Inhalte der Kodierrichtlinie (DKR) 1001 „Ma-

schinelle Beatmung“ zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG kurz vor dem Abschluss. In dieser werden die vollkommen realitätsfernen Aussagen des BSG zur nicht-invasiven Beatmung, zur Entwöhnung und zu besonderen Beatmungstherapien in der Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern aufgegriffen und neu geregelt.

ICD-10-GM-Version 2020 und OPS-Version 2020

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 26.09.2019 die amtlich gültige Fassung der ICD-10-GM-Version 2020 auf seiner Internetseite veröffentlicht. Wie in jedem Jahr sind Änderungen eingegangen, die sich aus dem Vorschlagsverfahren für die ICD-10-GM-Version 2020, dem Kalkulationsverfahren des InEK und dem jährlichen Revisionsverfahren der WHO ergeben haben. Neben redaktionellen Änderungen wurden Anpassungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten vorgenom-

men, bestehende Codes weiter differenziert und neue Codes eingeführt.

Nachdem das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) am 14.08.2019 die Vorabfassung des OPS 2020 auf seiner Internetseite zur Verfügung gestellt hat, wurde erst am 24.10.2019 die amtlich gültige Fassung für das Jahr 2020 veröffentlicht. Die zeitlichen Verzögerungen zum OPS-Katalog 2020 begründen sich durch die anhaltenden kontroversen Diskussionen zu mehreren Komplexcodes des OPS.

DRG-System 2020

Die Kalkulationsbasis ist mit 293 Krankenhäusern im Vergleich zum Vorjahr (274) deutlich angestiegen. Die Anzahl der DRGs nimmt im Vergleich zu den Vorjahren ab (Verlauf 2013 –

2020: 1.187 vs. 1.196 vs. 1.200 vs. 1.220 vs. 1.255 vs. 1.292 vs. 1.318 vs. 1.292). Die Streichungen begründen sich durch die erstmalige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten mit Er-

stellung eines sog. aG-DRG-Katalogs, in dem durch den Wegfall der Pflegepersonalkosten weniger Kostentrenner verfügbar sind. Daneben wurden im Bereich der Kinderheilkunde Anpassungen notwendig, um einer Unterfi-

nanzierung entgegenzuwirken. Insgesamt kam eine unveränderte Gruppierungssystematik zur Anwendung, die jedoch mit deutlich mehr Maßnahmen zur Datenplausibilisierung einherging.

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/ Psychosomatik (PEPP)

Im PEPP-System besteht ein Anstieg der Kalkulationshäuser von 112 auf 127 mit insbesondere einer erneut verbesserten Abbildung der Psychosomatik. Bei einem insgesamt moderaten klassifikatorischen Umbau des PEPP-Systems konnte eine differenziertere

Abbildung des Behandlungsgeschehens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Erwachsenenpsychiatrie erreicht werden. Ab dem kommenden Jahr besteht auch innerhalb des PEPP-Systems ein NUB-Verfahren (Start des Vorschlagsverfahrens in 2019).

Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V

Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V beschäftigte sich im Jahr 2019 mit einer „Verbesserung der geriatrischen Versorgung“, mit der „ambulanten Notfallversorgung“ sowie einer „rationalen Antibiotika-Versorgung“ (Federführung durch das Referat V).

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 sollen zunächst eine niedrigschwellige Strukturierung der sektorübergreifenden 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. Im Zeitraum von Februar 2017 bis April 2019 wurden unabhängig von den vorgenannten Modellstandorten in acht Städten/Kreisen in Nordrhein insgesamt 14 Veranstaltungen zur geriatrischen Versorgung durchgeführt, um Ärztinnen und Ärzten aus dem stationären und ambulanten Bereich Gelegenheit zur gemeinsamen Fortbildung und zur Diskussion über die regionalen Versorgungsstrukturen zu bieten. Dauerhaft ist derzeit eine bedarfsabhängige Fortführung der Beratungen in den Modellregionen vorgesehen.

Als Plattform für die Multiplikation der gewonnenen Erkenntnisse, für den Austausch

im Kreis aller an der Versorgung Beteiligten und für die Koordination der weiteren Aktivitäten bieten sich aus Sichtweise der Ärztekammer Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Geschäftsstelle die kommunalen Gesundheitskonferenzen an. Hierzu ist im Jahr 2020 ein Erfahrungsaustausch mit den Vertretern der kommunalen Gesundheitskonferenzen vorgesehen.

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 wurde, auf der Basis zwischenzeitlich durch das MAGS versandter Entwürfe, ein Konsenspapier formuliert und veröffentlicht.

Internetportal „Aus- und Weiterbildung für Pflegeberufe“

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

In diesem Zusammenhang wurde mit Mitteln des Landes in einem Zeitraum von April 2014

bis März 2017 und unter Beteiligung aller an der pflegerischen Versorgung beteiligten Verbände ein Internetportal „Aus- und Weiterbildung für Pflegeberufe“ erfolgreich realisiert.

Nach Ablauf der Förderung wurde durch die oben genannten Verbände ein erneuter 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.

Dieser wurde leider aufgrund einer „Eigenentwicklung“ des MAGS nicht positiv beschieden.

Aktuell werden die technischen Komponenten des Internetportals durch die KGNW wei-

ter betrieben, zur zukünftigen inhaltlichen Ausrichtung des Internetportals erfolgen Gespräche mit der LAG und dem bpa.

Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die KGNW hat 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 hygienerrelevanter 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. Seit dem Start der sog. Interventionsphase im Oktober 2017 durch die Unikliniken in Aachen und Münster, 17 beteiligte weitere Krankenhäuser in den Re-

gionen Aachen und Münsterland sowie durch mehr als 100 teilnehmende Ärzte im Ärztenetz MuM Medizin und Mehr aus Bünde und im Gesundheitsnetz Köln-Süd e. V. wurden mehr als 150.000 Patientinnen und Patienten in das Projekt aufgenommen. Hiermit stellt TELnet@NRW die europaweit größte telemedizinische Studie dar. In der zweiten Jahreshälfte 2019 wurden die Datenakquise beendet und die wissenschaftliche Auswertung gestartet. Dieser Vorgang wird in der ersten Jahreshälfte 2020 abgeschlossen sein. Das Projekt wird in der Zwischenzeit durch eine gesonderte Finanzierung der Krankenkassen fortgeführt. Parallel hierzu wurde im Landesausschuss für Krankenhausplanung beschlossen, die telemedizinische Versorgung in die Liste der krankenhauserplanerisch ausgewiesenen und potentiell zuschlagsberechtigten Zentren aufzunehmen.

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.
- 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), die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) sowie die Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne wurden zwischenzeitlich veröffentlicht. Zusätzlich tritt zum 01.01.2020 die Verordnung zur Durchführung des Pflegeberufegesetzes in Nordrhein-Westfalen in Kraft.

Im Kontext der Umsetzung des PflBG auf der Landesebene wurde ein Begleitgremium eingesetzt. Die KGNW ist in diesem Gremium vertreten. Seit Mitte des Jahres 2019 werden auf der Basis des Abschlussberichts und der formulierten Maßnahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ durch fünf Arbeitsgruppen des Landesausschusses für Alter und Pflege NRW die Handlungsoptionen und Notwendigkeiten zu folgenden Themen erörtert:

- Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023)
- Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung
- Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung
- Pflegekräfte aus dem Ausland
- Entlohnungsbedingungen in der Pflege

Ebenfalls im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ wurde das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragt, gemeinsam mit den an der pflegerischen Versorgung beteiligten Institutionen Empfehlungen für Kooperationsverträge zu formulieren. Nach einem initialen Workshop im April 2019 wurden im Oktober 2019 Formulierungshilfen für Kooperationsverträge durch das BIBB veröffentlicht. Im Vorfeld dieser Formulierungshilfen hatte die DKG bereits fünf unterschiedliche Musterverträge für Kooperation den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen der Diskussionen innerhalb des Begleitgremiums zur Umsetzung des Pflegeberufgesetzes in Nordrhein-Westfalen und im Verlauf der Budgetverhandlungen gemäß

§ 30 PflBG (Ausbildungspauschalen) wurde wiederholt die inhaltliche und formale Ausgestaltung von Kooperationsverbänden im Kontext der zukünftigen Pflegeausbildung thematisiert. Aufgrund der übergeordneten Bedeutung dieser breit gefächerten Kooperationen wurde zwischen den an der Pflegeausbildung beteiligten Verbänden vereinbart, diesen Versorgungsaspekt vertiefend zu diskutieren und ein Eckpunktepapier zu erstellen. Dieses liegt mittlerweile in einer weitgehend abgestimmten Entwurfsfassung mit dem Titel „Kein Ausbildungsplatz darf verloren gehen. Keiner kann (soll) mehr alleine ausbilden. Ausbildungskooperationen in den Regionen im Rahmen der gemeinsamen Pflegeausbildung.“ vor und soll kurzfristig veröffentlicht werden.

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 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 Pfe-

genden dies wollen. Hierfür wurde eine repräsentative Befragung unter den professionell Pflegenden durchgeführt. Im Rahmen dieser Befragung hat sich die überwiegende Mehrheit der Pflegenden für eine Pflegekammer ausgesprochen.

Aus diesem Grund wurde seitens des MAGS der Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen vorgelegt. Hierzu hat die KGNW Stellung genommen. Der weitere zeitliche Ablauf zur Gründung einer Pflegekammer NRW ist derzeit noch unbestimmt.

Personaluntergrenzen in der Pflege

Gemäß § 137i SGBV (Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern) haben die Selbstverwaltungspartner Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen.

Trotz einer zweistelligen Anzahl von Verhandlungsterminen sowie mehrerer begleitender Gutachtenaufträge an das IQTIG, das InEK und die Unternehmensberatung KPMG kam keine Vereinbarung zu den Pflegepersonaluntergrenzen zwischen den Selbstverwaltungspartnern zustande. Aus diesem Grund wurden durch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 10.10.2018 per Ersatzvornahme mittels der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in vier pflegesensitiven Bereichen nach § 137i SGBV festgesetzt.

Entsprechend den Vorgaben im § 137i SGBV zur jährlichen Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern erfolgten in 2019 regelmäßige Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG. Bis zum 31.08.2019 sollten die bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen überprüft und mit Wirkung zum 01.01.2020 neue Pflegepersonaluntergrenzen (inklusive der Neurologie und Herzchirurgie sowie Schweregradgruppen) festgelegt werden.

Des Weiteren sollen neue pflegesensitive Bereiche (inklusive Schweregradgruppen) mit Wirkung zum 01.01.2021 vereinbart werden.

Parallel zu den oben genannten Beratungen haben die Krankenhäuser ihre PpUG-Meldungen zum 1. und 2. Quartal 2019 mit folgenden Kennzahlen an das InEK übermittelt:

Gesamterfüllungsgrad

- 1. Quartal: ca. 88 Prozent (Geriatric ca. 84 Prozent, Intensivmedizin ca. 92 Prozent, Kardiologie ca. 92 Prozent, Unfallchirurgie ca. 82 Prozent)
- 2. Quartal: ca. 96 Prozent (Geriatric ca. 95 %, Intensivmedizin ca. 97 Prozent, Kardiologie ca. 98 Prozent, Unfallchirurgie ca. 94 Prozent)

Gesamtanteil nicht erfüllter Schichten

- 1. Quartal: ca. 17 Prozent (Geriatric ca. 22 Prozent, Intensivmedizin ca. 12 Prozent, Kardiologie ca. 13 Prozent, Unfallchirurgie ca. 24 Prozent)
- 2. Quartal: ca. 10 Prozent (Geriatric ca. 13 Prozent, Intensivmedizin ca. 8 Prozent, Kardiologie ca. 7 Prozent, Unfallchirurgie ca. 14 Prozent)

Der Vorstand der DKG hat sich mit seinen „Eckpunkten für eine bedarfsgerechte Personalausstattung und Finanzierung im gesamten Krankenhaus“ für eine zeitnahe Neuausrichtung der Diskussionen zur Pflege-

personalausstattung in den Krankenhäusern ausgesprochen (u. a. Schulterschluss mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Gewerkschaften, Bemessungsinstrument für eine qualitativ hochwertige Pflegepersonalausstattung, ausgewogener Skill- und Grade-Mix, flexible Korridore, Abschaffung der fehlsteuernden Pflegepersonaluntergrenzen, Ganzhausansatz mit innerbetrieblicher Personalverteilung, Entbürokratisierung, vollständige Refinanzierung). Aus diesem Grund wurden nach zahlreichen und komplexen Abstimmungen auf der Fachebene zwischen der DKG, dem DPR und ver.di am 13.08.2019 auf einer gemeinsamen Pressekonferenz „Eckpunkte für ein Gemeinsames Konzept für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung im gesamten Krankenhaus auf allen bettenführenden Stationen – Entwicklung eines Instrumentes zur verbindlichen Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonalausstattung“ vorgestellt. Als Grundlage für das (Interims-)Instrument soll die Struktur der Pflegepersonal-Regelung (PPR) unter Anpassung der A- und S-Bereiche, einschließlich der Grund- und Fallwerte, dienen. Das Pflegepersonalbemessungsinstrument soll unmittelbar verbindlich sein und kontinuierlich auf Basis pflegewissenschaftlicher und versorgungsrelevanter Erkenntnisse weiterentwickelt werden. Nach einer Übergangsphase sollen bei einer Nichterfüllung des ermittelten Personalbedarfs gestufte Interventionen greifen. Gesonderte Regelungen/Instrumente sollen für den Nachtdienst, für die Pflegepersonalbemessung auf der Intensivstation sowie für die Pflegepersonalbemessung in der Kinderkrankenpflege festgelegt werden.

Am 30.08.2019 hat das Präsidium der DKG einstimmig beschlossen, die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin, Neurologie, Geriatrie, Unfallchirurgie, Herzchirurgie und Kardiologie aufgrund einer in zentralen Verhandlungspunkten versorgungsfernen und nicht kompromissbereiten Haltung des GKV-Spitzenverbandes abzubrechen.

Am 09.09.2019 wurde deshalb seitens des BMG der Referentenentwurf zu einer „Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)“ veröffentlicht. In diesem Entwurf werden erfreulicherweise, entsprechend den Forderungen der DKG, für das Jahr 2020 für die Intensivmedizin die Regelungen der aktuell gültigen PpUGV (Ersatzvornahme des BMG vom 05.10.2018) übernommen (Tagschicht 2,5:1, Nachtschicht 3,5:1). Erst ab dem Jahr 2021 sollen die vom InEK statistisch erhobenen Personalquoten in der Intensivmedizin zur Anwendung kommen (Tagschicht 2:1, Nachtschicht 3:1). Demgegenüber hat das BMG eine Untergliederung der Neurologie in drei pflegesensitive Bereiche (Neurologie, neurologische Frührehabilitation, Stroke Unit) aufgenommen. Darüber hinaus wurden zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen neben den bekannten Tracer-DRGs, additive Schwellenwerte für Belegungstage in den einzelnen pflegesensitiven Bereichen formuliert (5.000 Belegungstage in der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie und der Herzchirurgie sowie 3.000

Belegungstage in der neurologischen Frührehabilitation). Gleichzeitig wurde die Anzahl der Behandlungsfälle mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8 – 980.* oder 8 – 98f.*) zur Identifikation eines pflegesensitiven Bereichs in der Intensivmedizin von 400 auf fünf reduziert. Im Ergebnis ist nunmehr eine deutlich größere Anzahl von Krankenhäusern von den Pflegepersonaluntergrenzen betroffen. Bezüglich der Ausnahmetatbestände wurden die Inhalte der Ersatzvornahme des BMG vom 05.10.2018 übernommen. Der Personalmix wurde an die Ergebnisse der InEK-Ab-

frage zur Ist-Personalausstattung und somit zugunsten der dreijährig examinierten Pflegekräfte verschoben, die Auszubildenden im zweiten und dritten Ausbildungsjahr können weiterhin nicht für die Pflegepersonaluntergrenzen angerechnet werden.

Unabhängig von der am 09.09.2019 veröffentlichten Ersatzvornahme des BMG laufen die Verhandlungen zur Neufassung der PpUG-Nachweis-Vereinbarung und Sanktionsvereinbarung auf der Arbeitsebene zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG weiter.

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. Derzeit 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“ ist eine vergleichbare Situation in den anderen Bundesländern zu entnehmen. 84 Prozent der Perinatalzentren in Deutschland sind „Nichterfüller“ (180 von 215 Perinatalzentren). Je nach Bundesland schwankt der Anteil an Zentren, die die Vorgaben nicht er-

füllen, zwischen 36 Prozent und 100 Prozent. Als Gründe hierfür werden eine fehlende Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal am Arbeitsmarkt, ein hohes bzw. unvorhergesehenes Patientenaufkommen, ein akuter bzw. unvorhergesehener Personalausfall, 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. Nach langwierigen und kontroversen Diskussionen wurden am 18.09.2019 im Plenum des G-BA zahlreiche Änderungen der QFR-RL beschlossen. Die zentralen Neuregelungen sind nachfolgend aufgeführt:

1. Einführung des Standortbezugs:

Die Mindestanforderungen der Richtlinie sind zukünftig standortbezogen zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 KHG i. V. m. dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Abs. 6 SGB V zugrunde gelegt.

2. Verlängerung der Übergangsregelung zum klärenden Dialog:

Perinatalzentren, die die Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht erfüllen, können weiterhin nach erfolgter Meldung von diesen Anforderungen abweichen. Diese Regelung ist bis zum 31.12.2021 verlängert worden.

3. Ausnahmetatbestände:

Perinatalzentren können zukünftig von den Pflegeschlüsseln (1:1 bei Intensivtherapiepflichtigkeit, 1:2 bei Intensivüberwachungspflichtigkeit) abweichen:

- bei krankheitsbedingten Personalausfällen, die über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent des in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltenden Personals) hinausgehen oder
- bei unvorhersehbarem Zugang von mehr als zwei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 g innerhalb einer Schicht.

Die Krankenhäuser haben die Mindestanforderung unverzüglich, spätestens jedoch zu Beginn der nach Ablauf von 48 Stunden beginnenden Schicht, wieder zu erfüllen.

4. 100-prozentige Erfüllungsquote der Pflegeschlüssel mit Übergangsregelung:

Die oben genannten Pflegeschlüssel sind zukünftig zu 100 % zu erfüllen, wenn kein Ausnahmetatbestand vorliegt. Allerdings gibt es hierfür eine Übergangsregelung. Für die Jahre 2020, 2021 und 2022 gilt eine Erfüllungsquote von 90 %. Für das Jahr 2023 gilt eine Erfüllungsquote von 95 %. Ab dem 01.01.2024 gilt dann die Erfüllungsquote von 100 %. Für die Jahre 2020 und 2021 kann darüber hinaus von den Anforderungen an die pflegerische Versorgung im Rahmen des klärenden Dialogs (siehe oben) abgewichen werden.

5. Einbezug der Gesundheits- und Krankenpflege:

Bis zu einem maximalen Anteil von 15 Prozent je Einrichtung können zukünftig auch Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ und gleichzeitig vorhandener Berufserfahrung auf einer neonatologischen Intensivstation (mindestens fünf Jahre seit Ausbildungsabschluss sowie mindestens drei Jahre zwischen dem 01.01.2012 und dem 19.09.2019) im Pflegedienst des Perinatalzentrums (neben Gesundheits- und Kinderkrankenpflegepersonen) eingesetzt werden.

6. Anrechenbarkeit von Pflegepersonen in Fachweiterbildung:

Zukünftig können Kinderkrankenpflegepersonen, die sich in einer Fachweiterbildung „Pä-

diatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden, mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums, bei dem sie tatsächlich tätig sind, angerechnet werden.

7. Neue Anforderungen an die pflegerische Stationsleitung:

Zukünftig berücksichtigt die QFR-RL auch akademisch ausgebildetes Pflegepersonal im Rahmen des Nachweises der Leitungskompetenz einer neonatologischen Intensivstation. Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit einer vorliegenden Hochschulqualifikation einzelner Pflegefachpersonen auf Antrag eine Einschätzung ab und übermittelt die Ergebnisse dem G-BA, der diese auf seiner Internetseite veröffentlicht. Zusätzlich hat die Stationsleitung ab dem 01.01.2024 eine Fachweiterbildung entsprechend I.2.2 bzw. II.2.2 Abs. 2 der Anlage 2 QFR-RL nachzuweisen.

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 gemäß § 116b SGB V (alt) durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 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, gynäkologische Tumoren, Mukoviszidose, rheumatologische Erkrankungen, urologische Tumoren, Morbus Wilson und seltene Lebererkrankungen – auch in diesem Jahr weitere erkrankungsbezogene Anlagen zur Richtlinie Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) beschlossen:

- Hauttumoren – in Kraft getreten am 11.05.2019 (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 005/2019 vom 08.01.2019 und Nr. 267/2019 vom 11.06.2019) und

- Hämophilie – in Kraft getreten am 04.07.2019 (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 172/2019 vom 11.04.2019 und 341/2019 vom 17.07.2019)

Des Weiteren hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Sitzung am 22.03.2019 die jährliche Anpassung der jeweils erkrankungsbezogenen Appendizes an den aktuellen einheitlichen Bewertungsmaßstab sowie weitere Änderungen beschlossen. Dieser am 24.08.2019 in Kraft getretene Beschluss stellt u. a. klar, dass auch in der ASV Anwendungen der Telematikinfrastruktur genutzt werden können, sofern die technischen Voraussetzungen vorliegen. Gleichzeitig erfolgt eine Ergänzung der Appendizes aller Anlagen um Gebührenordnungspositionen zur Erstellung, Anpassung bzw. zum Löschen des Notfalldatensatzes (GOP 01640 bis 01642). Von erheblicher Relevanz für Krankenhausärzte ist die Neuaufnahme der Regelung im Erkrankungsbereich der Anlage 1.1a) – Tumorgruppe 2: Gynäkologische Tumore, die Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe auch dann eine Teilnahme ermöglicht, wenn diese nicht über die Schwerpunktbezeichnung gynäkologische Onkologie verfügen. Stattdessen genügt der Nachweis der Zusatzweiterbildung medikamentöse Tumorthherapie und die Durchführung gewisser Operationen. Im Weiteren wurde in den onkologischen Anlagen die Definition des besonderen Krankheitsverlaufes

angepasst und erweitert. Eine umfassende Übersicht über sämtliche Neuerungen bitten wir unseren KGNW-Rundschreiben zu entnehmen. (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 172/2019 vom 11.04.2019, Nr. 393/2019 vom 21.08.2019 und Nr. 405/2019 vom 29.08.2019).

Auch in diesem Jahr sind wieder Übergangsfristen für Altbestimmungen in nachfolgenden Erkrankungsbereichen ausgelaufen:

- Gynäkologische Tumoren (zum 09.08.2019) und
- Pulmonale Hypertonie (zum 31.05.2019).

Bei fortbestehendem Interesse an der Erbringung ambulanter Leistungen in den vorgenannten Bereichen mussten Krankenhäuser eine Anzeige gegenüber dem jeweils zuständigen erweiterten Landesausschuss stellen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 005/2019 vom 08.01.2019).

Aktueller Umsetzungsstand (Tätigkeit der erweiterten Landes- ausschüsse in NRW)

Mit über 200 eingegangenen Neu- oder Änderungsanzeigen im Jahr 2019 gehörte die Prüfung der Anzeigen zu einem der Aufgabenschwerpunkte des Referats IV. Der erhebliche Anstieg der (Änderungs-)Anzeigeneingänge

ist u. a. auf die Überführung der vorgenannten zwei Erkrankungsbereiche in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, insbesondere aber auf den ausgelaufenen Bestandschutz im Bereich der gynäkologischen Tumoren sowie die zahlreichen Änderungen in der personellen Zusammensetzung der ASV-Teams zurückzuführen.

Die Anzeigen wurden in diesem Jahr bis auf zwei Ausnahmen 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 durch die verdoppelte Anzahl der eingereichten Anzeigen im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr quantitativ erheblich zugenommen hat. Daneben weisen die Anzeigenunterlagen immer häufiger einen erhöhten Umfang auf, da zunehmend Großkrankenhäuser und Universitätskliniken mit großen ASV-Teams ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung anzeigen und die Krankenhäuser, der KGNW-Empfehlung folgend, zur Sicherstellung eines durchgehend vollständigen ASV-Teams sowie zur nachträglichen administrativen Reduzierung Mehrfachbenennungen vornehmen.

Die Gesamtzahl der bislang eingegangenen Neu- und Änderungsanzeigen/Stand: 15.11.2019 stellt sich wie folgt dar:

Übersicht ASV-Anzeigeverfahren in Westfalen-Lippe

G-BA-Beschlüsse zur ASV			Anzeigen (inkl. erneuter Anzeigen nach vormaliger Ablehnung)						Änderungs- anzeigen				Ver- zicht
G-BA-Anlage	Erkrankungsbild	Inkrafttreten	gesamt	offen	positive Entscheidungen			abgelehnt	gesamt	offen	bewilligt	abgelehnt	
		[Ablauf der Altbestimmungen]			gesamt	nach WS	nach 2. Anzeige						
1.1a (TG1)	Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	26.07.2014 [25.07.2017]	23	0*	22		1	1	139	2	137		1*
1.1a (TG2)	Gynäkologische Tumoren	10.08.2016 [09.08.2019]	18*	0	18				29	2	27		1*
2a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	24.04.2014 [23.04.2017]	5	0	4		1	1	13	0	13		
2k	Marfan-Syndrom	30.06.2015 [29.06.2018]	1	0	1				2	1	1		
2l	Pulmonale Hypertonie	01.06.2016 [31.05.2019]	7	1 vertagt	6				9	3	6		
2b	Mukoviszidose	18.03.2017 [17.03.2020]	0	0									
1.1b	Rheumatologische Erkrankungen	19.04.2018 [18.04.2021]	6	0	6				9	2	7		
1.1a	Urologische Tumoren	26.04.2018 [25.04.2021]	2	0	2				6	1	5		
2h	Morbus Wilson	12.06.2018 [11.06.2021]	0	0									
2o	Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	16.08.2018 [15.08.2018]	0	0									
			44						207				

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 Altbestimmungen]			gesamt	nach WS	nach 2. Anzeige							nach 3. Anzeige
1.1 a (TG1)	Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	26.07.2014 [25.07.2017]	34	0	28	1			6	115	7	107		1*
1.1 a (TG2)	Gynäkologische Tumoren	10.08.2016 [09.08.2019]	19	1	16				2	36	6	30		
2a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	24.04.2014 [23.04.2017]	11	0	7		1	1	4	6	1	5		
2k	Marfan-Syndrom	30.06.2015 [29.06.2018]	1	0	1					2	0	2		
2l	Pulmonale Hypertonie	01.06.2016 [31.05.2019]	5	0	5					7	0	7		
2b	Mukoviszidose	18.03.2017 [17.03.2020]	5	1	3				1	3	0	3		
1.1b	Rheumatologische Erkrankungen	19.04.2018 [18.04.2021]	4	0	4					12	1	11		
1,1a	Urologische Tumoren	26.04.2018 [25.04.2021]	4	0	4					9	3	6		
2h	Morbus Wilson	12.06.2018 [11.06.2021]	0	0										
2o	Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	16.08.2018 [15.08.2018]	0	0										
1.1a (TG 4)	Hauttumoren	16.08.2018 [15.08.2018]	1	1										
			84							190				

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 zwei hinzugekommenen Erkrankungsbilder im Rahmen

der Landesarbeitsgruppe zu § 116b SGB V intensiv begleitet und es wurde sichergestellt, dass die Anzeigeformulare ausschließlich den Inhalt der jeweiligen erkrankungsbezogenen Anlagen der ASV-RL wiedergeben und keine darüber hinausgehenden Anforderungen – auch 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 haben die Geschäftsstellen beider Landesbereiche – Nordrhein und Westfalen-Lippe – eine Aufstockung des Personalschlüssels für das Jahr 2020 angekündigt und entsprechend in den Kostenplänen verankert.

Landesvereinbarung zu § 5 APG NRW

Die Verhandlungen der Landesvereinbarung zu § 5 APG NRW konnten im Jahr 2019 abgeschlossen werden. Die neue Vereinbarung zu § 5 APG tritt zum 01.11.2019 in Kraft und löst die alten Vereinbarungen nach § 3 Landespflegegesetz NRW zum unmittelbaren Übergang von der Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen vollstationären Pflege/Kurzzeitpflege vom 31.08.1999 und zum unmittelbaren Übergang von der Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen ambulanten Pflege vom 30.06.1999 ab.

Die Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen/Medizinischen Diensten sowie den beigetretenen Sozialhilfeträgern in NRW beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in eine notwendige pflegerische Versorgung und soll die schnellstmögliche Begutachtung und nahtlose Überleitung von der Krankenhausbehandlung in die ambulante oder stationäre Pflege ermöglichen.

Die Vereinbarung zu § 5 APG NRW ist für alle im Land Nordrhein-Westfalen zugelassenen Krankenhäuser (§ 108 SGB V), zugelassenen Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI), tätigen Pflegekassen (§ 1 Abs. 3 SGB XI), die private Pflegepflichtversicherung und beigetretenen Träger der Sozialhilfe unmittelbar verbindlich.

Familiale Pflege gemäß § 45 SGB XI

Im Laufe des Jahres 2018 informierte die Geschäftsstelle darüber, dass das Modellprojekt „Familiale Pflege nach § 45 SGB XI“ zum 31.12.2018 ausläuft und in die „Regelversorgung“ überführt wird. In den ab 2019 geltenden Verträgen zwischen Pflegekassen und zugelassenen Krankenhäusern wird in § 3 Abs. 1 bestimmt, dass die Inhalte der Pflegekurse (als zur Erreichung der in § 2 definierten Ziele erforderliche Schulungsmaßnahmen) auf Basis der Pflegekurskonzeption der Pflegekasse bzw. einer vergleichbaren Konzeption zu erbringen sind.

Die aktuelle Pflegekurskonzeption der AOK nebst Inhaltsverzeichnis und Erläuterungen ist seit dem 11.12.2018 im Mitgliederservice der KGNW unter der neu eingerichteten Rubrik „Familiale Pflege“ einsehbar (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 568/2018 vom 05.12.2018).

Zudem haben die AOK-Pflegekassen allgemeine Informationen zur Umsetzung, zur Abrechnung der Pflegekurse und zu den jeweiligen Ansprechpartnern im Rahmen der familialen Pflege zur Verfügung gestellt. Hierüber hat die KGNW mit dem Rundschreiben Nr. 356/2019 vom 24.07.2019 informiert.

Selbstverwaltung Bundesebene

G-BA-Regelungen gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Mindestmengenregelung, Mm-R)

Mit Beschluss vom 17.11.2017 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) umfangreiche Änderungen an den Mindestmengenregelungen vorgenommen. Hinsichtlich der Prognoseübermittlung sind die Übergangsbestimmungen im Jahr 2019 abgelaufen.

Mit den KGNW-Rundschreiben Nr. 289/2019 vom 27.06.2019 und Nr. 332/2019 vom 12.07.2019 hat die Geschäftsstelle darüber informiert, dass die Krankenhäuser für das Budgetjahr 2020 ihre Prognose bis spätestens zum 15.07.2019 an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen schriftlich oder in der in der Richtlinie vorgegebenen elektronischen Form übermitteln müssen.

Kooperationsverträge nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG)

Aufgrund der Neuregelungen des Pflegeberufegesetzes (PflBG) gewinnen Kooperationen zwischen Pflegeschulen und Trägern der praktischen Ausbildung, zwischen Trägern der praktischen Ausbildung untereinander sowie zwischen Trägern der praktischen Ausbildung und externen Einsatzstellen an Bedeutung. Als Grundlage für diese Kooperationen empfiehlt es sich, entsprechende Kooperationsverträge abzuschließen, die die Zusammenarbeit der kooperierenden Partner verbindlich definieren/konkretisieren.

Eine Arbeitsgruppe der DKG, in die auch die KGNW sowie Praktiker aus Pflegeschulen und Trägern der praktischen Ausbildung eingebunden waren, hat Musterverträge für die wichtigsten Kooperationsformen in der Pflegeausbildung erarbeitet, die den Mitgliedern mit KGNW-Rundschreiben Nr. 294/2019 vom 28.06.2019 zur Verfügung gestellt wurden.

Gesetzesinitiativen/-änderungen

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

a) Verjährung

Im Laufe des Jahres 2018 hat der Gesetzgeber das PpSG erarbeitet und beraten. Im Zuge dessen hat der Bundestag am 09.11.2018 in seiner 2./3. Lesung eine Verjährungsverkür-

zung auf zwei Jahre beschlossen. Die verkürzte Verjährungsfrist von zwei Jahren gilt für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser ab Inkrafttreten des PpSG zum 01.01.2019 (für die Zukunft), für Erstattungsansprüche der Krankenkassen hingegen bereits rückwirkend (ab dem 09.11.2018).

Konkret bedeutet dies, dass Krankenhäuser ihre offenen Forderungen aus 2014 bis Ende 2018 bzw. Forderungen aus 2015 bis Ende 2019 gerichtlich geltend machen müssen. Die Krankenkassen konnten ihre Erstattungsforderungen aus 2014 bis 2016 nur bis zum 09.11.2018 gerichtlich geltend machen. Für Rückforderungen aus den Jahren 2017 und 2018 gilt auch bereits die zweijährige Verjährungsfrist. Über die Änderungen der Verjährungsregelungen hat die Geschäftsstelle mit dem Rundschreiben Nr. 509/2018 vom 14.11.2018 informiert und eine Übersicht über die neuen Fristen zur Verfügung gestellt.

Im Vorfeld dieser gesetzlichen Änderungen haben die Krankenkassen bereits zahlreiche Klagen, aber auch die Vornahme von Verrechnungen angekündigt.

b) Klagewelle

Diese Ankündigung haben die Krankenkassen in großer Zahl umgesetzt. Die bis zum 09.11.2018 eingereichten Klagen zu Rückforderungen in Sachen geriatrische und neurologische Komplexbehandlungen haben die betroffenen Krankenhäuser bundesweit in erhebliche finanzielle Schieflagen gebracht. Um eine für alle Beteiligten einheitliche Lösung zu finden, hat die KGNW nachdrücklich empfohlen, keine Vergleiche bezüglich der Erstattungsklagen zu Rückforderungen abzuschließen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 527/2018 vom 23.11.2018).

Als erste Reaktionsmöglichkeit hat die Geschäftsstelle den Mitgliedshäusern mit dem KGNW-Rundschreiben Nr. 542/2018 vom

30.11.2018 ein Musterschreiben zur Erwidern auf durch Krankenkassen vorgenommene Verrechnungen sowie ein Muster für eine Klageerwidern bei Sammelklagen zur Verfügung gestellt. Darauf aufbauend hat die KGNW zwei konkrete Musterklageerwidern in Sachen neurologischer und geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung als weitere Hilfestellung erarbeitet und mit Rundschreiben Nr. 550/2018 vom 05.12.2018 veröffentlicht.

Am 03.12.2018 hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) infolge des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) Klarstellungen zu den OPS-Kodes 8-550 und 8-981/8-98b veröffentlicht. Ferner hat am 06.12.2018 ein vom Bundesministerium für Gesundheit initiiertes Schlichtungsgespräch zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Bundesverbänden der Krankenkassen stattgefunden. Infolge dieses Gesprächs wurde eine gemeinsame Empfehlung zum weiteren Vorgehen der Krankenkassen beschlossen. Über diese Entwicklungen hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 560/2018 vom 07.12.2018 berichtet. Ergänzend hat das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 12.12.2018 weitere Klarstellungen formuliert (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 590/2018 vom 19.12.2018). Hiermit sollte den Klagerücknahmen durch die Krankenkassen der Weg bereitet werden.

In diesem Zusammenhang hat die KGNW mit den Rundschreiben Nr. 069/2019 vom 07.02.2019 und Nr. 099/2019 vom 06.03.2019 eine Sachstandsabfrage durchgeführt, um die konkrete Betroffenheit der Mitglieder

hinsichtlich der Klage-/Verrechnungswelle der Krankenkassen zu eruieren.

Bis zum 27.03.2019 sind insgesamt 77 Rückmeldungen bei der KGNW eingegangen. Das von diesen Krankenhäusern gemeldete aktuelle Klage-/Verrechnungsvolumen betrug 67.225.738,00 Euro. Anlässlich dieses hohen Rückforderungsvolumens hat die KGNW folgende Schritte unternommen (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 151/2019 vom 02.04.2019):

- Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales wurde am 29.03.2019 über den aktuellen Sachstand der Klage- und Verrechnungswelle der Krankenkassen informiert und um weitere Unterstützung gebeten.
- Zugleich hat die KGNW mit Schreiben vom 29.03.2019 die Landesverbände der Krankenkassen aufgefordert, alle Klagen für Erstattungsforderungen von Komplexbehandlungskodes betreffend die OPS-Kodes 8-550 und 8-981/8-98b zurückzunehmen.
- Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wurde zeitgleich um weitere Unterstützung auf Bundesebene ersucht.
- Die Mitglieder der KGNW wurden gebeten gegenüber den Krankenkassen an der „No-Deal-Haltung“ festzuhalten.

Zwischenzeitlich hatte eine Krankenkasse den Krankenhäusern unter Bezugnahme auf Gespräche der KGNW mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Vergleichsangebote unterbreitet. Mit dem KGNW-Rund-

schreiben Nr. 259/2019 vom 05.06.2019 hat die Geschäftsstelle darauf hingewiesen, dass die KGNW weiter an der „No-Deal-Haltung“ festhält und die Information der Krankenkasse bezüglich eines bestehenden Konsenses zwischen Krankenkassen, KGNW und Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Sachen geriatrische Komplexbehandlung falsch ist. Die KGNW stellte ferner klar, dass zu keinem Zeitpunkt Zugeständnisse dahingehend erfolgt sind, dass in der Vergangenheit (vor dem BSG-Urteil) alle Berufsgruppen an der wöchentlichen Teambesprechung zu beteiligen waren bzw. eine fehlende Beteiligung eine Rückforderung rechtfertigt.

Währenddessen haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft dem Bundesministerium für Gesundheit eine Übersicht über den aktuellen Sachstand zur Klagewelle/zu den Klagerücknahmen übermittelt. Des Weiteren hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein Rechtsgutachten zur Verfügung gestellt. Darin werden die vom Gesetzgeber im Rahmen des PpSG getroffenen Regelungen zur Verkürzung der Verjährung, der Rückwirkung der kurzen Verjährungsfrist sowie die Möglichkeit zur Vornahme rückwirkender Klarstellungen bei OPS-Kodes durch das DIMDI als verfassungsgemäß erachtet. Die KGNW hat dieses Gutachten mit Rundschreiben Nr. 281/2019 vom 21.06.2019 zur Verfügung gestellt.

Um auf Landesebene eine Lösung für die Klagewelle in NRW zu finden, hat die KGNW zahlreiche Gespräche mit dem Ministerium

für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie den Kostenträgern geführt. Mit dem Rundschreiben Nr. 368/2019 vom 31.07.2019 hat die Geschäftsstelle darüber berichtet, dass das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ein „Ergebnisprotokoll zum Gespräch am 05.04.2019 mit Vertretern der Kostenträger und der KGNW“ erarbeitet und der KGNW sowie den Landesverbänden der Krankenkassen in der abschließenden Version mit Schreiben vom 09.07.2019 zugeleitet hat. Von dem Ergebnisprotokoll werden sowohl die eingeklagten Rückforderungen für die Jahre 2014 bis 2016 als auch die ggf. streitigen Abrechnungsfälle der Jahre 2017 und 2018 erfasst.

Der Vorstand der KGNW hat dem Ergebnisprotokoll mehrheitlich zugestimmt und sieht darin – unter Beibehaltung der Rechtsposition zum generellen Vertrauensschutz bei abgeschlossenen, vom MDK geprüften und vorbehaltlos gezahlten Rechnungen/Fällen – eine gute Basis, um eine Vielzahl der anhängigen Streitverfahren schnellstmöglich zu beenden.

Die „No-Deal-Haltung“ der KGNW wird damit partiell bezüglich der Gerichtskosten und einer Sachverhaltskonstellation bei der geriatrischen Komplexbehandlung (kein Nachweis der Vorhaltung und bedarfsorientierte Einbindung aller für die Teambesprechung geforderter Berufsgruppen) aufgegeben.

Die KGNW hat ihren Mitgliedern ein dem Ergebnisprotokoll entsprechendes Vorgehen empfohlen. Inwieweit das Ergebnisprotokoll zur Lösung der Klagewelle beiträgt, bleibt derzeit noch abzuwarten.

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

MDK-Prüfungen – sowohl Einzelfall- als auch Strukturprüfungen – führen in der täglichen Praxis oftmals zu einer Vielzahl von Problemen. Um der voranschreitenden Eskalation in diesem Bereich entgegenzuwirken, hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Referentenentwurf für ein MDK-Reformgesetz vorgelegt. Über den Referentenentwurf hat die Geschäftsstelle mit dem KGNW-Rundschreiben Nr. 221/2019 vom 14.05.2019 erstmals informiert.

Am 17.07.2019 wurde der Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) durch das Bundeskabinett verabschiedet und liegt seitdem als offizieller Regierungsentwurf vor. Über die wichtigsten Inhalte hat die KGNW mit Rundschreiben Nr. 347/2019 vom 18.07.2019 informiert. Diese stellen sich kurz zusammengefasst wie folgt dar:

- Einführung eines Aufrechnungsverbotes der Krankenkassen in § 109 SGB V
- Neuerungen im Bereich des ambulanten Operierens im Krankenhaus (§ 115b SGB V)
- Neuregelungen des Verfahrens zur Prüfung von Krankenhausabrechnungen in den §§ 275c f. SGB V
 - Drei-Monats-Frist zur Prüfeinleitung durch die Krankenkassen
 - Einführung einer quartalsbezogenen Prüfquote in Höhe von fünf, zehn oder 15 Prozent in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen

- Einführung einer Sanktionsregelung, deren Höhe sich einerseits nach der Prüfquote richtet, aber andererseits auf maximal 1.500 Euro begrenzt ist
 - Quartalsbezogene, bundeseinheitliche Auswertungen durch den GKV-SV
 - Prüfung von Strukturmerkmalen durch den neuen Medizinischen Dienst als Abrechnungs- und Vereinbarungsvoraussetzung für die Budgetverhandlung
- Errichtung eines neuen Medizinischen Dienstes (MD) auf Landes- und Bundesebene in den §§ 278 ff. SGB V
 - Umstrukturierung in Körperschaften des öffentlichen Rechts
 - Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrats, aber ohne Beteiligung von Vertretern der Krankenhäuser
 - Sozialmedizinischer Dienst (SMD) bleibt eigenständig.
 - Richtlinienkompetenz für bundeseinheitliche Aufgabenwahrnehmung beim MD Bund, insbesondere bezüglich Strukturprüfungen
 - Neuregelung in § 17c KHG (im Zusammenhang mit der Prüfverfahrensvereinbarung)
 - Ausschluss der Korrektur zahlungsbe gründender Unterlagen nach deren Übermittlung an die Krankenkasse
 - Ausschluss der erneuten Überprüfung eines Falles nach Abschluss der MD-Prüfung
 - – Ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten

- Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vor der Klageerhebung
- Erstellung einer jährlichen Statistik durch den GKV-SV über die Prüfverfahren

- Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen durch den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene

Der Bundesrat hatte die Beratung über den Regierungsentwurf des MDK-Reformgesetzes auf den 20.09.2019 terminiert. Aus diesem Anlass hat die DKG ihre Stellungnahme zu dem Gesetzesentwurf an die Länder versandt (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 376/2019 vom 13.08.2019).

Am 26.09.2019 erfolgte die 1. Lesung des Gesetzesentwurfs im Bundestag. Am 07.10.2019 wurden erste Änderungsanträge als Ausschussdrucksache veröffentlicht. Am 14.10.2019 fand eine öffentliche Anhörung zu dem MDK-Reformgesetz im Bundestag-Gesundheitsausschuss statt.

Der Gesundheitsausschuss des Bundestages hat am 06.11.2019 eine Beschlussempfehlung mit zahlreichen neuen einschneidenden Änderungsanträgen (136 Seiten) eingebracht, die am 06./07.11.2019 in der 2. Lesung beraten und der 3. Lesung im Bundestag beschlossen wurden. Da der Vermittlungsausschuss des Bundesrates nicht einberufen wird, tritt das MDK-Reformgesetz zum 01.01.2020 in Kraft.

Die kurzfristig eingebrachten Änderungsanträge haben die neue Rechtslage einseitig

zulasten der Krankenhäuser (z.B. Aufschlag schon ab 2020, Erhöhung der Prüfquote 2020 (10 auf 12,5 Prozent), restriktives Erörterungsverfahren mit Präklusionswirkung etc.) weiter verschlechtert. Die KGNW hat hierüber mit Rundschreiben Nr. 578/2019 vom 26.11.2019 sowie Nr. 570/2019 vom 22.11.2019 berichtet.

EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Umsetzung der seit dem 25.05.2018 in Deutschland unmittelbar geltenden EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) beschäf-

tigte die Krankenhausträger im Jahr 2019 weiterhin und sorgte nach wie vor für intensiven und umfangreichen Informations- und Beratungsbedarf.

Die KGNW stellt den Mitgliedern sämtliche Hinweispapiere, Empfehlungen, Checklisten, Musterformulierungen und Arbeitshilfen im Mitgliederservice auf der KGNW-Homepage unter dem Stichwort „EU-Datenschutz-Grundverordnung“ sowie unter der Rubrik „Rechtsfragen > Datenschutz“ zur Verfügung.

Information und Beratung/Aktuelle Rechtsprechung

Verwertungsgesellschaften

Die KGNW hat die Mitglieder über den aktuellen Stand hinsichtlich der Verhandlungen auf Bundesebene mit den urheberrechtlichen Verwertungsgesellschaften GEMA, VG Media und ZWF sowie der Lizenzierungsgesellschaft MPLC informiert und die Handlungsempfehlungen der DKG weitergegeben.

Insbesondere verursachte bei den Krankenhausträgern im Jahr 2019 der Abschluss der Einzellizenzverträge im Rahmen der Umsetzung des neuen VG-Media-Gesamtvertrages in puncto Patientenzimmer intensiven Beratungsbedarf. 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. Dieser Vertrag befindet sich nach wie vor in der Umsetzung.

Die Motion Picture Licensing Corporation (MPLC) stellte im Jahr 2018 neue Forderungen für Film- und TV-Nutzung in Patientenzimmern gegenüber Krankenhausträgern. Die DKG hat nach langwieriger Korrespondenz mit der MPLC die Verhandlungen abgebrochen, da sich die bestehenden Unsicherheiten bezüglich der Rechte der MPLC hinsichtlich der Film- und TV-Nutzung in Patientenzimmern erhärtet haben. Die DKG ist der Auffassung, dass sämtliche Lizenzen durch die Zahlungen an die Verwertungsgesellschaften abgegolten seien, und wird unter den gegebenen Umständen keine Vereinbarung mit der MPLC schließen.

Die KGNW hat die Mitglieder entsprechend informiert sowie Handlungsempfehlungen und Musterschreiben für die Krankenhausträger zur Verfügung gestellt.

Persönliche Leistungserbringung im Krankenhaus

Das Thema der persönlichen Leistungserbringung befindet sich stets im Fokus der öffentlichen Diskussion. Angesichts der vielfältigen Formen der Leistungserbringung im Krankenhaus weist es unterschiedliche Facetten auf und berührt zahlreiche Rechtsbereiche. Während im Regelfall der stationären Behandlung das gesamte Personal des Krankenhauses zur Erfüllung der Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag herangezogen werden kann und eine Behandlung nach dem Facharztstandard geschuldet wird, erfordert beispielsweise die Erfüllung einer Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen schon nach dem Gebührenrecht grundsätzlich das persönliche Tätigwerden eines bestimmten Arztes. Werden jedoch im Krankenhaus vertragsärztliche Leistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte erbracht oder nimmt das Krankenhaus mit der Erbringung ambulanter Leistungen als Institution an der vertragsärztlichen Versorgung teil, sind vertragsarztrechtliche Grundsätze zur persönlichen Leistungserbringung in unterschiedlichem Maße zu berücksichtigen.

Aufgrund der Bedeutung der Thematik im Rahmen der täglichen Leistungserbringung und Abrechnung im Krankenhaus wurde das DKG-Hinweispapier „Persönliche Leistungserbringung im Krankenhaus“ aus dem Jahr 2013 an die zwischenzeitlichen Rechtsentwicklungen

angepasst und den Mitgliedern in aktualisierter Fassung mit KGNW-Rundschreiben Nr. 459/2019 vom 01.10.2019 zur Verfügung gestellt. Die Hinweise dienen dazu, Krankenhäuser über die Verpflichtungen zur persönlichen Leistungserbringung in den verschiedenen Leistungsbereichen zu informieren und aufzuzeigen, ob und in welchem Umfang Leistungen auf anderes Personal übertragen werden können und welche rechtlichen Anforderungen dabei zu beachten sind.

Honorarärzte im Krankenhaus

Am 04.06.2019 hat der 12. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) in mehreren Fällen über die Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten entschieden (Urteil des BSG vom 04.06.2019, Az.: B 12 R 11/18 R als Leitfall). Dabei kam das Gericht zu dem Ergebnis, dass Honorarärzte in Krankenhäusern regelmäßig nicht als Selbstständige anzusehen seien, sondern als Beschäftigte des Krankenhauses der Sozialversicherungspflicht unterliegen.

Unter Berücksichtigung der bisherigen Rechtsprechung von Sozial- und Landessozialgerichten zur Frage der Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten kamen die Feststellungen vom BSG nicht gänzlich überraschend. Schon in den zurückliegenden Jahren waren erstinstanzliche Entscheidungen „pro Selbstständigkeit“ in Honorararztstreitigkeiten äußerst selten und wurden spätestens in der zweiten Instanz vom LSG aufgehoben.

Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass zumindest bei einem Großteil der derzeit üblichen Honorarkooperationen nicht (mehr) von

einer selbstständigen und daher sozialversicherungsfreien Tätigkeit, sondern vielmehr von einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung der betreffenden Ärzte auszugehen ist und sowohl die Deutsche Rentenversicherung als auch die mit etwaigen Verfahren befassten Sozialgerichte zukünftig von einer regelhaften Sozialversicherungspflicht in den entsprechenden Fallgestaltungen ausgehen. Das Urteil und dessen Parallelentscheidungen werden somit nicht nur zwischen den jeweiligen Verfahrensbeteiligten Rechtswirkungen entfalten, sondern vielmehr eine weitreichende Signalwirkung für den weiteren Umgang mit Honorararztkooperationen in der Praxis haben.

Einer solchen, möglichen Entwicklung waren sich DKG und KGNW stets bewusst und haben sich in der Vergangenheit mit Blick auf die Risiken entsprechender Kooperationen eher zurückhaltend zu den üblichen Honorarvertragsgestaltungen positioniert sowie stets darauf hingewiesen, dass Krankenhäuser nur bei einer Anstellung der betreffenden Ärzte das Höchstmaß an Rechtssicherheit erlangen können. Alternativ zu einer Anstellung im Krankenhaus käme allenfalls in Betracht, die Ärzte und Pflegekräfte über klassische Leiharbeitsverhältnisse nach den Grundsätzen des

Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) zu beschäftigen.

Honorarpflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen

Am 07.06.2019 hat der 12. Senat des BSG überdies noch über vier weitere Verfahren zur Sozialversicherungspflicht von Honorarpflegekräften entschieden (Az.: B 12 R 6/18 R als Leitfall). Auch hier kam er zu dem Ergebnis, dass Pflegekräfte, die als Honorarpflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind, in dieser Tätigkeit regelmäßig nicht als Selbstständige anzusehen seien, sondern als Beschäftigte der Sozialversicherungspflicht unterliegen.

Das BSG hat zudem klargestellt, dass auch ein etwaiger Fachkräftemangel im Gesundheitswesen keinen Einfluss auf die rechtliche Beurteilung des Vorliegens von Versicherungspflicht habe. Sozialrechtliche Regelungen zur Versicherungs- und Beitragspflicht könnten nicht außer Kraft gesetzt werden, um eine Steigerung der Attraktivität des Berufs durch eine von Sozialversicherungsbeiträgen „entlastete“ und deshalb höhere Entlohnung zu ermöglichen.

Rechtsprechung

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.

In diesem Zusammenhang hat die Geschäftsstelle mit KGNW-Rundschreiben Nr. 362/2019 vom 26.07.2019 darüber berichtet, dass der MDK eine neue SEG-4-Kodierempfehlung zur maschinellen Beatmung herausgegeben hat. Mit dieser Kodierempfehlung wird der Aussage des Bundessozialgerichts zur Bewertung einer Sauerstoffinsufflation im Rahmen einer Entwöhnung widersprochen. Die Kodierempfehlung ist zwar nicht rechtsverbindlich, sie sollte für die betroffenen Krankenhäuser in der Argumentation gegenüber den Krankenkassen dennoch hilfreich sein und daher vorgetragen werden.

Off-Label-Use im Krankenhaus

Das BSG hat sich in drei Urteilen (B 1 KR 1/16 R vom 13.12.2016, B 1 KR 4/17 R vom 20.03.2018 und B 1 KR 36/17 R vom 11.09.2018) mit der Frage des Off-Label-Uses (zulassungsüberschreitender Einsatz von Arzneimitteln) beschäftigt. Hieraus lassen sich auch für Krankenhäuser maßgebliche Rückschlüsse ziehen, in welchem Rahmen der Off-Label-Use während einer stationären Behandlung zur Anwendung kommen kann.

Unter anderem lässt sich aus den Urteilen ableiten, dass für den Off-Label-Use von Medikamenten im Rahmen von Krankenhausbehandlungen dieselben Voraussetzungen erfüllt sein müssen, die auch für den ambulanten Bereich gelten.

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 462/2019 vom 02.10.2019 hat die Geschäftsstelle daher empfohlen, dass Krankenhäuser im Rahmen des Off-Label-Uses die von der Rechtsprechung festgelegten Kriterien zugrunde legen sollten. Zum Nachweis empfiehlt sich eine dementsprechende Dokumentation in der Patientenakte.

Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV)

Auch im Jahr 2019 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 Rechnungs-korrekturen möglich. Bereits nach dem Wortlaut der PrüfV 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 PrüfV 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. Diese Rechtsprechung wird von zahlreichen Sozialgerichten fortgeführt, zum Beispiel im Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 11.03.2019 (S 15 KR 1107/18).

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 Leistungsanspruchs erforderlich, mit dem die Krankenkasse aufrechnet. Den bloßen Verweis auf ein Sammelavis sieht das LSG nicht als ausreichend an. Aufgrund der zugelassenen Revision war diese Frage unter dem Aktenzeichen B 1 KR 31/18 R beim BSG anhängig. Mit Urteil vom 30.07.2019 hat das BSG nun der Revision der Krankenkasse stattgegeben. Demnach entspreche auch eine Aufrechnung per Sammelavis den Vorgaben der PrüfvV.

Aufwandspauschalen – aktueller Sachstand

Aufgrund des vom BSG statuierten „sachlich-rechnerischen Prüfrezimes“ (erstmalig mit Urteil vom 01.07.2014, Az.: B 1 KR 29/13 R) sind 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. Diese Verfassungsbeschwerden

hat das Bundesverfassungsgericht mit dem Nichtannahmebeschluss vom 26.11.2018 mit der Begründung zurückgewiesen, dass das Urteil des BSG nicht die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung überschreite.

Der grundlegende Rechtsstreit zur Geltendmachung von Aufwandspauschalen ist damit für den Zeitraum vom 01.07.2014 bis zum 31.12.2015 beendet. Mit Rundschreiben Nr. 037/2019 vom 18.01.2019 hat die KGNW empfohlen, diesbezüglich noch offene Forderungen auszubuchen und entsprechende Klagen auf Zahlung von Aufwandspauschalen zurückzunehmen. Erstattungsforderungen der Krankenkassen und diesbezüglich (ruhende) Klageverfahren, die die Vergütung von Aufwandspauschalen für diesen Zeitraum betreffen, sollten erst nach Abstimmung mit dem Prozessvertreter abgewickelt werden. Klagen auf Erstattung von Aufwandspauschalen für den Zeitraum vor dem 01.07.2014 sollten aufrechterhalten werden, da die KGNW-Musterverfahren in dieser Fallkonstellation (Rückwirkung und Vertrauensschutz) noch anhängig sind.

In der Sache Rückforderung von Aufwandspauschalen vor dem 01.07.2014 hat das LSG Nordrhein-Westfalen der Berufung der Krankenkasse auf Rückzahlung der Aufwandspauschalen in seinem Urteil vom 13.12.2018 (Az.: L 5 KR 738/16) leider stattgegeben. Gegen die Entscheidung wurde jedoch Revision beim BSG unter dem Az.: B 1 KR 15/19 R eingelegt. Mit Rundschreiben Nr. 293/2019 vom 28.06.2019 hat die KGNW daher empfohlen, anhängige Klageverfahren, die den Zeitraum vor dem 01.07.2014 betreffen, unter Bezugnahme auf

das Revisionsverfahren auch weiterhin ruhend gestellt zu lassen.

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.

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 179/2019 vom 15.04.2019 hat die Geschäftsstelle darüber berichtet, dass sich die Vertragspartner des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement auf eine 2. Änderungsvereinbarung verständigt haben, die rückwirkend am 01.01.2019 in Kraft getreten ist. Hiervon umfasst sind u. a. die nunmehr mögliche elektronische Übermittlung von Einwilligung und Widerruf zum Entlassmanagement an die Krankenkasse, Änderungen bezüglich der Verordnungen von Hilfsmitteln sowie die Aufnahme bundeseinheitlicher Vordrucke für die Beantragung einer Anschlussrehabilitation als Anlagen 3a und 3b zum Rahmenvertrag Entlassmanagement.

Aufgrund der 2. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag Entlassmanagement und der gesetzlichen Regelungen im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Umsetzungshinweise zum Entlassmanagement überarbeitet. Die aktualisierten Fassungen wurden den Mitgliedern der KGNW mit Rundschreiben Nr. 457/2019 vom 30.09.2019 zur Verfügung gestellt.

Verjährungsfragen

Im Zuge der bereits dargestellten Änderungen der Verjährungsregelungen infolge des PpSG ist vermehrt Beratungsbedarf bezüglich der neuen Verjährungsfristen zu verzeichnen.

In diesem Zusammenhang wurde häufig die Frage gestellt, ob auch Vergütungen für ambulante Leistungen der Krankenhäuser von § 109 Abs. 5 SGB V erfasst werden. Nach Auffassung der KGNW werden auch ambulante Leistungen der Krankenhäuser von der Verjährungsregelung des § 109 Abs. 5 SGB V erfasst. Die Regelung des § 109 Abs. 5 SGB V bezieht sich auf die Vergütung erbrachter Leistungen sowie Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen. Der Begriff der Vergütung ist weder im Wortlaut des Gesetzes noch in der Gesetzesbegründung näher erläutert. Hierin findet sich jedenfalls kein Hinweis, dass ambulante Krankenhausleistungen von der Neuregelung ausgeschlossen sein sollen.

Erste grundsätzliche Rechtsprechung zu den neuen Verjährungsfristen gibt es bereits vom LSG Nordrhein-Westfalen. Mit Urteil vom 10.07.2019 (Az.: L 10 KR 538/15) hat das LSG den Eintritt der Verjährung abgelehnt, wenn sich das Krankenhaus in einem bereits lange vor Inkrafttreten des PpSG anhängigen Klageverfahren auf die Einrede der Verjährung beruft. Als Begründung führte das LSG Nordrhein-Westfalen aus, dass die Verjährung bereits seit der Anhängigkeit der Klage gehemmt sei. Daran ändere sich auch mit der Neuregelung nichts.

Fallzusammenführungen

Bezüglich der Fallzusammenführung hatte das BSG in verschiedenen Urteilen den Vorrang des Wirtschaftlichkeitsgebots statuiert und mit den darauf aufbauenden Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens Fallzusammenführungen entgegen dem Wortlaut der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) herbeigeführt (zum Beispiel Urteil vom 28.03.2017, B 1 KR 29/16 R, Beurlaubungsfiktion). Diese nicht nachvollziehbaren Urteile des BSG haben zahlreiche Nachfragen durch die Mitglieder bedingt.

Im Rahmen des PpSG wurde nun Satz 3 in § 8 Abs. 5 KHEntgG eingefügt. Satz 3 besagt, dass in anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig ist.

Nach Auffassung der KGNW lässt sich hieraus in Verbindung mit der Gesetzesbegründung („Klarstellung“) ableiten, dass die Regelungen der FPV zu Fragen der Fallzusammenführung (§§ 2, 3 Abs. 3 FPV) schon immer verbindlich und maßgeblich waren und auch weiterhin sind. Der Rechtsprechung zum fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten wurde somit jedenfalls im Bereich der Fallzusammenführung die Grundlage entzogen.

E-Rechnungen

Aufgrund der EU-Richtlinie 2014/55/EU vom 26.05.2014 besteht die Verpflichtung der öffentlichen Verwaltung, elektronische Rechnungen zu empfangen und zu verarbeiten.

Dies ist grundsätzlich für alle Marktteilnehmer bedeutsam, die im Rahmen eines Auftragsverhältnisses einer Behörde eine Rechnung stellen wollen.

Mit KGNW-Rundschreiben Nr. 456/2019 vom 24.09.2019 hat die Geschäftsstelle über die Regelungen zur E-Rechnung auf Bundes- und Landesebene informiert und empfohlen, krankenhausindividuell zu erfassen, gegenüber wem ab dem 27.11.2020 verpflichtend E-Rechnungen nach dem E-Government-Gesetz (EGovG) ausgestellt werden müssen, frühzeitig die technischen Voraussetzungen zu implementieren und diese idealiter im Vorfeld (ab dem 27.11.2019) zu erproben. Bei Zweifeln über die Notwendigkeit zur Ausstellung von E-Rechnungen wird eine frühzeitige Abstimmung mit den in Betracht kommenden öffentlichen Auftraggebern angeregt.

Zudem wurde in dem oben genannten Rundschreiben darauf hingewiesen, dass die Regelungen zur Abrechnung nach § 301 SGB V von den Regelungen zur E-Rechnung unberührt bleiben.

Verbot der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch gemäß § 219a StGB

Mit Rundschreiben Nr. 076/2019 vom 11.02.2019, Nr. 153/2019 vom 02.04.2019 und Nr. 431/2019 vom 16.09.2019 hat die KGNW über den § 219a StGB informiert, der im Zuge des Gesetzes zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch zum 29.03.2019 neu gefasst wurde. Inhalt der Neuerung war, dass Ärzte, Krankenhäuser und Einrichtungen öffentlich nur noch sachlich

darüber informieren dürfen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, nicht hingegen über angewandte Methoden. Stattdessen haben sie die Möglichkeit, auf eine von der Bundesärztekammer zentral geführte Liste zu verweisen, die neben den Leistungserbringern auch Angaben über die dabei jeweils angewandten Methoden enthält.

Zulässigkeit von Sprechstunden eines Krankenhauses

Auch das Rundschreiben Nr. 269/2019 vom 12.06.2019, mit dem die Mitglieder über die beschränkte rechtliche Zulässigkeit eines Hinweises auf Sprechstunden eines Krankenhauses hingewiesen wurden, zog einen erheblichen Beratungsbedarf nach sich. Demzufolge ist der Hinweis auf „Sprechstunden“ auf der Homepage eines Krankenhauses oder in Patientenbroschüren rechtlich nur zulässig, wenn diese Beratungsangebote in Verbindung mit einer Ambulanzermächtigung stehen oder sich auf die Erbringung vorstationärer Leistungen in medizinisch qualifizierten Fällen, folglich unter Beachtung des restriktiven Grundsatzes „ambulant vor stationär“ beziehen. Sprechstunden, die außerhalb des vorgenannten Bereiches angeboten werden, für die folglich keine Abrechnungsmöglichkeit gegenüber einem Kostenträger besteht, stellen einen Verstoß gegen § 7 Heilmittelwerbegesetz (HWG) dar.

AVB, Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarungen

Die KGNW berät die Mitglieder in rechtlichen Fragen zu ihren Behandlungsverträgen und

Wahlleistungsvereinbarungen und stellt die entsprechenden Musterverträge und -formulare zur Verfügung.

Aufgrund der Änderung gesetzlicher Vorgaben wurden im Jahr 2019 insbesondere die Muster-Einwilligungserklärungen in die Datenübermittlungen zwischen Krankenhäusern und Hausärzten sowie sonstigen Vor- und Weiterbehandlern an die neue Rechtslage angepasst (KGNW-Rundschreiben Nr. 295/2019 vom 28.06.2019) und ein neues Formular „Einwilligungen in Datenübermittlungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Krankenhäusern (Direktabrechnung und Mitteilung eines Pflegegrades)“ mit KGNW-Rundschreiben Nr. 275/2019 vom 17.06.2019 zur Verfügung gestellt.

Zudem wurde die 12. Auflage 2018 der Musterverträge der DKG „Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“ überarbeitet und erscheint aktuell in der 13. Auflage 2020.

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 Mus-

ter-Behandlungsverträgen nebst den dazugehörigen allgemeinen Vertragsbedingungen Stellung genommen.

Die 5. Auflage 2015 der DKG-Broschüre „Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung – Hinweise zur Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz“ wurde überarbeitet und neu aufgelegt.

Der ebenfalls aktualisierte DKG-Leitfaden „Aufbewahrungspflichten und -fristen von Dokumenten im Krankenhaus“ wurde den Mitgliedern mit KGNW-Rundschreiben Nr. 445/2019 vom 23.09.2019 zur Verfügung gestellt.

KGNW-Musterverfahren

Ambulante Notfallbehandlung – Musterverfahren zur Besuchsbereitschaftspauschale

Die Musterverfahren in Sachen Besuchsbereitschaftspauschale wurden mittels Klagerücknahme beendet. Hintergrund des Rechtsstreits waren die mit dem EBM 2008 zum 01.01.2008 eingeführten Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaftspauschalen, die nur von Vertragsärzten abrechenbar waren. Mit Urteilen vom 12.12.2012 stellte das BSG fest, dass die vorgenannte Vergütungsregelung eine Ungleichbehandlung der Krankenhäuser darstellt (B 6 KA 3/12 R und B 6 KA 4/12 R). Im Zuge dessen forderte es den Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM auf, die Ungleichbehandlung rückwirkend zu beseitigen. Im Anschluss sollten die Neuregelun-

Ausgleichsfonds gemäß § 17 Abs. 5 KHG

Die Umsetzung des bei der KGNW eingerichteten Ausgleichsfonds zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG erforderte im Jahr 2019 aufgrund verschiedener Insolvenzfälle von Krankenhausträgern sowie vor dem Hintergrund der mit dem Pflegeberufegesetz eingeführten neuen generalistischen Pflegeausbildung ab dem Jahr 2020 einen intensiven rechtlichen Beratungsbedarf.

gen von den Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt werden.

In diesem Zusammenhang fasste der Bewertungsausschuss im Jahr 2015 neue Abrechnungsbestimmungen, die u.a. eine rückwirkende Aufspaltung der bisherigen Notfallpauschale je nach zeitlicher Inanspruchnahme sowie rückwirkend erhöhte GOPs zu den Mehrfachkontakten vorsahen. Auf dieser Grundlage erfolgte seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen die Auszahlung nicht unerheblicher Nachvergütungsbeträge an die betroffenen Krankenhäuser.

Gleichwohl war Bestandteil der vom Bewertungsausschuss neu gefassten Abrechnungsbestimmungen auch die rückwirkende ersatzlose Streichung der Besuchsbereit-

schaftspauschalen. Diese wurde seitens der KGNW nicht als Beseitigung der Ungleichbehandlung, sondern vielmehr als deren Manifestierung qualifiziert, da sie aufgrund der bestandskräftigen Honorarbescheide der Vertragsärzte nur Auswirkung auf Krankenhäuser hatte.

Mit dem vorgenannten Urteil hat der 6. Senat des BSG nunmehr zulasten der Krankenhäuser festgestellt, dass die rückwirkenden Neuregelungen des Bewertungsausschusses ab dem 01.01.2008 zur Vergütung von Notfallbehandlungen, mit denen die Notfallbehandlungen in Krankenhäusern und bei Vertragsärzten nachträglich gleichgestellt werden sollten, mit höherrangigem Recht in Einklang stünden und von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zutreffend angewandt wurden. Es bestehe dahingehende Einigkeit, dass der Normgeber über einen Gestaltungsspielraum verfüge, der ihm erlaube, nach gerichtlicher Feststellung eines Gleichheitsverstößes einen Sachbereich insgesamt neu zu regeln. Er sei hingegen nicht generell verpflichtet, die bisher rechtswidrig benachteiligte Gruppe vollständig mit der begünstigten Gruppe gleichzustellen. Demzufolge stelle die rückwirkende Abschaffung der gleichheitswidrigen Begünstigung eine zulässige Umsetzung der Vorgaben des BSG dar. Dies gelte auch dann, wenn die von der Neuregelung betroffenen Krankenhäuser wirtschaftlich nicht in vollem Umfang das Vergütungsniveau erreichen könnten, das den Vertragsärzten ursprünglich vor der Neuregelung zugänglich war und das ihnen aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht mehr genommen werden kann.

Vor dem Hintergrund dieses BSG-Urteils wurden die Erfolgsaussichten der zwischen der KGNW und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein abgestimmten drei Musterklageverfahren vor dem Sozialgericht Düsseldorf seitens der Geschäftsstelle als äußerst gering eingeschätzt und aus diesem Grund mittels Klagerücknahme beendet (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 133/2019 vom 21.03.2019, Nr. 164/2019 vom 09.04.2019 und Nr. 455/2019 vom 30.09.2019).

Hilfsmittelregress der BARMER

Aufgrund divergierender Auffassungen bezüglich der Verordnungsmöglichkeit von Hilfsmitteln im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung hatten die BARMER und die KGNW zwei Musterverfahren abgestimmt und eine Rahmenvereinbarung zur Klärung der Grundsatzfrage „Kostentragung von während der Krankenhausbehandlung verordneten Hilfsmitteln“ geschlossen, der Krankenhäuser beitreten konnten.

Die beiden Musterverfahren wurden seitens der BARMER durch Klagerücknahme beendet. Im Weiteren hat die BARMER erklärt, die Hilfsmittelregressforderungen gegenüber den der Rahmenvereinbarung beigetretenen Krankenhäusern für die die Rahmenvereinbarung betreffenden Zeiträume nicht aufrechtzuerhalten (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 371/2019 vom 02.08.2019). Begründet wurde diese Vorgehensweise damit, dass eine Klärung nicht in einem überschaubaren Zeithorizont absehbar sei und die Gerichte der von ihr angestrebten Klärung ausgewichen seien, indem sie größtenteils andere, neue Aspekte thematisiert hätten.

Politik, PR und Presse

KG NW-Präsident zur aktuellen Lage

In einem WAZ-Interview am 02.01.2019 hat KG NW-Präsident Jochen Brink auf die Sorgen der Krankenhäuser bei der Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) aufmerksam gemacht. Ab 2019 schreibt der Bund Personaluntergrenzen in pflegesensiblen Krankenhausbereichen vor, u. a. in der Intensivmedizin, der Geriatrie, der Kardiologie und der Unfallchirurgie. Brink betonte, dass die Vorgaben insbesondere in der Intensivpflege für viele Krankenhäuser eine Hürde und mit Bettensperrungen zu rechnen sei. Der KG NW-Präsident thematisierte auch die schwierige Suche nach Pflegepersonal. Die Pflegeberufe müssten nach Einschätzung des Präsidenten weiterentwickelt werden, damit sie für junge Menschen attraktiver werden. In anderen Ländern Europas dürften Pflegekräfte viele der Aufgaben überneh-

men, die in Deutschland Ärzten vorbehalten seien. „Das könnte eine Perspektive sein, die Pflege aufzuwerten“, sagte Brink. Der KG NW-Präsident äußerte sich auch zu den von NRW-Gesundheitsminister Laumann angestrebten Strukturveränderungen. „Die Krankenhäuser stellen sich dem Strukturwandel. Wir fordern jedoch eine Folgenabschätzung. Man muss den Patienten auch sagen, wo sie versorgt werden, wenn ein Klinikum schließen soll.“ Zum Investitionsstau in den Kliniken mahnte Brink, dass die Kliniken weiterhin auf Verschleiß gefahren würden. 2019 zahlt das Land rund 630 Mio. Euro für Pauschal- und Einzelförderung plus je 100 Mio. Euro von Land und Bund für weitere Maßnahmen. Der anerkannte Investitionsstau von zwölf Mrd. Euro werde durch die Förderlücke jährlich größer. Es bestehe ein Bedarf von jährlich 1,5 Mrd. Euro.

KG NW zum Pflegekräftemangel

Ingo Morell, Vizepräsident der KG NW, betonte in einem Hörfunk-Interview gegenüber dem WDR 5 (Morgenecho), dass die Einhaltung der Personaluntergrenzen aufgrund fehlender Pflegefachkräfte für die meisten Krankenhäuser schwer zu erfüllen sei. Das Problem sei nicht neu, aber es komme erst jetzt stärker an die Öffentlichkeit. „Die Krankenhäuser bildeten in den letzten Jahren schon mehr aus, die Ausbildungskapazitäten wurden hochgefahren, dennoch fehlen Pflegekräfte“, erläuterte Morell. Auch würden ausländische Pflegekräfte von den Krankenhäusern, zum Beispiel von den Philippinen, angeworben.

Das sei aber aufgrund bürokratischer Hürden auch nicht so einfach. Kurzfristig werde das Problem des Pflegekräftemangels nicht zu lösen sein, erklärte der KG NW-Vizepräsident. In der Altenhilfe bestehe dasselbe Problem. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sprach von 13.000 Stellen für die Altenhilfe. Dies bedeute konkret nur eine Stelle pro Altenheim, erklärte Morell und machte darauf aufmerksam, dass kurzfristig keine Arbeitskräfte im Arbeitsmarkt zur Verfügung stünden. Handlungsbedarf liege in der Steigerung von Ausbildungsplätzen, in der Vergütung und bei den Stellenplänen. Hinzu komme, dass die

Menschen sich mehr planbare Freizeit wünschen. Die Kliniken müssten darauf eingehen und den Beruf attraktiver machen. Es stelle sich dann die Frage, ob die Krankenhäuser die Versorgung genauso aufrechterhalten können

wie heute. Schließlich sei nicht klar, woher die vielen Menschen für die Versorgung der Patienten kommen sollen, die später auch in der Pflege arbeiten wollen.

Gründung einer Pflegekammer

In einer Pressemitteilung vom 09.01.2019 begrüßte die KGNW das Votum der Pflegekräfte für die Gründung einer Pflegekammer. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) hatte das unabhängige Forschungsinstitut INFO GmbH beauftragt, eine Meinungsumfrage unter den Pflegekräften in NRW durchzuführen. Die Pflegekräfte sprachen sich in der Umfrage für eine Interessenvertretung aus. Die Umfrage basiert auf einer Vereinbarung der nordrhein-westfälischen CDU und der FDP im Koalitionsvertrag. Dieser sieht die Gründung einer Interessenvertretung für Pflegekräfte vor, sofern die Mehrheit der nordrhein-westfälischen Pflegekräfte dies wünscht. Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, kommentierte das Votum der Pflegenden für die Gründung einer Pflegekammer als einen wichtigen Schritt, um

der größten Berufsgruppe im Krankenhaus eine stärkere Stimme in der Gesundheitspolitik zu verleihen und um den Pflegeberuf weiterzuentwickeln. „Der tägliche hochmotivierte Einsatz der Pflegekräfte in unseren 344 Krankenhäusern in NRW ist eine tragende Säule für eine gute Versorgung unserer jährlich rund 4,6 Mio. Patienten. Wir unterstützen die Gründung einer Pflegekammer als Interessenvertretung für die Pflegekräfte in NRW und begrüßen das Ergebnis der repräsentativen Meinungsumfrage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen“, erklärte der KGNW-Präsident. Rund 1.500 Pflegefachkräfte aus Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten wurden in einer Stichprobe in Form von vertraulich geführten „Face to Face Interviews“ seit Oktober 2018 befragt.

Ausbildungsallianz Nordrhein-Westfalen

Die in der Pflegeausbildung aktiven Einrichtungen haben die Ausbildungsallianz Nordrhein-Westfalen gegründet. Hintergrund ist die Reform der Pflegeausbildung, die die Ausbildungen der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinder-

krankenpflege zu einer neuen generalistischen Pflegeausbildung zusammenführt. In der neuen generalistischen Pflegeausbildung sollen ab 2020 übergreifende Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen und in allen Versorgungsbereichen vermittelt werden. Mit

der Ausbildungsallianz Nordrhein-Westfalen soll das gemeinsame Ziel erreicht werden, eine übergreifende, verlässliche und gemeinschaftliche Pflegeausbildung anzubieten, die kontinuierlich weiterentwickelt wird. Die Anbieter haben mit dieser Allianz die Initiative ergriffen, gemeinsam dem Fachkräftemangel langfristig entgegenzuwirken. Beteiligte an der Ausbildungsallianz sind die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW (Freie Wohlfahrtspflege NRW), der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP), der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad), der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), der Deutsche Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK), der Landesverband freie ambulante Krankenpflege – NRW e.V. (LfK), der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe,

Landesverband NRW e.V. (VDAB), der Verband Deutscher Privatschulen Nordrhein-Westfalen e.V. (VDP NRW), der Verband der Kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen in NRW e.V. (VKSB) sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.. Die Beteiligten beschlossen eine enge Zusammenarbeit. Die Ausbildung der Pflegekräfte soll übergreifend, verlässlich und gemeinschaftlich gestaltet werden. Den Auszubildenden soll eine hochwertige und zeitgemäße Ausbildung angeboten werden, die den breiten beruflichen Einsatzmöglichkeiten und den Entwicklungen in der Gesellschaft sowie im Gesundheitswesen Rechnung trägt. Die Beteiligten in der Ausbildungsallianz erwarten, dass die Landesregierung die kontinuierliche Weiterentwicklung unterstützt und die Kostenträger den durch das Pflegeberufe-Reformgesetz erforderlichen Mehraufwand mitfinanzieren.

Fachtagung zur Bedeutung der Organspende



Obwohl es in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2018 etwas mehr Organspenden als noch im Jahr 2017 gegeben hat, gibt es nach wie vor zu wenig Spenderorgane. Um langfristig auf eine Steigerung der Organspenden hinzuwirken, rückt vor allem eine Frage in den Fokus: Wie können mehr potentielle Organspender

in den Entnahmekliniken identifiziert werden? Um Antworten auf diese Frage zu finden, fand am 26.02.2019 im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf eine Fachtagung zum Thema „Bedeutung der Organspende – was können wir in Nordrhein-Westfalen tun?“ statt. Gastgeber waren neben dem Ministerium für Arbeit,

Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), die Ärztekammer Nordrhein (ÄKNo) und die Ärztekammer Westfalen-Lippe (aekwl), die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. (KGNW). Unter anderem diskutierten die Anwesenden über die Rolle der Krankenhäuser, der Transplantationsbeauftragten und der Pflege bei der Organspende. Dabei sollten Verbesserungspotentiale im Klinikalltag identifiziert werden. Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, betonte, dass die Krankenhäuser sich seit Jahren aktiv engagieren und ihren Beitrag zur Förderung der Organspende leisten. Die Konkretisierung der bestehenden Freistellungsre-

gelungen von Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern, wie es der Entwurf eines „Zweiten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende“ vorsieht, begrüße die KGNW. Dies sei eine sinnvolle Möglichkeit, die Rahmenbedingungen für mehr Organspenden in Nordrhein-Westfalen zu erhöhen, sagte Brink. Auch die in dem Gesetzesentwurf vorgesehenen neuen Finanzierungsregelungen zur Kostendeckung seien eine langjährige Forderung der Krankenhäuser. Der KGNW-Präsident hob auf der Tagung hervor, dass die Förderung der Organspende eine gesamtgesellschaftliche Debatte erfordere und damit auch eine stärkere Präsenz in der Gesellschaft erreiche.

Netzwerk „Frühe Hilfen“ und Lotsendienste

Lotsendienste in den kommunalen Netzwerken und in den Angeboten der Frühen Hilfen, die in Geburtskliniken angesiedelt sind, haben sich vielerorts als Modelle der sektorenübergreifenden Kooperation von Jugend- und Gesundheitshilfe bewährt. Einen Erfahrungsaustausch bot die Fachtagung „Lotsendienste in Geburtskliniken in NRW“ am 22.10.2019 in Köln an. Auf dieser Fachtagung wurden Projekte vorgestellt sowie die Voraussetzungen und Maßnahmen zur erfolgreichen Etablierung von Lotsendiensten in Geburtskliniken diskutiert. Die Veranstaltung fand unter der Federführung des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales und des Ministeriums für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration in Kooperation mit der KGNW und weiteren Partnern statt.

Die Lotsendienste sind ein Angebot der „Frühe Hilfen“. Sie leisten in den ersten Lebensjahren, die von herausragender Bedeutung für die gesamte weitere Entwicklung eines Kindes sind, einen wichtigen Beitrag. Sie umfassen verschiedene Beratungs-, Unterstützungs- und Lotsenangebote für werdende Eltern und Familien mit Kleinkindern bis zum Alter von drei Jahren (zum Beispiel Willkommensbesuche für Neugeborene, gesundheitsorientierte Familienbegleitung durch Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Familienpatenprojekte mit Ehrenamtlichen, Lotsendienste in Geburtskliniken, Elternkompetenzkurse mit Eltern mit besonderen Interessen und Bedürfnissen, Elterncafés, Familienbüros etc.) und stellen eine wichtige Unterstützungsform

und -qualität dar, die in vielen Bundesländern in den 2000er Jahren modellhaft erprobt wurden. 2012 wurden die „Frühen Hilfen“ in § 1 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) als „möglichst frühzeitige, koordinierte und multiprofessionelle Angebote im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter“ rechtlich verankert (§ 1 Abs. 4 KKG). Ihr bundesweiter Aus- und Aufbau wurde in § 3 Abs. 4 KKG rechtlich geregelt sowie im Rahmen der Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ finanziell unterstützt und koordiniert.

In 186 Kommunen in NRW mit eigenem Jugendamt existieren durch den Ausbau der Frühen Hilfen bereits kommunale Ansprechpartner (Netzwerkkoordinierende „Frühe Hilfen“) und ein Netzwerk „Frühe Hilfen“. Die Frühen Hilfen stellen den ersten Baustein in der kommunalen Präventionskette zur frühzeitigen Unterstützung von Familien mit Kindern dar. Solche Präventionsketten, die sich an der Lebensbiografie von Kindern ausrichten, werden derzeit im Rahmen des Landesmodellvorhabens „Kommunale Präventionsketten“ in 40 Kommunen systematisch erprobt.

Bedeutung der Geburtskliniken für Frühe Hilfen

Für den weiteren Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen und die Stärkung der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sind Geburtskliniken von großer Bedeutung, da fast alle Kinder in den Geburtskliniken entbunden werden und damit mit Bezug auf die familiäre Situation zur Feststellung eines Hilfebedarfs für die Familien und der Vermittlung in die Frühe Hilfen sehr gut geeignet sind. In den letzten Jahren haben Geburtskliniken vielfach in diesem Kontext Familien in belastenden Lebenslagen unterstützt. So sind viele verschiedene Modelle entstanden, bei denen unterschiedliche Akteure und Einrichtungen aus verschiedenen Unterstützungssystemen zusammenarbeiten. In NRW haben zahlreiche Geburtskliniken die Nahtstelle zwischen Geburtsklinik und Frühen Hilfen systematisch gestaltet. Neben Kliniken mit Familienhebammen und vereinzelt „Programmen“ sind dies in erster

Linie Kliniken, die das Programm „Babylotse“ oder „Kinder Zukunft NRW“ implementiert haben. So fördert die Hamburger Stiftung SeeYou mit einem eigenen „Team Transfer“ die bundesweite Verbreitung von Babylotsen und berät interessierte Kliniken, Träger und Kommunen bei der Einführung des Programms „Babylotse“. Aktuell haben bundesweit 38 Kliniken in sieben Bundesländern das SeeYou-Programm umgesetzt, davon sechs Kliniken in NRW und neun Kliniken in Hamburg. Weitere Kliniken auch in NRW sind im Aufbau. Neben diesem Programm hatten der Deutsche Caritasverband und der KKVD in den Jahren 2013 – 2015 ein eigenes Projekt: „Von Anfang an. Gemeinsam. Frühe Hilfen und katholische Geburtskliniken“ mit starker Beteiligung nordrhein-westfälischer Kliniken erfolgreich durchgeführt.

IQN-Symposium „InterKultKom“

In Krankenhäusern und Arztpraxen gehört die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund längst zum Arbeitsalltag. Viele der Menschen mit Migrationshintergrund kommen aus anderen Kulturräumen. Neben der Sprachbarriere sind auch die kulturellen, religiösen und lebensgeschichtlichen Unterschiede oft Hürden bei der Versorgung. Um eine kultursensible Patientenversorgung professionsübergreifend gewährleisten zu können, müssen die Mitarbeiter aller Berufsgruppen sensibilisiert, geschult und Maßnahmen zur kulturellen Öffnung etabliert werden. Für das Projekt „InterKultKom“ hat sich die Ärztekammer Nordrhein mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dem IQN, dem Pflegerat NRW, dem Verband medizinischer Fachberufe e.V., der Krankenhausgesellschaft NRW e.V., der Universität Witten/Herdecke und der Zahnärztekammer Nordrhein zusammengetan. Die Robert Bosch Stiftung hat dafür Mittel bereitgestellt. Die Beteiligten haben einen interprofessionellen und sektorenübergreifenden Ansatz der Fortbildungen gewählt, um das Ziel einer höheren Kultursensibilität bei allen Professionen im Gesundheitswesen

zu erreichen. Die Schulung umfasst fünf Einheiten zu den Themen: Haltung, Kommunikation, Krankheitsverarbeitung, Familie und Gender sowie Umgang mit Gewalt, Trauma, Schmerz, Tod und Trauer in unterschiedlichen Kulturen. Das Projekt wurde am Rhein-Maas Klinikum durchgeführt. Zum Abschluss des zweijährigen Modellprojektes „InterKultKom“ Ende August veranstaltete das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) am 29.08.2019 das Symposium „Gesundheitsversorgung – kultursensibel und interprofessionell“. Zentrale Themen waren das unterschiedliche Krankheitsverständnis, die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Ärzte und an das Pflegepersonal sowie der Umgang mit Krankheitssymptomen. Da auch in Deutschland zunehmend mehr Personal mit Migrationshintergrund in den Krankenhäusern tätig wird und die Zahl von Patienten mit Migrationshintergrund steigt, ist es für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen ein wichtiges Anliegen, die Kliniken und ihre Mitarbeiter in der Kommunikation und ihren interkulturellen Kompetenzen zu unterstützen.

Strukturfonds ohne Förderung der Digitalisierung

In einer Pressemitteilung am 06.03.2019 wiesen die KGNW-Vertreter auf die Möglichkeiten des Bundesstrukturfonds für Investitionen in die Digitalisierung hin, die das Land NRW dafür nicht ausschöpfe. Jochen Brink, Präsident der KGNW, kritisierte, dass das NRW-Gesundheits-

ministerium und die gesetzlichen Krankenkassen ausschließlich die Schließung und Konzentration von Klinikstandorten im Blick hätten und die dafür notwendigen Fördermittel beim Bund abriefen. Die Verbesserung der IT-Sicherheit in Krankenhäusern und der Einsatz von

digitalen Anwendungen wie Telemedizin sowie die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe auf Bundesebene seien jedoch als neue Fördertatbestände in das Gesetz aufgenommen. „Vor dem Hintergrund des bekannten Investitionsstaus in den Kliniken und den Herausforderungen bei Pflege und Digitalisierung sind wir schockiert über diese Entscheidung“, erklärte Brink. „Die Krankenhäuser sollen und wollen den Weg in das digitale Zeitalter mitgestalten, sich telemedizinisch vernetzen und ihre IT-Sicherheit auf den neuesten Stand bringen. Die dazu notwendigen Investitions- und Betriebsmittel würden allerdings nicht bereitgestellt. Der KGNW-Präsident forderte einen Digitalpakt Krankenhaus. Bund und Land sollten angelehnt an das gleichnamige Milliardenprogramm für die Schulen auch Fördermittel für die Digitalisierung der Krankenhäuser zur Verfügung stellen. Viele Pflegestellen könnten heute nicht mehr besetzt werden, da es an Pflegekräften fehle. Die Attraktivität des Ausbildungsberufes müsse gestärkt werden. Die Krankenhäuser sollten und wollen mehr ausbilden. Die Anlauf- und Umstellungskosten auf die generalistische Pflegeausbildung, die die Attraktivität des Berufsbildes Pflege gerade steigern soll, werden aber von Land und Krankenkassen nicht übernommen. Investitionen in die Pflegeschulen und Mietkosten von Pflegeschulen fördere das Land bisher allenfalls symbolisch. Der finanzielle Bedarf sehe wie folgt aus:

1. Das Essener RWI hat für die Pflegeschulen in NRW einen jährlichen Investitionsbedarf pro Schüler in Höhe von 838 Euro ermittelt. Der notwendige Investitionsbedarf für die

Pflegeschulen in NRW beläuft sich damit auf rund 31 Mio. Euro pro Jahr.

2. Weitere 2.202 Euro pro Schüler an Investitionsbedarf in den Pflegeschulen hat das RWI für die Umstellung auf die Generalistik ermittelt. Dies würde einmalig einen zusätzlichen Investitionsbedarf von rund 82 Mio. Euro in NRW bedeuten.
3. Im Betriebskostenbereich beziffert das RWI die Anlauf- und Umstellungskosten auf die generalistische Pflegeausbildung bei den Pflegeschulen und den Ausbildungseinrichtungen auf insgesamt rund 48 Mio. Euro.
4. Das RWI schlägt in einem Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit ein sog. Investitionsprogramm „Digital Boost“ über 8 Jahre vor. Für NRW bedeutet dies ein Sonderinvestitionsprogramm in Höhe von jährlich 250 Mio. Euro über acht Jahre.

Aus dem Strukturfonds gebe es dafür exakt 0 Euro. Darüber hinaus sei im Betriebskostenbereich die Einführung eines Digitalisierungszuschlags in Höhe von zwei Prozent auf jede von den Krankenkassen zu begleichende Krankenhausabrechnung überfällig. Diesbezüglich sei es die Pflicht der Landesregierung, sich hierfür mittels einer Bundesratsinitiative einzusetzen, um die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen für die Digitalisierung aufzustellen. Die Verärgerung in den NRW-Kliniken sei groß, dass das Land und die Krankenkassen die Themen Pflegeausbildung und Digitalisierung als Investitionsfelder nicht ausreichend würden, proklamierte Brink.

Neues Qualitätssiegel der MRE-Netzwerke NRW

Multiresistente Erreger sind ein weltweites Problem. Dieser Herausforderung stellen sich die 344 nordrhein-westfälischen Krankenhäuser mit ihrem nachhaltigen Engagement und werden dabei im Kampf gegen die multiresistenten Erreger vom Landeszentrum Gesundheit NRW mit einem neu entwickelten Qualitätssiegel unterstützt. Das Siegel des Landes zentrums Gesundheit NRW ist ein weiteres Instrument im Kampf gegen multiresistente Erreger. Bereits die Hygiene-Initiative „Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger. Gemeinsam Gesundheit schützen“ der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident Armin Laschet informiert die Bevölkerung und ihre Klinikmitarbeiter über multiresistente Erreger, Antibiotikaresistenzen und Infektionsschutz.

Das Qualitätssiegel der MRE-Netzwerke NRW wird an die Häuser vergeben, die verschiedene festgelegte Ziele erfüllen. Bereits kurz nach der ersten Vorstellung des neuen Siegels haben sich 120 Krankenhäuser verbindlich für den zweijährigen Prozess angemeldet. Grundsätzlich kann jedes Akutkrankenhaus, das Mitglied eines regionalen Netzwerks ist, das Qualitätssiegel der MRE-Netzwerke NRW erwerben. Voraussetzung ist das Erreichen von sieben genau definierten Qualitätszielen, zu denen zum Beispiel das Hygienemanagement, die Händehygiene und das Antibiotic Stewardship gehören. Jedes Ziel ist jeweils mit Punkten hinterlegt. Um das Siegel zu erlangen, muss eine definierte Mindestpunktzahl

erreicht werden. Das Siegel wurde von einer Arbeitsgruppe entwickelt, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern von Gesundheitsämtern, MRE-Netzwerken und des LZG.NRW. Während der Entwicklung wurde zusätzlich die Meinung anderer, nicht am Entwicklungsprozess beteiligter Gesundheitsämter eingeholt. Zusätzlich wurden die Qualitätsziele von Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern auf ihre Praxistauglichkeit geprüft. Anhand des Feedbacks wurden die Qualitätsziele noch einmal überarbeitet, sodass der Inhalt des Siegels sowohl von Seiten der Behörden als auch von den Krankenhäusern getragen wird. In NRW werden Qualitätssiegel auch von anderen Netzwerken angeboten. Alle Siegel dienen als Anreiz für Infektionsprävention, Hygiene und rationalen Antibiotikaeinsatz. Mit dem Siegel haben die Krankenhäuser die Chance, ihr Engagement öffentlich sichtbar zu machen. An der Prüfung zum Erwerb des Siegels der MRE-Netzwerke NRW nehmen 120 Krankenhäuser teil, für die 26 Gesundheitsämter zuständig sind. 21 weitere Gesundheitsämter sind Mitglied eines Netzwerkes, welches ein eigenes Siegel vergibt. Dies sind entweder größere, regionale Netzwerke wie EurHealth-1Health, EurSafety Health-Net, EuPrevent und das MRE-Netz Regio Rhein-Ahr oder lokale Netzwerke wie das MRE-Netzwerk Essen und das MRE-Netzwerk Düsseldorf.

Grundsatzpapier der KGNW zur Krankenhausplanung

Die KGNW hat am 03.07.2019 ein Grundsatzpapier zur Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen 2019 bis 2030 veröffentlicht. Zentrale Inhalte des Papiers wurden in Iserlohn auf der Managementtagung der Landesgruppe NRW des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands vorgestellt. In dem Grundsatzpapier hebt die KGNW hervor, sich für die Überwindung unterschiedlicher Interessen in dem Entwicklungsprozess der Krankenhausplanung in den Regionen einzusetzen. Eine Voraussetzung dafür sei, dass der Prozess sich konsequent an den Versorgungsbedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger in den Regionen orientiert und transparent ausgestaltet werde. Auch müsse dieser Prozess unter der politischen Federführung des Landes koordiniert, moderiert und verantwortet werden. Die beteiligten Akteure auf lokaler und regionaler Ebene sollen frühzeitig partnerschaftlich in der Planungsphase einbezogen werden. Auch in der Umsetzungsphase sollen die regionalen und lokalen Partner bei den konkreten Abstimmungsprozessen im Rahmen der regio-

nen Planungskonzepte unterstützt werden. Bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen dürfe nicht der Aspekt des Kapazitätsabbaus im Vordergrund stehen. Die KGNW fordert eine gestaltende Gesundheitspolitik, die gemeinsam ein nachhaltiges Versorgungskonzept im Interesse der Bürgerinnen und Bürger in NRW verfolgt. Kapazitäten dürften nicht kurzfristig abgebaut werden, die zukünftig wieder gebraucht würden. Dabei sei für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser eine zukunftsorientierte Krankenhauslandschaft notwendigerweise auch mit einer bedarfsgerechten Investitionsförderung durch das Land verbunden. Krankenhausversorgung sei Daseinsvorsorge. Die in Nordrhein-Westfalen gewachsene Krankenhausstruktur in ihrer Trägerschaft stärke den Qualitätswettbewerb und entspreche den Wünschen der Patientinnen und Patienten. Strukturabbau allein sei keine Krankenhausplanung. Die Wahlfreiheit des Krankenhauses für die Bürgerinnen und Bürger müsse auch zukünftig gegeben sein.

Studie der Bertelsmann Stiftung zur Krankenhausversorgung

Auf Kritik stieß eine Studie der Bertelsmann Stiftung, die eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft in dem Versorgungskreis Köln simuliert hat. Nach einer ersten Bewertung der Studie der Bertelsmann Stiftung zur Neustrukturierung der Krankenhausversorgung kommt die KGNW zu dem Ergebnis, dass die Verfasser in der Studie zwar ihre Vision von einer für sie optimal strukturierten stationären Krankenhausversorgung am Beispiel der Region Köln darstellten, aber einige zentrale Aspekte außer Acht gelassen hatten, die die Umsetzbarkeit schwierig bis nahezu unmöglich machten. Für die im Gutachten vorgeschlagene Reduzierung der Anzahl der Krankenhäuser in der Region von 45 auf zwölf oder 14 Standorte sind erhebliche Investitionen notwendig, die an keiner Stelle erwähnt oder beziffert wurden. Allein für diese grundlegende Umstrukturierung wären nach Berechnungen der KGNW Mittel in Höhe von bis zu 3,3 Mrd. Euro erforderlich. Das Geld für diese Strukturveränderung muss vom Land kommen, aber bereits jetzt fehlen den 344 Krankenhäusern in NRW – auch von der Politik anerkannt – jährlich rund 1 Mrd. Euro an Fördermitteln von der Landesregierung. Dies allein zeigt schon den fehlenden Realitätsbezug des Simulationsgutachtens. „Geradezu grotesk wird es hinsichtlich des vorgeschlagenen Kapazitätsabbaus für die Region auf-

grund kartellrechtlicher Gründe, die Krankenhauszusammenschlüssen und -kooperationen entgegenstehen“, bewertete Jochen Brink, Präsident der KGNW, die Analyse. In Köln hat das Bundeskartellamt im Hauptprüfverfahren eine Trägerfusion im Krankenhausbereich aufgrund von vermuteten Marktbeherrschungen untersagt. Eine Verbundbildung, wie es die Autoren der Studie favorisieren, setzt zwangsläufig auch einen Konsens unterschiedlicher Träger voraus und kann nicht verordnet werden, da dies sonst einer Enteignung gleichkommt. Zudem finden in den Modellrechnungen und Analysen die stadtplanerischen Hemmnisse gerade in Ballungsräumen wie Köln keine Berücksichtigung. Ein weiterer Aspekt ist die Forderung der Autoren, deutlich mehr bislang stationär erbrachte Leistungen in ambulante Leistungen zu überführen. Dies kann aber nur gelingen, wenn die Krankenhäuser mit ihren medizinischen Kompetenzen und mit ihrer Infrastruktur für die Erbringung ambulanter Leistungen vom Gesetzgeber zugelassen werden und an der Versorgung weiter teilnehmen können. Die niedergelassenen Praxen können diese Leistungen nicht auffangen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Versorgungssengpässe im ambulanten Bereich seit Jahren nicht lösen können. Hier gilt es, neue Wege einzuschlagen.

Pläne des NRW-Gesundheitsministeriums für das virtuelle Krankenhaus

Die Digitalisierung in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern ist eine der Herausforderungen für eine zukunftsorientierte und nachhaltige medizinische Versorgung in allen Regionen. Die Pläne von NRW-Gesundheitsminister Laumann für das virtuelle Krankenhaus würden in die richtige Richtung gehen und seien ein wichtiger Baustein einer flächendeckenden Digitalisierung und Vernetzung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, begrüßte die KGNW die Pläne des NRW-Gesundheitsministeriums in einer Pressemitteilung. Auch die NRW-Kliniken wollen den Weg in die digitale Zukunft aktiv mitgestalten, digitale Gesundheitsanwendungen einsetzen und ihre Informationssicherheit auf dem neuesten Stand halten. Die Pläne für ein virtuelles Krankenhaus seien ein wichtiger Baustein für eine deutlich umfassendere Digitalisierungskonzeption in NRW. Auch die KGNW hat sich im Rahmen der KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“ gemeinsam mit ihren Mitgliedern auf den Weg gemacht, die Zukunft einer durch digitale Prozesse unterstützten Versorgung zu gestalten.

Um die digitale Zukunft gestalten zu können, brauchen die nordrhein-westfälischen

Krankenhäuser aber auch zukunftsgerichtete Rahmenbedingungen und einen konsistenten ordnungspolitischen Rahmen. Dies bekräftigte die KGNW in einer Pressemitteilung und forderte einen Digitalpakt Krankenhaus. Bund und Land sollten angelehnt an das gleichnamige Milliardenprogramm für die Schulen auch Fördermittel für die Digitalisierung der Krankenhäuser zur Verfügung stellen. So habe das RWI in einem Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit das sog. Investitionsprogramm „Digital Boost“ über acht Jahre vorgeschlagen. Für NRW bedeutet dies ein Sonderinvestitionsprogramm in Höhe von jährlich 250 Mio. Euro über acht Jahre. Überfällig ist darüber hinaus im Betriebskostenbereich die Einführung eines Digitalisierungszuschlags in Höhe von zwei Prozent auf jede von den Krankenkassen zu begleichende Krankenhausabrechnung. Hierfür soll sich die Landesregierung mittels einer Bundesratsinitiative einsetzen, um die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen für die Digitalisierung gut aufzustellen. Parallel zur Umsetzung des Projekts des virtuellen Krankenhauses muss aber die Digitalisierung der NRW-Krankenhäuser mit Nachdruck vorangetrieben werden.

KGNW zur Vorstellung des Gutachtens zur Krankenhausplanung in NRW

Die KGNW bewertete das am 12.09.2019 veröffentlichte Gutachten zur Krankenhausplanung 2019 bis 2030 des NRW-Gesundheitsmi-

nisteriums als eine völlig neue Ausrichtung der Krankenhausplanung. Eine Planung aufgrund von vorgeschlagenen Leistungsberei-

chen und Leistungsgruppen dürfe nicht dazu führen, dass Krankenhäuser nach Umsetzung der Pläne nicht mehr wirtschaftlich geführt werden können. Zudem müsse bei neuen Planungskriterien die Weiterbildung der Ärzte sichergestellt bleiben. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen und Berufsgruppen müsse im Behandlungsalltag weiterhin möglich bleiben, erklärte Jochen Brink, Präsident der KGNW, in einer Pressemitteilung. Wenn die Strukturen der Krankenhauslandschaft in NRW in großem Stil umgebaut werden sollten, müssten auch wesentlich mehr finanzielle Mittel für den Strukturfonds zur Verfügung gestellt werden, mahnte Brink. Der Investitionsstau in den nordrhein-westfälischen Kliniken blei-

be eine offene Baustelle in Verantwortung der Landesregierung. Investitionen in Ausbildung und bessere Arbeitsbedingungen für die Pflegenden sowie ein echter Schub für die Digitalisierung der Kliniken müssten endlich höchste Priorität haben, forderte der KGNW-Präsident. Die KGNW werde das Gutachten ergebnisoffen diskutieren, betonte Brink. Wenn sich die Vorschläge aus dem Gutachten nach gründlicher Prüfung und intensiver Beratung als großer Wurf herausstellten, werde die KGNW Minister Laumann bestmöglich unterstützen. Die KGNW fordert die Übernahme von politischer Verantwortung ein, wenn es zur Schließung von Abteilungen oder Standorten kommen sollte.

KGNW-Forum 2019



Auf dem KGNW-Forum 2019 am 12.12.2019 im Crowne Plaza Neuss/Düsseldorf diskutierten (v. l. n. r.) Dirk Ruiss, Leiter der vdek Landesvertretung NRW, Josef Neumann MdL, Sprecher der SPD im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW, Jürgen Zurheide, Moderator, Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft NRW, Dr. med. Hans-Albert Gehle, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes NRW/RLP.

Im Fokus der Gespräche und Diskussionen beim KGNW-Forum 2019 unter dem Titel „Verbessert Zentralisierung die Versorgung?“ standen die aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene.

Im September 2019 hatte der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen Karl-Josef Laumann in Düsseldorf das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten zur Analyse der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Die Autoren des Gutachtens stellen darin eine nahezu flächendeckende Versorgung mit stationären Angeboten dar, die sich jedoch zu wenig an den tatsächlichen Bedarfen orientiere. In dem Gutachten wird eine völlig neue Ausrichtung der Krankenhausplanung skizziert. Die KGNW hatte sich von Beginn an offen gezeigt, den Prozess konstruktiv zu begleiten und sich aktiv an den Arbeitsgruppen des zuständigen Landesausschusses für Krankenhausplanung

zu beteiligen, und eine Verbesserung der Patientenversorgung in Nordrhein-Westfalen als zentralen Maßstab hervorgehoben.

Jochen Brink, Präsident der KGNW, stellte dazu in der ersten Runde der Podiumsdiskussion klar: „Das Gutachten zur Krankenhausplanung liegt vor, die Arbeitsgruppen des Landesausschusses tagen in hoher Taktung und die Erwartungen an die Umsetzung des neuen Krankenhausplans für NRW sind hoch. Bundesgesundheitsminister Spahn sprach sogar von einer ‚klugen Blaupause für andere Bundesländer‘. Die Krankenhausträger sind bereit für strukturelle Veränderungen und verteidigen nicht mehr jeden Standort. Zum Wohle der Bevölkerung und auch für die Mitarbeiter in den Krankenhäusern wird zu klären sein, welcher Grad von Zentralisierung der Leistungen eine wirkliche Verbesserung der Versorgung darstellt. Und zu guter Letzt, wie und von wem der Umbau der Krankenhauslandschaft finanziert werden soll.“



Prominenz auf dem KGNW-Forum 2019: (links) KGNW-Präsident Jochen Brink, (rechts) Karl-Josef Laumann (CDU), Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Nach einer Videobotschaft des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn (CDU) thematisierte eine weitere Podiumsdiskussion dezidiert die ambulante und stationäre Notfallversorgung, die bei der Strukturplanung der Krankenhauslandschaft eine entscheidende Rolle spielt.

Ingo Morell, Vizepräsident der KGNW, erklärte, dass regionale Besonderheiten unterschiedliche Versorgungsmodelle erforderten: „Die bestehenden regionalen Kooperationen müssen weiter ausgebaut und gefördert werden. Nur so können regionale Lösungen etabliert und die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden. Von starren bundeseinheitlichen Vorgaben zur Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung ist abzusehen.“ Deshalb müsse die Letztverantwortung für die ambulante Notfallversorgung beim Land liegen. Wenn die Rahmenvorgaben zur Organisation

der ambulanten Notfallversorgung eine konkrete Umsetzung auf regionaler Ebene nicht ermöglichen, müsse das Land die Möglichkeit erhalten, steuernd einzugreifen.

Der vorgesehenen Verpflichtung zum Betrieb von Integrierten Notfallzentren (INZ) in gemeinsamer Trägerschaft mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) könne nicht zugestimmt werden, da es grundsätzlich ein Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhäuser sei, stellte der KGNW-Vizepräsident heraus. Notdienstpraxen in Anbindung an Krankenhäuser könnten jedoch die ambulante Notfallversorgung sinnvoll ergänzen. Die Einrichtung von Anlaufstellen für die Zuordnung der Patienten zu Versorgungsbereichen unter der Leitung Dritter dürfe jedoch nur im Einvernehmen mit dem jeweiligen Krankenhaus erfolgen.

KGW-Mitgliederversammlung in Neuss

Auf der Mitgliederversammlung der KGNW am 12.12.2019 in Neuss forderten die Träger der 344 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen eine abgestimmte Krankenhausstrukturpolitik auf Bundes- und Länderebene sowie ein Ende der kalten Strukturbereinigung über zunehmende Insolvenzen der Kliniken.

Die nordrhein-westfälischen Krankenhausräger bekräftigten bei ihrem Treffen in Neuss, dass sie bereit seien für strukturelle Veränderungen und nicht mehr jeden Standort und jede Abteilung verteidigen würden. Zu klären sei jedoch, welcher Grad der Zentralisierung

von Leistungen eine wirkliche Veränderung der Versorgung darstelle. Einigkeit bestand mit NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) darin, dass es besser sei, den Strukturwandel zu gestalten, als ihn einfach geschehen zu lassen. „Es bleibt aber bislang unbeantwortet, wie und von wem der von Minister Laumann geplante Umbau der Krankenhauslandschaft finanziert werden soll. Die aktuell für die nächsten Jahre von der Landesregierung eingeplanten Haushaltsmittel reichen definitiv nicht. Trotz Steigerungen bei der Investitionsfinanzierung wächst der Investitionsstau täglich und wird bei Patienten und Mitarbeitern in

veralteten Gebäuden und Geräten sichtbar. Die Chancen der Digitalisierung werden immer wieder betont, aber einen echten Finanzierungsschub dafür sehen wir leider überhaupt nicht“, kritisierte Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen.

Durch die Änderungsanträge der Koalitionsfraktion zum Gesetz zur Reform des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK-Reform) schwindet darüber hinaus das Vertrauen in die guten Absichten der Gesundheitspolitik auf der Bundesebene. Die Änderungen sehen vor, dass jede Krankenhausrechnung, deren Überprüfung eine Minderung des Rechnungsbetrages zur Folge hat, eine Strafzahlung des Krankenhauses von 300 Euro auslöst. Derzeit führen ca. 50 Prozent der geprüften Rechnungen zu Rechnungsanpassungen. Durch die ebenfalls vorgesehene erhöhte Prüfquote von zehn auf 12,5 Prozent ist von etwa 1,25 Mio. Fällen auszugehen, bei denen die 300 Euro zu zahlen sind.

„Über 50 Prozent der Rechnerkürzungen werden vorgenommen, weil wir Patienten aus Fürsorge, sozialer Verantwortung und fehlender Anschlussversorgung in Pflegeheimen oder Reha-Kliniken länger bei uns versorgen, als die Krankenkassen bezahlen wollen. Diese Strafzahlungen sind nicht zu akzeptieren – und sicher auch nicht im Interesse der Mehrheit der Bevölkerung in unserem Land“, erklärte Brink. Misstrauen und Sanktionsmaßnahmen gegen die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter müssten ein Ende haben. Das ursprüngliche Versprechen, diesen Dienst unabhängiger zu gestalten und Rechnungsprüfungen fairer zu machen, werde mit der nun geplanten Ände-

rung komplett gebrochen. Mit den vorgesehenen Strafzahlungen kriminalisiere die Politik Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter, entziehe den Kliniken Millionenbeträge und treibe immer mehr Krankenhäuser in die Insolvenz. Ein Krankenhausgipfel im Kanzleramt solle daher der Auftakt für eine Dialogreihe und ein neues Miteinander in der Krankenhauspolitik sein.

Darüber hinaus wurde Sascha Klein, Geschäftsführer der Klinikum Oberberg GmbH, zum 2. Vizepräsidenten gewählt. Sascha Klein ergänzt damit als Vertreter der kommunalen Kliniken die Führungsspitze um Präsident Jochen Brink, Geschäftsführer des evangelischen Krankenhausträgers Valeo-Kliniken GmbH, und Ingo Morell, Geschäftsführer des katholischen Krankenhausträgers Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH.



Sascha Klein, Geschäftsführer der Klinikum Oberberg GmbH, wurde zum 2. Vizepräsidenten der KGNW gewählt.

Finanzen, Personal und Organisation

Schiedsstellen nach §§ 18, 18a KHG

Vor der **Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe** waren

- 2019 insgesamt fünf Verfahren aus den Jahren 2018 und 2019 anhängig,
- davon wurde ein Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen,
- drei Verfahren wurden nach mündlicher Verhandlung vor der Schiedsstelle durch Vergleich der Vertragsparteien beendet,
- ein Verfahren konnte 2019 nicht zum Abschluss gebracht werden.

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

- 2019 insgesamt elf Verfahren aus den Jahren 2015 bis 2019 anhängig,
- davon wurden fünf Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen,
- ein Verfahren wurde nach mündlicher Verhandlung vor der Schiedsstelle durch Einigung der Vertragsparteien beendet,

- zwei Verfahren endeten ohne vorangegangene Schiedsstellensitzung durch Rücknahme des Antrages,
- drei Verfahren konnten 2019 nicht abgeschlossen werden (davon wurden zwei Verfahren zur mündlichen Verhandlung im Januar 2020 vorgesehen).

Bei den bei der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe anhängigen Verfahren stellten wesentliche Streitpunkte der Fixkostendegressionsabschlag für Mehrleistungen und der Zuschlag für das Pflegestellenförderprogramm dar.

Bei den bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland anhängigen Verfahren stellte ebenfalls der Fixkostendegressionsabschlag für Mehrleistungen den wesentlichen Streitpunkt dar. Darüber hinaus stritten die Parteien u. a. über die Abrechenbarkeit eines Entgelts für die teilstationäre Hämatologie und Onkologie, die Bewertung einer Hubschrauberlandestelle als Voraussetzung für die Teilnahme an der erweiterten Notfallversorgung und über die Gewährung eines Brustzentrumzuschlags. In einem weiteren Verfahren vertraten die Parteien unterschiedliche Auffassungen zur Laufzeit des zu vereinbarenden Budgets.

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Die Satzung in der Fassung vom 09.06.1997 sowie vom 28.12.2005 sowie in der 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. Gemäß der beschlossenen Satzung gehören neben den Spitzenverbän-

den die Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) als Mitglieder an. Derzeit sind in der Gesellschaft 263 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31.12.2019). Insgesamt vertritt die KGNW 344 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

Städtetag Nordrhein-Westfalen
Gereonstraße 18–32
50670 Köln

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

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

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

Mitgliederversammlung

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

- a) Änderung der Satzung
- b) Festlegung der Grundsätze für die Arbeit der Gesellschaft sowie Entscheidung über Grundsatzfragen
- c) Wahl des Präsidenten und von zwei Vizepräsidenten gem. § 9 Abs. 4 der Satzung
- d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gem. § 9 Abs. 3 der Satzung
- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gem. § 11 der Satzung
- f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gem. § 5 sowie der Beiträge gem. § 6 der Satzung
- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans
- h) Genehmigung der Jahresrechnung
- i) Entgegennahme des Geschäftsberichtes
- j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers
- k) Bestellung der Rechnungsprüfer
- 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:

12.12.2019 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 Sascha Klein
Klinikum Oberberg, Gummersbach
(ab 12.12.2019)

Von den Einzelmitgliedern gewählte Mitglieder:

Geschäftsführer Dr. Dirk Albrecht
Contilia GmbH, Essen

Kaufmännischer Direktor Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

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

Geschäftsführer Dr. Matthias Ernst
Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

Geschäftsführer Hermann Gemke
Kreis Krankenhaus Mechernich GmbH

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

Geschäftsführer Dr. Christoph Heller
St. Vinzenz-Hospital, Dinslaken

Geschäftsführer Franz-Rainer Kellerhoff
Katholisches Klinikum Bochum

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

Geschäftsführer Sascha Klein
Klinikum Oberberg, Gummersbach

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

Geschäftsführer Ralf H. Nennhaus
St. Josef Krankenhaus Moers GmbH

Hauptgeschäftsführer Andreas Schlüter
Knappschaft Kliniken GmbH, Dortmund

Hauptgeschäftsführer Hans-Jürgen Winkelmann
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Kliniken im Märkischen Kreis gGmbH, Iserlohn

Von den Verbandsmitgliedern benannte Mitglieder:

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

Geschäftsbereichsleiterin Elke Grothe-Kühn
Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.

Fachreferentin Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

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

Geschäftsführer Kim-Holger Kreft
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Nordrhein-Westfalen 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

Beigeordneter Martin Schenkelberg
Landkreistag Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

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

Geschäftsführer Joachim Stapper-Müer
Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf

Stellv. Diözesan-Caritasdirektorin
Ester van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland, Köln

Anja Patzki
Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln
(ab 25.09.2019)

**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:

21.01.2019 in Düsseldorf (Sondersitzung)
21.03.2019 in Düsseldorf
06.06.2019 in Düsseldorf
25.09.2019 in Düsseldorf
28.11.2019 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

2. Vizepräsident:

Geschäftsführer Sascha Klein
Klinikum Oberberg, Gummersbach
(ab 12.12.2019)

Geschäftsführendes Präsidialmitglied
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Beisitzer:

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

Geschäftsführer Sascha Klein
Klinikum Oberberg, Gummersbach
(bis 12.12.2019)

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

Stellv. Diözesan-Caritasdirektorin
Ester van Bebbber
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn
e. V.

Hauptgeschäftsführer
Hans-Jürgen Winkelmann
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH

Sitzungen:

06.06.2019 in Düsseldorf
25.09.2019 in Düsseldorf
28.11.2019 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 Dipl.-Kfm. Otto Eggeling
Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH, Duisburg

Regionalgeschäftsführer Christian Engler
Sana Kliniken Düsseldorf GmbH, Düsseldorf

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 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 Martin Blasig
Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel, Essen
(bis 31.12.2019)

Dr. Matthias Ernst
Geschäftsführer Ev. Klinikum Bethel, Bielefeld
(ab 05.11.2019)

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

Geschäftsführer Kim-Holger Kreft
Allgemeines Krankenhaus Viersen

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

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer
Georg Schmidt
AGAPLESION Bethesda Krankenhaus Wupper-
tal gGmbH

Geschäftsführer
Manfred Sunderhaus
Katholisches Klinikum Essen GmbH

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Hospitalvereinigung im Märki-
schen 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

Anja Patzki
Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln
(seit 28.11.2019)

Referatsleiter
– Krankenhäuser und Pflegeausbildung –
Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

**Von den Verbandsmitgliedern benannte stell-
vertretende Mitglieder:**

Kaufm. Direktor
Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen
Ministerium für Kultur und Wissenschaft des
Landes NRW

Dr. med. Gereon Blum
Geschäftsführer Krankenhaus Düren gGmbH
AG der kommunalen Spitzenverbände NRW
(seit 28.11.2019)

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.

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

Sitzungen:

21.01.2019 in Düsseldorf (Sondersitzung)
27.02.2019 in Düsseldorf
14.05.2019 in Düsseldorf
11.09.2019 in Düsseldorf
05.11.2019 in Düsseldorf

Fachausschüsse und Kommissionen/Arbeitsgruppen

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

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

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“

Fachausschuss für Personalwesen

Auf Landesebene war die KGNW im Berichtszeitraum u. a. in folgendem Gremium vertreten:

- Landesausschuss für Krankenhausplanung

Auf Bundesebene ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen als größter Mitgliedsverband der Deutschen Krankenhausgesellschaft in zahlreichen Gremien der DKG vertreten. Im Vorstand der DKG nehmen der Präsident und der Geschäftsführer der KGNW die entsprechenden Aufgaben wahr.

Hauptausschuss

Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“

Geschäftsführer
Heinz-Werner Bitter
Evangelische Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

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

Geschäftsbereichsleiterin Elke Grothe-Kühn
Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-
Lippe e. V.

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

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

Geschäftsführer Thomas Köhler
Zweckverband der Krankenhäuser Südwest-
falen e. V., Iserlohn

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Kranken-
häuser Münsterland und Ostwestfalen,
Münster

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

Sitzung:

08.01.2019 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 Südwest-
falen 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 Ralf Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich, St. Elisabeth

a) Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmitglieder:

Geschäftsführer Mario Bahmann
Johannes Wesling Klinikum Minden

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Jochen Brink
Valeo-Kliniken GmbH

Geschäftsführer Michael Wermker
Evangelisches Krankenhaus Hamm GmbH

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

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Kliniken im Märkischen Kreis
gGmbH

Geschäftsführer Sascha Klein
Klinikum Oberberg GmbH

b) Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

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

Geschäftsführer Dr. Thomas Axer
Allgemeines Krankenhaus Viersen
(ab 01.03.2019)

Geschäftsführer Wolfgang Müller
Vestische Caritas-Kliniken GmbH

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

Stellvertretende Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmitglieder:

Geschäftsführer Kim-Holger Kreft
Allgemeines Krankenhaus Viersen

Geschäftsführer Alexander Spernau
Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e. V.

Geschäftsführer Dr. Guido Lertzynski
Stiftung der Cellitinnen e. V., Köln

Geschäftsbereichsleiterin 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.

Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

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
(bis 01.03.2019)

Susanne Stephan-Gellrich
Landschaftsverband Rheinland

Stellvertretende Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

Geschäftsbereichsleiterin Katharina Benner
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Axel Bremecke
Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.

Rainer Dräger
Diakonisches Werk
Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen

Ekkehard Zimmer
Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen

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

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

Annika Offermann
Landschaftsverband Rheinland

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

Beigeordneter Martin Schenkelberg
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Verwaltungsleiter
Dipl.-Kfm. Christian von den Driesch
Marienhospital Bottrop gGmbH

Hauptreferentin Andrea Vontz-Liesegang
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(bis 30.10.2019)

Anja Patzki
StädteTag Nordrhein-Westfalen
(ab 03.12.2019)

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

Landesrat Prof. Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

c) Sonstige Mitglieder als krankenseitige Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung

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 Krankenhäuser Münsterland und Ostwestfalen e. V.,
Münster

Sitzungen:

06.05.2019 in Düsseldorf
04.09.2019 in Düsseldorf
19.09.2019 in Düsseldorf
30.10.2019 in Düsseldorf

Fachausschuss für Krankenhausorganisation

Vorsitzender:

Geschäftsführer Dr. Dirk Albrecht
Contilia GmbH, Essen

Christian Book
Caritasverband für das Bistum Münster e. V.
(ab 23.09.2019)

Stellv. Vorsitzender:

N. N.

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

Mitglieder:

Kaufm. Direktor Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

Nicole-Katrin Gertzen
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.
(ab 01.03.2019)

Tim Bacher
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH,
Duisburg

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

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Verena Ising-Volmer
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.
(bis 01.03.2019)

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

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

Geschäftsführer Dr. Guido Lerzynski
Stiftung der Cellitinnen e. V., Köln

Dr. Ulrike Möller-Bierth
Landschaftsverband Rheinland, Köln

Moritz Quiske
Malteser Deutschland gGmbH
(bis 31.12.2019)

Hauptgeschäftsführer Andreas Schlüter
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(bis 01.03.2019)

Klaus Stahl
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Stellv. Geschäftsführer
Heino ten Brink
Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-
Lippe e. V., Diakonie-RWL, Düsseldorf

Andreas Tyzak
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Annette Uentrup
Caritasverband für das Bistum Münster e. V.
(bis 01.03.2019)

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

Sitzungen:

22.02.2019 in Düsseldorf
19.09.2019 in Düsseldorf

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

Vorsitzender:

i. V. Burkhard Fischer

Mitglieder:

Klaus Armonies
St.-Josef-Krankenhaus Moers GmbH
(bis 14.05.2019)

Silvia Hermes
Universitätsklinikum Münster

Ute Küppers
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH

Prof. Dr. Sebastian W. Lemmen
Universitätsklinikum Aachen

Ulrich Erdbories
Josephs-Hospital Warendorf

Marion Matthies
St.-Johannes-Hospital, Dortmund

Imke Ern
Evangelisches Krankenhaus Wesel
(ab 19.09.2019)

Gerd Schäfer
Berufsgenossenschaftliches Universitäts-
klinikum Bergmannsheil, Bochum

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

Cordula Schütze
Kath. Kliniken Essen-Nord-West gGmbH

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

Matthias Vahrson
FACT GmbH, Münster

Dr. Christian Karl
Bergmannsheil und Kinderklinik Buer gGmbH,
Gelsenkirchen
(bis 31.12.2019)

Sitzungen:

27.05.2019 in Düsseldorf
07.10.2019 in Düsseldorf

Kommission „Qualitätsmanagement“

Fabian Mundt
Klinikum Dortmund gGmbH

Vorsitzender:

Geschäftsführer Dr. Guido Lerzynski
Stiftung der Cellitinnen e. V., Köln

Geschäftsführer Dr. Stefan Palm
Westdeutsches Tumorzentrum im Universi-
tätsklinikum Essen

Mitglieder:

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

Monika Rimbach-Schurig
WissensKonsil, Alfter

Med. Geschäftsführer Frank Bessler
Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe
GmbH

Geschäftsführer Dr. Ulrich Sorgenfrei
Ludgerus-Kliniken, Clemenshospital Münster

Dr. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Katrin Stapenhorst
Christophorus-Kliniken, Coesfeld

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Prof. Dr. Ralf Waßmuth
Universitätsklinikum Düsseldorf

Helene Weiß
Alexianer GmbH, Münster

Dr. Christa Welling
St. Agnes-Hospital Bocholt gGmbH

Sitzungen:

10.05.2019 in Düsseldorf
25.10.2019 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
N. N.

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

Kay Siercks
HELIOS Klinikum Krefeld

Andreas Tholen
Marienhospital Bottrop gGmbH

Andreas Weitzel
Kliniken Essen-Mitte

Sitzungen:

18.02.2019 in Düsseldorf
04.09.2019 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „QR-Check“

Med. Geschäftsführer Frank Bessler
Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe
GmbH

Dr. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Dr. Bettina Hofmann
GFO-Medical-Center, Troisdorf

Dr. Christian Karl
Bergmannsheil- und Kinderklinik Buer GmbH

Ärztlicher Direktor Dr. Hans-Peter Kemmer
Lungenklinik Hemer

Andreas Klaaßen
Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfa-
len e. V., Iserlohn

Geschäftsführer Thomas Köhler
Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfa-
len e. V., Iserlohn

Jörg Kühn
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Frau Manuela Kulpa
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Stefan Leiendecker
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH

Geschäftsführer Dr. Guido Lertzynski
Stiftung der Cellitinnen e. V., Köln

Petra Link
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Dr. Jörg Oberfeld
Universitätsklinikum Münster

Med. Geschäftsführer Dr. Andreas Sander
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Dr. Christoph Tenhagen
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Ute Westphal
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Sitzung:

keine

Fachausschuss für Personalwesen

Vorsitzende:

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

Mitglieder:

Volker Gläser
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Jan Großkopf
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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

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

Geschäftsführer Kim-Holger Kreft
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

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

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

Heidemarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe, Düsseldorf

Geschäftsführerin
Dipl.-Kffr. Brunhild Schmalz
Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne/Cast-
rop-Rauxel gGmbH

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

Jörn Suermann
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Noemi Wulff
Landschaftsverband Rheinland, Köln

Sitzungen:

01.03.2019 in Düsseldorf

09.05.2019 in Düsseldorf

05.09.2019 in Düsseldorf

31.10.2019 in Düsseldorf

Landesausschuss für Krankenhausplanung

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

Den Vorsitz im Landesausschuss und die Ge-
schäfte des Landesausschusses führt das zu-
ständige Ministerium.

Mitglieder für die KGNW:

Geschäftsführer Rechtsanwalt
Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfa-
len, Düsseldorf

Geschäftsführer Jochen Brink
Valeo-Kliniken GmbH, Hamm

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskane-
rinnen zu Olpe mbH
Abteilungsleiter Klaus Schoch

Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Stellv. 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

Beigeordneter Martin Schenkelberg
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen, Düsseldorf

Mitglieder für die Katholische Kirche und die Evangelischen Landeskirchen:

Geschäftsbereichsleiterin 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:

15.05.2019 in Düsseldorf

01.10.2019 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 Mitglied der genannten Gremien Stimmrecht.
- (5) Außerordentliche Mitglieder können zu einem jährlichen Beitrag herangezogen werden.
- (6) Auf die außerordentlichen Mitglieder finden die Vorschriften des § 3 Abs. 3 und 4 sinngemäß Anwendung.

§ 7 Organe

Organe der Gesellschaft sind:

- a) Mitgliederversammlung
- b) Vorstand
- c) Präsidium
- d) Hauptausschuss.
- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gem. § 11 der Satzung
- f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gem. § 5 sowie der Beiträge gem. § 6 der Satzung
- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans
- h) Genehmigung der Jahresrechnung

§ 8 Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ der Gesellschaft. Sie beschließt über alle Angelegenheiten der Gesellschaft, soweit nicht die Satzung die Zuständigkeit eines anderen Organs festlegt. Der ausschließlichen Beschlussfassung durch die Mitgliederversammlung unterliegen insbesondere:

- a) Änderung der Satzung
- b) Festlegung der Grundsätze für die Arbeit der Gesellschaft sowie Entscheidung über Grundsatzfragen
- c) Wahl des Präsidenten und von zwei Vizepräsidenten gem. § 9 Abs. 4 der Satzung
- d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gem. § 9 Abs. 3 der Satzung einschließlich der Ergänzungswahl im Falle des vorzeitigen Ausscheidens eines gewählten 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 einzu-berufen, 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 Stimmen

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

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

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

(7a) Entgegen 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 Präsidialmitglied –
Rechtsanwalt Matthias Blum

Geschäftsbereich I

Referatsleiter	Telefondurchwahl
Sekretariat/Mitgliederverwaltung Dorothea Grabhorn	-50/-51

- Präsidium
- Vorstand
- Mitgliedererfassung
- Verbandspolitik
- Leitung der Geschäftsstelle
- DGK-Vorstandsmitgliederheiten
- DGK-Finanzierungsausschuss

Sekretariat
N.N.

- DGK-Haushaltsausschuss
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Bundesgesundheitsstelle
- Landesgesundheitsführerangung
- Landesausschuss für Krankenhausplanung
- Landesgesundheitsämter
- Landespflegesatzsausschuss

Geschäftsbereich II

Telefondurchwahl
• Hauptarbeitsausschuss der KGNW
• Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV
• DGK-Facharbeitsausschuss Recht und Verträge

- Geschäftsstellen nach § 114 SGB V und § 189 KHG
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Bundesgesundheitsstelle

Politik, PR und Presse

Referatsleiter	Telefondurchwahl
Lothar Kratz	-70
Referenten	
Ass. jur. Sandra Fosken	-73
Dipl.-Pol. Mikko Ristau	-72
Sekretariat	
Anke Frohnen	-71
Themen	
– Gesundheitspolitik	
– Landtagspolitik	
– Kontaktfrage zu den Landtagsfraktionen, Landtagsmissionen und zu den Institutionen der Selbstverwaltung	
– Grundsatzerfragen des Krankenhauses	
– Kampagnenplanung	
– Pressestelle	
– Publikationen	
– Veranstaltungsmanagement	
– Internetauskunft, Newsletter	
– Europäische Krankenhauswesen	
– AG Ausländische Ärzte	
– DGK:	
– Kommission Europa und internationales Krankenhauswesen	

Finanzen, Personal und Organisation

Sachgebiet/Leitung	Telefondurchwahl
Rosmarie Reim	-50
Sachbereich/Leitung/Sekretariat	
Dennis Sora	-52
Vivien Jozsvak	-53
Themen	
– Personalwesen	
– Beschäftigungs-/Rechtswesen	
– Betriebsangelegenheiten	
– Vorbereitung Buchhaltung	
– Budgetkontrolle/ Wirtschaftsprüfung	
– Vorbereitung Jahresabschluss	

Allgemeiner Dienst	Telefondurchwahl
Corinna Schwenzer	-58
Natalie Fritsler	-55
Dieter Kakeroth	-55
Themen	
– Empfang, Telefonzentrale	
– Poststelle, Kopierzentrale	
– Hausverwaltung	

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

Referatsleiter	Telefondurchwahl
Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer	-20
Referenten	
Dipl.-Wirtschaftswiss. Robert Färber	-22
Dipl.-Inform. Med. Klaus Kalkreuter	-23
Dipl.-Geograph/Mitico Renke	-25
Nico Brinkötter, B.Sc. eHealth	-27
Lea Nohm, M.A. Sozialwissenschaft	-82
Julia Siegeroth, B. Sc. HCM	-81
Thomas Zudrak, M. Sc. HCM	-80
Dipl.-Kfm. Friedhelm Betke	-25
Sachbereich/Leitung/Datenanalyse	
Betriebsw. (VWA) Astrid Stiller	-24
Sekretariat	
Beate Lutermann	-21
Natalie Fritsler	-28
Themen	
– Qualitätsicherung, Zertifizierung	
– Arztimittelwesen, Blutversorgung, -produkte, Gefäßstoffe, Gefäßhüter	
– Rettungsdienst	
– Krankenhaustechnik, Medizinprodukte, Arbeitssicherheit	
– Krankenhausrecht, Internat, Multimedia, Telemedizin, Datenschutz und -sicherheit, Datenübermittlung, Krankenhausverträge, Statistik	
– Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte	
– Interne IT-Betreuung	
– Grenzübergreifung	
– Facharbeitsausschuss für Krankenhausorganisation der KGNW	
– Kommission Umweltschutz im Krankenhaus der KGNW	
– Kommission Qualitätsmanagement der KGNW	
– Kommission TTM Krankenhaus der KGNW	
– DGK:	
– Facharbeitsausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation	
– Facharbeitsausschuss für Dateninformation und Kommunikation	
– Kommission Qualitätssicherung	
– AG Organpende	

Medizin

Referatsleiter	Telefondurchwahl
Dr. med. Peter-Johann May, M. A.	-30
Referenten	
Dr. med. Miriam Böttgejeest	-32
Dipl.-Pflegerin (FH) Silvia Raffel	-33
Sekretariat	
Beate Lutermann	-21
Natalie Fritsler	-28
Themen	
– Verbandsspezifische medizinische Fragestellungen zu:	
– Krankenhausfinanzierung/-planung	
– Qualitätssicherung	
– Pflege	
– Disease-Management-Programmen	
– Dokumentationsmethoden	
– Versorgungsstrukturen und -prozessen im Gesundheitswesen	
– Sonderaufgaben	
– Grenzübergreifung	
– Medizinischer Beirat der KGNW	
– DGK:	
– Facharbeitsausschuss für Medizin	
– Kommission Hygiene	
– Kommission Organpende	
– Kommission Psychiatrie	
– Facharbeitsausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation	
– Gemeinsamer Bundesausschuss:	
– Unterarbeitsausschuss: Ambulante spezialärztliche Versorgung	

Referatsleiter	Telefondurchwahl
Richard Kösters, LL.M.	-10
Referenten	
Dipl.-Kfr. Ursula Fernholz-Grafle	-14
Dipl.-des.-Oec. (FH) Thomas Specker	-13
Alexander Schraie, M. Sc. HCM	-12
Dipl.-Oek./Medizin (FH) Sandra Bergmann	-47
Sekretariat	
Yvonne Bergmann	-11
Themen	
– Krankenhausfinanzierung:	
– Pflegsatzfragen	
– Bundspflegerverordnung	
– Krankenhausentgeltgesetz	
– Abrechnungsfragen	
– Neue Leistungs- und Entgeltformen	
– Integrierte Versorgung	
– Wirtschaftlichkeitsfragen im Krankenhaus	
– Landessatzvertrag	
– Vereinbarung landesweiter Entgelte	
– Leistungs- und Kostenaufstellung	
– Krankenaufspaltung und -förderung:	
– Landeskrankehausplanung	
– Pauschalförderung	
– Einzelförderung	
– Disease-Management-Programme	
– Ausgelastungs gem. § 173a KHG	
– Finanzierung spezieller Leistungen	
– Sozialpädagogische Zentren	
– Pathologie	
– Helmhittel	
– Gebührenmoderationen	
– Grenzübergreifung	
– Facharbeitsausschuss für Planung und Förderung der KGNW	
– Arbeitsgruppe Helmhittelvertrag	
– DGK:	
– Kommission Leistungsentgelte	

Finanzierung/Planung

Referatsleiter	Telefondurchwahl
Rechtsanwalt Thorsven Ganse	-40
Referenten	
Rechtsanw. Joachim Klähn	-42
Ass. jur. Katharina Hüfner	-43
Ass. jur. Agnes Christoffel	-44
Sekretariat	
Anna Korth	-41
Themen	
– Rechts- und Vertragswesen	
– Rechtsberatung der Mitglieder/Verträge/Krankenhaus	
– Rechtsfragen zum Krankenhausfinanzierungsrecht (KHG, KfHG, BfNY, PNV) und Sozialrecht (SGB, RVO etc.)	
– Belegzeit und Konsiliararzt	
– Kooperationsverträge	
– Allgemeines Wirtschaftsrecht	
– Steuerrecht	
– Allgemeine Vertragsbedingungen und Haftungsrecht	
– Auswertung Rechtsprechung	
– Personalwesen im Krankenhaus	
– Grundsatzerfragen zum Arbeitsrecht	
– Aus- Weiter- und Fortbildung	
– Ausbildungsstellen	
– Arztliches Berufsrecht	
– Arztliche Schweigepflicht und Datenschutz	
– Bundes- und Landesverträge sowie Rahmenvereinbarungen	
– Grenzübergreifung:	
– Facharbeitsausschuss für Personalwesen der KGNW	
– DGK:	
– Facharbeitsausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation	

Recht und Personal

Referatsleiter	Telefondurchwahl
Rechtsanw. Thorsven Ganse	-40
Referenten	
Rechtsanw. Joachim Klähn	-42
Ass. jur. Katharina Hüfner	-43
Ass. jur. Agnes Christoffel	-44
Sekretariat	
Anna Korth	-41
Themen	
– Rechts- und Vertragswesen	
– Rechtsberatung der Mitglieder/Verträge/Krankenhaus	
– Rechtsfragen zum Krankenhausfinanzierungsrecht (KHG, KfHG, BfNY, PNV) und Sozialrecht (SGB, RVO etc.)	
– Belegzeit und Konsiliararzt	
– Kooperationsverträge	
– Allgemeines Wirtschaftsrecht	
– Steuerrecht	
– Allgemeine Vertragsbedingungen und Haftungsrecht	
– Auswertung Rechtsprechung	
– Personalwesen im Krankenhaus	
– Grundsatzerfragen zum Arbeitsrecht	
– Aus- Weiter- und Fortbildung	
– Ausbildungsstellen	
– Arztliches Berufsrecht	
– Arztliche Schweigepflicht und Datenschutz	
– Bundes- und Landesverträge sowie Rahmenvereinbarungen	
– Grenzübergreifung:	
– Facharbeitsausschuss für Personalwesen der KGNW	
– DGK:	
– Facharbeitsausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation	



Humboldtstraße 31
 40237 Düsseldorf
 Telefon: +49 211 4 7819-0
 Telefax: +49 211 4 7819-99
 E-Mail: info@kgnw.de

Geschäftsstelle der Schiedsstelle KHG Rheinland

Sachgebiet/Leitung	Telefondurchwahl
Rosmarie Reim	-50
Sachbereich/Leitung/Sekretariat	
Alexandra Giesen	-51

Vorstandsbüro

Stand: 31.12.2019

Impressum

Herausgeber: Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Redaktion: Referat Politik
PR und Presse
Lothar Kratz
Gernot Speck
Michael Wacker

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

Dieser Geschäftsbericht
erscheint ausschließlich
in digitaler Form.

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