

Geschäftsbericht

2023



Inhalt

Geschäftsbericht 2023

Editorial	4-5
Alarmstufe ROT: 10.000 Beschäftigte vor dem Landtag – und Minister Lauterbach als Plastik mitten im Geschehen Neun NRW-Kliniken bis Jahresende im Insolvenz- oder Schutzschirmverfahren	6-12
Galoppierende Inflation und keine Refinanzierung der Tariferhöhung Krankenhausfinanzierung: Warum so viele Krankenhäuser in den roten Zahlen stecken	13
Bund versus Länder: Wer hält die Zügel bei der Planung der künftigen Krankenhauslandschaft? Krankenhausreform: Wie der Bundesgesundheitsminister Länder und Krankenhäuser brüskiert	14-21
Umbau der Kliniklandschaft in NRW: „Nicht die Krankenhausplanung der Regierung, sondern des Gesundheitswesens“ Wie Minister Laumanns Vorgehen zur Grundlage einer bundesweiten Reformidee wurde	22-25
„Krisenfestigkeit funktioniert nur mit personellen und materiellen Ressourcen“ Lehren aus der Corona-Pandemie	26-27
Das Jahr 2023 in Bildern	28-29
„Climate Boost“ braucht staatliche Fördermittel KGNW unterstützt Krankenhäuser auf dem Weg zur Klimaneutralität – Land verspricht Partnerschaft	30-35
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frühzeitig ins Boot holen Digitalisierung in Krankenhäusern	36-39
Mehr Qualität im Krankenhaus durch mehr Daten? Viele Fragen, viele Vorschläge, viel Bürokratie in Qualitätssicherung und -management – was nützt den Patientinnen und Patienten?	40-43
„Tut endlich was!“ Pflegepersonal nimmt die Politik in die Pflicht: Rahmenbedingungen gehen am Klinikalltag vorbei	44-47
Modellprojekt MeKidS.best verbessert Kinderschutz	48
Von der Wiege bis zur Bahre: Formulare, Formulare ... Zahlreiche Vorschriften führen zu Bürokratie-Irrsinn in Krankenhäusern	49-53
Schiedsstellen nach § 18a KHG	54
Impressum und Bildnachweis	55

Titelbild: Protest-Kundgebung von rund 10.000 NRW-Krankenhausbeschäftigten vor dem Düsseldorfer Landtag gegen die Krankenhaus-Politik der Bundesregierung. Die Botschaft: „Die beste Medizin: saubere Finanzierung.“ Künstler und Satiriker Jacques Tilly hatte eigens dafür eine Plastik entworfen: Die Krankenhäuser ächzen unter der dramatischen Kostenbelastung. Derweil schaut der eigentlich verantwortliche Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach fröhlich mit einem Blümchen im Munde zu und kann sich ein Grinsen nicht verkneifen.



Editorial Geschäftsbericht 2023



MATTHIAS BLUM
Geschäftsführer
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen (KGNW)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Am 31. Dezember 2023 mussten wir alle, die sich um das Wohlergehen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, ihrer Beschäftigten und der Patientinnen und Patienten sorgen, tief durchatmen. Ein sehr herausforderndes Jahr lag hinter uns, zugleich galt es, neue Kräfte für 2024 zu mobilisieren. Die kommenden zwölf Monate sollten nicht leichter werden. 2023 wird bei jedem Krankenhaus Spuren hinterlassen haben, meist keine guten. Das Ende der Corona-Schutzverordnung des Landes zu Ende Februar 2023 hatte – medizinisch gesehen – nicht gleichzeitig das Ende der Pandemie bedeutet. Denn ihre Folgen waren weiterhin zu spüren. Die 2022 durch die Pandemie und den russischen Angriffskrieg gegen die Ukraine in Gang gesetzte Kostenspirale hat existenzbedrohende Dimensionen erreicht. Alle Krankenhäuser waren das gesamte Jahr über und

sind weiterhin mit enormen Kostensteigerungen für Energie, Lebensmittel, Medizinprodukte und Dienstleistungen und viele weitere Bereiche konfrontiert. Im kommenden Jahr sollte darüber hinaus eine rund zehnprozentige Tarifsteigerung für das Krankenhauspersonal bevorstehen. Eine mehr als verdiente Lohnerhöhung, darüber gibt es keine zwei Meinungen. Doch die Krankenhäuser können die Kostensteigerungen nicht refinanzieren, laufen ins Defizit. Bis Ende 2023 werden sich die Fehlbeträge aus den Jahren 2022 und 2023 allein in NRW auf rund 2,1 Milliarden Euro summieren, weil der Bund einen Ausgleich verweigert hat.

Bis Ende November 2023 haben in NRW in diesem Jahr neun Krankenhäuser ein Insolvenzverfahren beantragt, weitere sind wahrscheinlich. Doch Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach ficht das nicht an. Er warf vielmehr auf dem Deutschen Krankenhaustag im Herbst 2023 die These in den Raum, dass es 2024 kein großes Krankenhaussterben geben werde. Was bringt es besser auf den Punkt als die von Jacques Tilly für die Kundgebung am 20. September eigens entworfene Plastik? Die Krankenhäuser ächzen unter der dramatischen Kostenbelastung. Derweil schaut der eigentlich verantwortliche Bundesminister fröhlich mit einem Blümchen im Munde zu und kann sich ein Grinsen nicht verkneifen. 10.000 demonstrierenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor dem Düsseldorfer Landtag auf Deutschlands größter Krankenhaus-Protestkundgebung des Jahres war nicht zum Lachen zumute. Die Kampagne „Alarmstufe ROT – Krankenhäuser in Not“ zog sich durch das gesamte Jahr, gipfelte in den beiden Protesttagen am 20. Juni und am 20. September. Die Botschaft aus Düsseldorf: „Die beste Medizin: saubere Finanzierung.“ Mit Erfolg, da die NRW-Landtagsfraktion der SPD einem Antrag von CDU und Grünen zustimmte, der vom Bund die vollständige Finanzierung der durch Inflation und Tarifsteigerungen verursachten Kosten einforderte – Startschuss für eine Bundesratsinitiative, die in der Länderkammer starke Unterstützung erhielt. Für SPD-Minister Lauterbach kam damit der Gegenwind aus seinem eigenen SPD-Landesverband.

Doch die Umsetzung der von Prof. Karl Lauterbach vollmundig angekündigten Krankenhausreform – ohne Beteiligung der Krankenhäuser – ist ins Stocken geraten. Die Vorschläge der Regierungskommission hatten jedoch bestätigt: Krankenhausplanung lässt sich nicht

nur nach einem Algorithmus ausrichten. Das Transparenzgesetz, wesentlicher Teil der Pläne des Bundesgesundheitsministers, hat der Bundesrat – auf Initiative der nordrhein-westfälischen Landesregierung – Ende November abgelehnt und den Vermittlungsausschuss angerufen. Ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung steht für die Länder auf dem Spiel.

Im Bereich der Krankenhausfinanzierung und der Krankenhausplanung war die Arbeit der KGNW-Geschäftsstelle und der gesamten KGNW-Gremien im Jahr 2023 besonders geprägt durch die Aktivitäten von Bund und Ländern rund um die große Krankenhausstruktur- und -finanzierungsreform und durch die Forderung der Krankenseite nach einem Vorschaltgesetz auf Bundesebene für die Zeit, bis die große Krankenhausstruktur- und -finanzierungsreform greift. Auch wenn die Energiehilfen – wie zuvor auch die Coronahilfen – des Bundes eine wertvolle Entlastung für die Krankenhäuser waren, handelte es sich jedoch um eine nur einmalige Finanzierungshilfe für 2022 und 2023, die sich nicht dauerhaft im Landesbasisfallwert niederschlägt, also nicht nachhaltig wirkt. Die Personal- und Sachkosten in den Krankenhäusern werden in den nächsten Jahren nicht zurückgehen, sondern steigen. Das heißt, die gestiegenen Kosten fallen jährlich wiederkehrend in den Krankenhäusern an. Insgesamt ist es erforderlich, für die kommenden Jahre Finanzierungsinstrumente zu etablieren, mit denen sich die Sach- und Personalkostensteigerungen zeitnah und nachhaltig abbilden lassen. Andernfalls wird sich der 2023 eingesetzte Insolvenztrend ungebremst und exponentiell fortsetzen.

Große Veränderungen setzt parallel die NRW-Krankenhausplanung in Gang. Nachdem das nordrhein-westfälische Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) den neuen Krankenhausplan am 27. April 2022 veröffentlicht hatte, folgt nun bis 2024 die „heiße Phase“ der Umsetzung. Im Landeshaushalt stehen zusätzlich 2,5 Milliarden Euro über mehrere Jahre für die Umsetzung der Krankenhausplanung und für Klimaanpassungsmaßnahmen bereit.

Darüber hinaus stiegen die pauschalen Fördermittel für Investitionen in den Krankenhäusern um 195 Millionen Euro. Die KGNW hatte bereits zu Jahresbeginn 2022 mit dem „Investitionsbarometer NRW“ aufgezeigt, dass viele Krankenhäuser bereits jetzt Substanzverzehr erleiden. Deshalb war es positiv, dass nunmehr frei werdende und umgewidmete Mittel in die Zukunftssicherung der Daseinsvorsorge investiert werden sollten. Diese Aufstockung der Investitionspauschalen kam zum richtigen Zeitpunkt. Positiv ist ebenfalls hervorzuheben, dass die Landesregierung den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern zur Bewältigung der Krisensituation für die Gewährleistung beziehungsweise Ausstattung mit einer Notstromversorgung sowie für die Verbesserung der

Energieeffizienz und Stärkung der Unabhängigkeit von fossilen Brennstoffen Sonderförderungen mit einem Volumen von jeweils 100 Millionen Euro zur Verfügung stellte.

Im Themenfeld Qualitätsmanagement und in der Qualitätssicherung (QS) zeigte sich beispielhaft das Übermaß an Bürokratie, mit dem sich die Krankenhäuser alltäglich konfrontiert sehen: Die Datenannahmestelle Krankenhaus bei der KGNW nahm für das Erfassungsjahr 2022 insgesamt 882.828 QS-Datensätze und 884 Sollstatistiken entgegen. Die überbordende Bürokratie bestätigte sich auch in der notwendigen rechtlichen Begleitung der KGNW in anderen Bereichen wie dem MDK-Prüfverfahren, bei Qualitätskontrollen (Notfallstufen) oder dem Entlassmanagement. Konstruktive Verbesserungsvorschläge der Krankenhäuser dringen aber auf politischer Ebene derzeit noch nicht vollständig durch.

Zahlreiche Neuerungen gab es bei IT und Medizintechnik in den Krankenhäusern. Die Entwicklung bei den digitalen Anwendungen in der Telematikinfrastruktur kam im Jahr 2023 jedoch nur langsam voran. Weder das E-Rezept noch der KIM-Versand von Arztbriefen ließen sich flächendeckend in den Krankenhäusern einführen. Dafür konnte die 2022 neu auf die Umsetzung des Krankenhauszukunftsgesetzes ausgerichtete KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“ erfolgreich fortgeführt werden. Darüber hinaus hält die KGNW weiterhin Tools für die Datenerhebung und -analyse vor, mit denen öffentlich zugängliche und von den Mitgliedern bereitgestellte Daten analysiert und aufbereitet werden. Besonderes Augenmerk lag dabei auf Analysen für die Mitglieder zur neuen Krankenhausplanung. Die Plattform für Datenanalysen wurde 2023 weiterentwickelt. So wurde von QlikView auf QlikSense umgestellt, das LGsim-Tool und das LGsim-Portal wurden angepasst.

Die KGNW-Initiative Klimaneutrales Krankenhaus wurde nach dem Auftakt im November 2022 im Jahr 2023 umfassend fortgeführt. Die KGNW wird die Krankenhäuser in den kommenden Jahren dabei unterstützen, klimaneutral zu werden. Dafür hat sie die Initiative Klimaneutrales Krankenhaus gestartet. Die Krankenhäuser erkennen in der Praxis deutlich: Ohne massive Investitionen sind große Sprünge im Klimaschutz nicht zu leisten. Hier werden wir Landes- und Bundesregierung an ihre Zusagen erinnern, den Kliniken mit dem versprochenen Krankenhaus-Klimaschutzfonds zu ermöglichen, dass sie bis 2045 klimaneutral werden können.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Alarmstufe ROT: 10.000 Beschäftigte vor dem Landtag – und Minister Lauterbach als Plastik mitten im Geschehen

Neun NRW-Kliniken bis Jahresende im Insolvenz- oder Schutzschirmverfahren

Die Nachricht kam nicht plötzlich, aber sie klang endgültig und sie war endgültig: „Ab dem 06.03.2023 werden keine neuen Patient:innen mehr im St. Josef-Krankenhaus Linnich aufgenommen.“

Diese Meldung der Klinik im Landkreis Düren zwischen Mönchengladbach und Aachen beendete eine 135-jährige Tradition. Dabei hatten viele Monate lang Bürgerinnen und Bürger, die Politik und viele weitere Menschen vehement um den Erhalt des Krankenhauses gekämpft, zuletzt noch auf einer Demonstration im Februar/März 2023. Zu spät. Dahinter stand die Insolvenz des Trägers, der Katholischen Nord-Kreis Kliniken mit den Krankenhäusern Jülich und Linnich, für die Ende 2022 ein Insolvenzverfahren eröffnet worden war. Die Gründe: drohende Zahlungsunfähigkeit mangels ausreichender Patientenauslastung und eine zu hohe Dichte konkurrierender Akutkrankenhäuser in der Region – dies alles zuletzt verstärkt durch erhöhte Energiepreise. Die Stadt Jülich übernahm letztlich die Klinik in ihrer Stadt, während die Gläubiger entschieden, das Linnicher Krankenhaus zu schließen und die medizinische Versorgung der Region auf eine Klinik zu konzentrieren. Das Linnicher Krankenhaus verfügte über 132 Betten und hatte zuletzt rund 320 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Linnich war das erste NRW-Krankenhaus, das 2023 im Zuge einer Insolvenz geschlossen werden sollte.



Doch das Linnicher Krankenhaus stand und steht nicht allein mit seinen wirtschaftlichen Problemen. Im Jahr 2023 gerieten mindestens neun nordrhein-westfälische Kliniken in ein Insolvenz- oder Schutzschirmverfahren.

Nr.	Bundesland	Krankenhaus	Verfahren	beantragt am/ eröffnet am
1	Nordrhein-Westfalen	St. Josef-Krankenhaus Linnich	Insolvenz in Eigenverwaltung	Feb 2023
2	Nordrhein-Westfalen	St. Elisabeth-Krankenhaus Jülich	Insolvenz in Eigenverwaltung	Feb 2023
3	Nordrhein-Westfalen	Bergman Deutsche Klinik Hilden	Insolvenz in Eigenverwaltung	Jul 2023
4	Nordrhein-Westfalen	St. Mauritius Therapiekl. Meerbusch	Schutzschirm-Verfahren	Mai 2023
5	Nordrhein-Westfalen	St. Josef Krankenhaus Haan (Kplus)	Insolvenz in Eigenverwaltung	Jun 2023
6	Nordrhein-Westfalen	St. Josefs Krankenhaus Hilden (Kplus)	Insolvenz in Eigenverwaltung	Jun 2023
7	Nordrhein-Westfalen	St. Lukas Klinik Solingen (Kplus)	Insolvenz in Eigenverwaltung	Jun 2023
8	Nordrhein-Westfalen	St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn	Insolvenz in Eigenverwaltung	Jul 2023
9	Nordrhein-Westfalen	Alfried Krupp Krankenhaus Steele	Schutzschirm-Verfahren	Okt 2023

Denn gleich mit mehreren Krisen hatten sie zu kämpfen:

- 1) Die finanziellen Folgen der Corona-Pandemie: ausbleibende Kompensationen für die finanziellen Folgen der Corona-Pandemie.
- 2) Die Folgen der Inflation und die dadurch enorm gestiegenen Kosten in allen Bereichen: Bereits die nicht ausgeglichenen Kostensteigerungen durch die Inflation beeinflussten die wirtschaftlichen Ergebnisse aller Krankenhäuser deutlich negativ.
- 3) Die im Jahr 2023 für 2024 beschlossenen Tarifsteigerungen, die sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zweifellos verdienen: Doch weil die inflationsbedingten Kostensteigerungen und die Tarifsteigerungen nicht nachhaltig finanziert wurden, gerieten alle Krankenhäuser in eine bedrohliche Schieflage bis hin zur Insolvenz. Geradezu fahrlässig weigerte sich die Bundesregierung, dafür eine ausreichende Refinanzierung bereitzustellen, obwohl sie gesetzlich dazu verpflichtet ist.

Daraus entstand eine gefährliche Defizitkrise. Dazu kamen eine anhaltende Personalknappheit und damit einhergehende Kapazitätseinschränkung und Erlöseinbußen, ungelöste Herausforderungen bei der Notfallversorgung und nur geringe Digitalisierungsschritte sowie Medikamentenknappheit.

Die KGNW warnte frühzeitig vor den unabsehbaren Folgen für die Gesundheitsversorgung. Präsident Ingo Morell sagte beim KGNW-Frühjahrsempfang Anfang März:

„Aus der Rastlosigkeit der Pandemie sind wir in die Atemlosigkeit des russischen Angriffskrieges gegen die Ukraine und die dadurch ausgelöste Inflation geraten. Alle Krankenhäuser sind mit enormen Kostensteigerungen für Energie, Lebensmittel, Dienstleistungen und so weiter konfrontiert. Doch sie können sie nicht refinanzieren, laufen ins Defizit. Für 2022 gab es einen genehmigten Kostenausgleich von 2,32 Prozent – bei 6,9 Prozent Inflation. Und die realen Ausgabesteigerungen lagen oft weit drüber. In diesem Jahr sind 4,32 Prozent genehmigt, die erwartete Inflation liegt mit 8 Prozent fast doppelt so hoch.“

Während die NRW-Krankenhausplanung von der Landesregierung fortgesetzt wurde und parallel die Bundesregierung eigene Reformpläne verfolgte, stand im Jahr 2023 vor allem die wirtschaftliche Not der NRW-Kliniken im Fokus vielfältiger KGNW-Aktivitäten.

Zugegeben – es gab einzelne finanzielle Verbesserungen, beispielsweise durch Energiepreishilfen als Teil des berühmten „Doppelwumms“ der Bundesregierung. Pauschal erhielten die Kliniken nach Betten für indirekte Energiekostensteigerungen Zuweisungen in Höhe von 1,5 Milliarden Euro. Der krankhaus-individuelle Härtefallfonds in Gesamthöhe von weiteren 4,5 Milliarden Euro ließ sich kaum abrufen, 2,5 Milliarden Euro davon sollten deshalb später zwischen Herbst 2023 und Frühjahr 2024 pauschal ausgeschüttet werden. Es waren Einmalhilfen, die strukturelle Kostensteigerung blieb ohne Antwort.

Das Defizit der Krankenhäuser stieg weiter.

Die Erhöhung des Pflegeentgeltwertes auf 230 Euro ab 1. Januar 2023 sorgte lediglich für Liquidität. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erhielten zusätzlich 300 Millionen Euro, die Geburtshilfe 120 Millionen. Parallel beklagten alle Krankenhäuser jedoch eine zuvor vom Bundesgesundheitsminister verfügte Budgetkürzung um 400 Millionen Euro.

Ingo Morell appellierte zu Jahresbeginn an die Politik, endlich zu handeln:

„Jeden Monat müssen die Krankenhäuser wegen dieser Lage eine Erlöslücke von 740 Millionen Euro verbuchen. Verkraften können sie das nicht: Bis Ende dieses Jahres wird die Lücke auf 15 Milliarden Euro angewachsen sein. Bundesweit. NRW nimmt immer mindestens ein Fünftel davon ein. Wohin das führt, kann sich jede und jeder ausrechnen.“

Damit spielte er auf die vom Bundesgesundheitsminister mit lautem Getöse angekündigte Krankenhausreform an, während die Kliniken in Nordrhein-Westfalen ohnehin bereits an der Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft arbeiteten. Diese hatte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann durch seinen Krankenhausplan angestoßen.

Alarmstufe ROT – Krankenhäuser in Not: „Handeln Sie jetzt, Herr Minister Lauterbach!“

Bis Mitte des Jahres hatte sich die finanzielle Situation in den deutschen Krankenhäusern dramatisch verschärft. Ein ausreichender Inflationsausgleich der Bundesregierung? Fehlanzeige.

Die Krankenhäuser konnten auf die enormen Preissteigerungen für Energie, Lebensmittel, Medizinprodukte oder auch Dienstleistungen nicht durch Anpassung der Vergütung reagieren. Für sie wird im Voraus eine erwartete Kostensteigerung festgelegt, die dann ein Jahr unveränderlich gilt. Sie lag für 2022 bei 2,32 Prozent, die Inflation jedoch im Jahresdurchschnitt bei 6,9 Prozent.

Der Trend setzte sich auch 2023 fort: Immerhin 4,32 Prozent höhere Kosten konnten die Krankenhäuser geltend machen, die Inflation lag Anfang des Jahres mit 8,7 Prozent aber noch doppelt so hoch und sank laut Destatis nur langsam in Richtung Sechszehn-Prozent-Marke.

Daher hatten die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und alle Landeskrankhausgesellschaften für den 20. Juni 2023 zu einem bundesweiten Aktionstag der Kampagne „Alarmstufe ROT – Krankenhäuser in Not“ aufgerufen.

An diesem Aktionstag beteiligten sich auch die KGNW und zahlreiche nordrhein-westfälische Krankenhäuser mit Aktionen vor Ort. Das Ziel: Aufmerksamkeit bei Politik und Öffentlichkeit. „Die unaufhörlich wachsenden Defizite der NRW-Krankenhäuser türmen sich zu einer erdrückenden Last auf, die viele Krankenträger nicht mehr lange schultern können“, sagte Ingo Morell, KGNW-Präsident, in einer Presseinformation.

Der KGNW-Präsident verwies auf die zum damaligen Zeitpunkt – im Juni 2023 – in den Krankenhäusern laufenden Wirtschaftsplanungen für das kommende Jahr, für das die meisten Geschäftsleitungen hohe Verluste einkalkulieren müssten: „Viele Krankenträger müssen sich inzwischen mit dem Insolvenzrecht befassen, weil sie das erwartete Minus nicht mehr schultern können.“

In NRW lief der Protest flächendeckend und wurde vor allem über Social Media verbreitet. So ließen sich die Mitarbeitenden des Evangelischen Klinikums Niederrhein zunächst mit einer schwarzen Maske („Wir werden nicht mehr von der Politik gesehen – wir sind praktisch unsichtbar.“) und roten Händen („Wir bluten aus, unsere Mitarbeiter: innen arbeiten sich die Hände blutig und die Politik sieht es nicht.“) ablichten.

In der Nacht besprühten sie – mit der Polizei abgesprochen und von der Stadt genehmigt – Bürgersteige in ihrer Region mit blutroten Händen.



Alarmstufe ROT – Protest am Evangelischen Klinikum Niederrhein

Andere Häuser wie das St. Johannes Hospital Dortmund strahlten ihre Gebäude rot an, hingen Protestplakate vor das Krankenhaus wie das Klinikum Westmünsterland, luden die Presse ein wie im Klinikum Oberberg und ließen ihre Stimme bis nach Berlin vor das Büro von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ertönen.

Eckpunktepapier stellt die Weichen für eine bundesweite Krankenhausreform

Am 10. Juli 2023 einigten sich der Bund und die Bundesländer auf ein Eckpunktepapier für eine bundesweite Krankenhaus-

reform, dem auch Nordrhein-Westfalen zustimmte. Danach sollen die bisherigen Fallpauschalen für Krankenhäuser von Vorhaltepauschalen für Leistungen abgelöst werden. Diese sollten einschließlich Pflegebudget rund 60 Prozent der Vergütungen ausmachen. Weitere 40 Prozent sollten weiter als Fallpauschalen leistungsabhängig abgerechnet werden. Dazu sollen Leistungsgruppen definiert werden, die durch einheitliche Qualitätsvorgaben etwa bei der Ausstattung, bei Personal und Behandlungserfahrungen abgesichert werden.

Einer Forderung der Länder nach einer Finanzspritze des Bundes für die Kliniken noch vor Umsetzung der Reform erteilte Minister Lauterbach eine Absage. Und ergänzte teilnahmslos: Bis die Reform wirke, sehe er „leider“ noch Kliniken in die Insolvenz gehen. Als Grund machte er aus, dass die Reform nicht schon früher durchgeführt worden sei. Die reale wirtschaftliche Lage durch die Inflation blendete er weiter aus. Insbesondere die ausbleibende Soforthilfe kritisierte der DKG-Vorstandsvorsitzende Dr. Gerald Gaß: Die Kliniken stünden am Vorabend eines Krankenhaussterbens, weil „uns der dringend notwendige Inflationsausgleich fehlt, also eine Anpassung der Erlöse der Krankenhäuser an die gestiegenen Kosten“. Damit verweigere die Politik eine faire Vergütung für die Krankenhäuser.

Insolvenz folgt auf Insolvenz, doch der zuständige Minister reagiert nicht

Bis einschließlich Juli befanden sich bereits acht NRW-Krankenhäuser im Schutzschirmverfahren oder in der Insolvenz in

Eigenverwaltung, im Oktober kam ein weiteres hinzu. Die wirtschaftliche Lage in den Häusern spitzte sich zu, doch der zuständige Minister Lauterbach schaltete seine Ohren auf Durchzug.

Unweigerlich waren die Krankenhäuser gezwungen, ihre Not auf Straßen und Plätzen öffentlich sichtbar und hörbar zu machen: Für den 20. September 2023 rief die DKG alle Landeskrankenhausesellschaften und sämtliche Krankenhausmitarbeitenden zu einem bundesweiten Protesttag auf. Mit Demonstrationen in mehreren Bundesländern und einer Kundgebung in Berlin wollten die Kliniken einen Ausgleich der durch die anhaltende Inflation extrem gestiegenen Kosten fordern. Das schloss auch die 2024 anstehende Tarifierhöhung der Mitarbeitenden in Höhe von rund zehn Prozent ein, die die Bundesregierung in Person von Innenministerin Nancy Faeser selbst ausgehandelt hatte. Doch die Bundesregierung verweigerte diesen Ausgleich weiterhin. Krankenhäuser können ihre Preise aber nicht selbst an die gestiegenen Kosten anpassen. In der Folge konnte fast kein Krankenhaus mehr seine Ausgaben aus den laufenden Einnahmen bezahlen. Viele Kliniken mussten sich weiter verschulden. Die wirtschaftliche Abwärtsspirale begann, sich noch schneller zu drehen.

Protest-Kundgebung bringt 10.000 Mitarbeitende aus den NRW-Krankenhäusern nach Düsseldorf

Direkt nach den NRW-Sommerferien begann die KGNW mit den Planungen für eine große Kundgebung. In nicht einmal sieben Wochen sollte in NRW eine Protest-Kundgebung der Krankenhäuser aus

dem Boden gestampft werden. Tenor: „Daseinsvorsorge auf der Kippe: Ohne Ausgleich für Inflation und Tarifikosten droht vielen Krankenhäusern im Jahr 2024 das Aus“. Auch wenn die Kundgebung vor dem Düsseldorfer Landtag geplant war – Adressat war die Bundesregierung.

Eine neu gebildete „NRW-Allianz für die Krankenhäuser“ aus in NRW arbeitenden Verbänden und Organisationen unterstützte den Protest. Dahinter standen neben der KGNW die drei kommunalen Spitzenverbände Landkreistag, Städtetag sowie der Städte- und Gemeindebund, die kommunalen Arbeitgeber, die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Pflegekammer NRW, die Gewerkschaften ver.di und Marburger Bund, die Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe sowie die Caritas in NRW, der Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte, der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands und der Verband der Privatkliniken NRW. Knapp eine Woche vor der Kundgebung, am 11. September 2023, trat die Allianz im Rahmen der Landespressekonferenz (LPK) erstmals vor die Medien (Bild).

Hier appellierte KGNW-Präsident Ingo Morell mit Unterstützung von Jürgen Müller, Landrat des Kreises Herford und damit auch verantwortlich für die vom Kreis getragenen Kreiskliniken Herford-Bünde, sowie Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, an die Bundesregierung, endlich Verantwortung zu übernehmen. Die Krankenhäuser müssten für 2024 Verluste – teils im zweistelligen Millionenbereich – planen. Die Folge: wirtschaftliche Schieflage bis hin zur konkreten Insolvenzgefahr, zum Beispiel beim Klinikum Lippe:



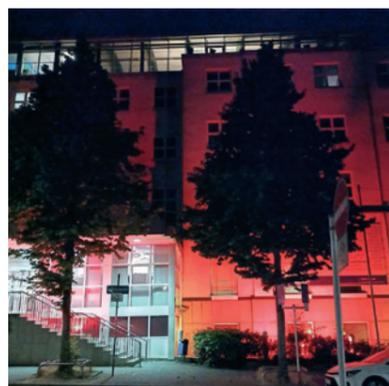
(v. l. n. r.): Jürgen Müller, Rudolf Henke, Ingo Morell und Maximilian Plück (LPK und Rheinische Post)

Das Krankenhaus Lippe mit rund 1.200 Betten erwartete nach einem positiven Ergebnis von fast 2,3 Millionen Euro 2022 für das Folgejahr ein Minus von 7,6 Millionen Euro. Ein weiteres Jahr später drohte dieses, ohne Handeln der Bundesregierung auf 15 Millionen Euro hochzuschwellen. Danach stiegen die Sachkosten seit 2022 um 13 Prozent oder 14,8 Millionen Euro, 2024 würden es knapp elf Millionen Euro (acht Prozent) sein. Der gesetzlich gedeckelte Anstieg der Vergütung beträgt aber nur 4,32 Prozent im laufenden Jahr. Der Anstieg der Personalkosten für 2024 – ohne die über das Pflegebudget abgedeckte Pflege am Bett – wird aktuell mit rund 5,6 Millionen Euro kalkuliert.

Die NRW-Allianz für die Krankenhäuser forderte von der Bundesregierung, die Inflationskosten dauerhaft zu kompensieren. Möglich wäre dies über eine mindestens vierprozentige Anhebung des Landesbasisfallwertes ab 2024. Zudem müsse der Bund die gesetzlichen Voraussetzungen schaffen, dass die Preisanpassung für das kommende Jahr nicht wie bisher gedeckelt bleibt, sondern dass die Krankenkassen die vollen Tarifierhöhungen finanzieren könnten.

Fünf Minuten vor zwölf: „Die beste Medizin: saubere Finanzierung.“

Am 20. September ab 11.55 Uhr war es so weit: Mehr als 10.000 Krankenhaus-Beschäftigte protestierten in Düsseldorf auf der Landtagswiese gegen die Bundesregierung. Ihr Motto: „Die beste Medizin: saubere Finanzierung.“



St. Johannes Hospital Dortmund



Klinikum Westfalen



St. Marien-Hospital Hamm





10.000 Demonstrierende vor dem Landtag

Die intensiven Vorbereitungen der KGNW-Geschäftsstelle und der beauftragten Agenturen hatten sich gelohnt: Als sich die Wiese vor dem Düsseldorfer Landtag am 20. September 2023 immer schneller füllte, als immer mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedenster Kliniken aus dem ganzen Bundesland – von Kleve bis Höxter, von Euskirchen bis Steinfurt – mit Transparenten, Klatschpappen und Trillerpfeifen hinzukamen, drang der Protest bis in den Landtag hinein. Der Hashtag #RetteDeinKrankenhaus bekam tausendfachen Nachdruck. Ein Signal, das die Bundesregierung in Berlin eigentlich nicht überhören konnte, zumal es ähnlich auch von Kundgebungen in Berlin, Hannover, Frankfurt, Mainz, Saarbrücken und Stuttgart ertönte.

In Düsseldorf fasste es der Künstler Jacques Tilly, als Schöpfer viel beachteter politischer Karnevalswagen bekannt, in ein Bild: Die Krankenhäuser ächzen mit weit aufgerissenen Augen unter der wachsenden Kostenlast. Doch Bundesgesundheitsminister



Künstler Jacques Tilly hatte eigens für die Kundgebung eine Plastik gestaltet

Prof. Karl Lauterbach schaut von oben unbeteiligt lächelnd mit einem Blümchen im Munde zu. Viele Gruppen machten am Rande der Kundgebung Selfie-Fotos vor der drei Meter mal fünf Meter großen Plastik, die die KGNW am Tag zuvor erstmals der Presse und Öffentlichkeit präsentierte und die nun direkt neben der Bühne platziert stand.

Die Rednerinnen und Redner der Kundgebung auf der Wiese vor dem NRW-Landtag sorgten für Jubel und Applaus unter den Demonstrierenden. „Wir stehen hier für sichere, stabile Krankenhäuser. Wir wollen nicht länger von den Kosten erdrückt werden, während der Bundesgesundheitsminister teilnahmslos zusieht“, rief KGNW-Präsident **Ingo Morell** (Bild unten) den versammelten Mitarbeitenden der NRW-Krankenhäuser zu. Die Lage sei dramatisch, die Krankenhäuser drohten unter den Kostensteigerungen zu ersticken. „Den Tarifabschluss haben Sie sich alle verdient. Deswegen ist es eine Kernforderung, dass die Bundesregierung dies nachhaltig finanzieren muss.“



Landrat Jürgen Müller

Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, trat ebenfalls vor das Mikrofon: „Was uns hier und heute vereint, ist, dass wir uns um unsere Krankenhäuser zu Recht große Sorgen machen.“ Es sei unstrittig: Die Situation der Krankenhäuser habe sich in den letzten Monaten erheblich verschlechtert. Laumann kündigte an, sich auf Bundesebene entschieden gegen das ungeordnete Krankenhaussterben einzusetzen. An den Bundesgesundheitsminister gerichtet warnte Laumann: „Mit Insolvenzen kann man keine Krankenhausplanung machen. Das ist verrückt, wenn man das zulässt.“



Jochen Ott, Vorsitzender der SPD-Fraktion im Landtag NRW, versprach ebenfalls volle Unterstützung für die Demonstrierenden: „Wir können nicht klatschen und Tarife verhandeln und anschließend nicht dafür sorgen, dass diese umgesetzt werden. Das geht so nicht.“ Ein wichtiges Signal sendete seine Fraktion, als sie am Kundgebungstag im Landtag einem Antrag von CDU und Grünen zustimmte, der vom Bund die vollständige Finanzierung der durch Inflation und Tarifsteigerungen verursachten Kosten einforderte. Es war der Startschuss für eine später aus NRW initiierte Bundesratsinitiative, die in der Länderkammer starke Unterstützung erhielt. Für SPD-Minister Lauterbach kam damit der Gegenwind aus seinem eigenen SPD-Landesverband.



Wie dramatisch die Lage in den Landkreisen derzeit ist, schilderte **Jürgen Müller**, Landrat des Kreises Herford und SPD-Kommunalpolitiker. Er beobachtete einen gefährlichen Niedergang der Daseinsvorsorge. Der Bund sei aufgefordert, die gestiegenen Betriebskosten auszugleichen.



Zur großen Freude der Demonstrierenden kam er vor Beginn der Kundgebung als Überraschungsgast auf die Wiese vor dem Düsseldorfer Landtag: der Künstler **Jacques Tilly** (Bild). Bekannt für seine politischen und satirischen Karnevalswagen, setzte er ein deutliches politisches Statement mit einer extra für die Kundgebung gestalteten drei Meter hohen Skulptur: Die Krankenhäuser ächzen unter dem enormen Kostendruck, Lauterbach schaut lächelnd zu.

Unter großem Applaus betrat **Danielle Bohm**, Mitglied der Pflegedienstleitung am Klinikum Gütersloh, die Bühne der Kundgebung. Bei der täglichen Arbeit im Krankenhaus mit den Patientinnen und Patienten träten Menschlichkeit und Empathie leider immer mehr in den Hintergrund, beklagte sie. Der eigene Anspruch an den Beruf könne nicht mehr gelebt werden. Ihr dringlicher Appell an die Politik: „Es hilft nicht, wenn jeder es den anderen in die Schuhe schiebt. Es ist wichtig, dass sie anpacken, dass sie anfangen.“ Jetzt sei



Pflegedienstleiterin Danielle Bohm

Zeit zu handeln – nicht erst in drei Jahren. Dass der Bundesgesundheitsminister nicht handele, empfänden die Beschäftigten als „arrogant und empathielos“, sagte Bohm.



Uwe Meyeringh, ver.di

Uwe Meyeringh, stellvertretender Landesfachbereichsleiter NRW der Gewerkschaft ver.di, fasste die Motivation der versammelten Mitarbeiter auf der Kundgebung in Düsseldorf zusammen: „Es geht um die Versorgungsqualität, um Geburten, um Menschen, die leiden, es geht um unsere Arbeitsplätze.“ **Dr. med. Hans-Albert Gehle**, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Landesvorsitzender des Marburger Bundes, betonte: „Wir gehen schon lange an unsere Grenzen, dafür brauchen wir einen verlässlichen Rahmen und eine ausreichende Finanzierung und nicht das Gefühl, das Geld auch noch von zu Hause mitbringen zu müssen.“ Tarifsteigerungen und Inflation müssten nicht einmal, sondern immer ausgeglichen werden.



Dr. med. Hans-Albert Gehle

„Ich habe noch nie vor so vielen Menschen gestanden“, räumte **Dr. Andreas Sander**, Moderator der Kundgebung, ein.

„Danke, dass ihr alle euch auf den Weg hierher gemacht habt. Danke, dass ihr laut seid“, rief Dr. Sander, im Hauptberuf medizinischer Geschäftsführer des Evangelischen Klinikums Niederrhein.



Moderator Dr. Andreas Sander

Bundesländer fordern Nothilfeprogramm für existenzbedrohte Krankenhäuser

Die Bundesländer ließen nicht locker: Im Vorfeld der Ministerpräsidentenkonferenz (MPK) am 10. Oktober 2023 wurde ihre Forderung publik, noch 2023 über ein Vorschaltgesetz ein einmaliges Nothilfeprogramm für existenzbedrohte Krankenhäuser in Höhe von fünf Milliarden Euro aufzulegen. Begründung: Der Bund komme seiner Finanzierungspflicht im Krankenhausbereich nur unzureichend nach und müsse unverzüglich bei den Betriebskosten nachsteuern und für eine auskömmliche Finanzierung sorgen: „Hierzu gehört, die bislang nicht refinanzierten Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 rückwirkend und die Kostensteigerungen in den Folgejahren regelhaft zu kompensieren. Die Landesbasisfallwerte sind angemessen anzupassen, damit insbesondere die jeweiligen Lohnkosten in den Ländern vollständig abgebildet werden.“ Das entsprach den Forderungen der Demonstrierenden bei der Düsseldorfer Protestkundgebung am 20. September. Die DKG und die KGNW unterstützten den Vorstoß der Bundesländer.

Inzwischen zählte Nordrhein-Westfalen neun Krankenhäuser, die 2023 eine In-



Die „NRW-Allianz für die Krankenhäuser“ teilte die Forderungen der Mitarbeitenden auf der Kundgebung: „Diese breite Unterstützung zeigt, dass die Sorge um die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser nicht nur die Klinikträger selbst umtreibt“, erklärte KGNW-Präsident Ingo Morell

Doch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ignorierte auch dieses Signal

der Beschäftigten aus seinem Bundesland und seinem eigenen SPD-Landesverband.

solvenz angemeldet oder ein Schutzschirmverfahren beantragt hatten. KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum fand hierzu in einer Antwort auf eine Medienanfrage klare Worte: „Unbegreiflich ist und bleibt, dass Herr Prof. Lauterbach als verantwortlicher Ressortminister sogar öffentlich gesagt hat, dass er mit weiteren Krankenhausinsolvenzen rechne, ohne auch nur den Ansatz von Maßnahmen dagegen seinerseits anzukündigen.“ Derweil nahm die Kritik am Bundesgesundheitsminister zu. Doch der rührte sich nicht und nahm das weitere Kliniksterben auch über den Jahreswechsel in Kauf.

Am 21. November stellten Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann und DKG- sowie KGNW-Präsident Ingo Morell die angekündigte Bundesratsinitiative vor, die für finanzielle Entlastung der Krankenhäuser sorgen sollte.

Neben NRW waren Bayern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein beteiligt. Darin forderten die Länder,

- die für die Krankenhausfinanzierung grundlegenden sogenannten Landesbasisfallwerte (LBFW) für 2022 und 2023 rückwirkend um vier Prozent zu erhöhen,

- die regelhafte Refinanzierung der vollen Tarifsteigerungen ab dem Jahr 2024 sicherzustellen,
- die generelle Berechnungssystematik des LBFW anzupassen,
- die aktuelle Übergangsregelung zur Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen zu verstetigen und
- ein kurzfristiges Nothilfeprogramm in Höhe von fünf Milliarden Euro über ein Vorschaltgesetz für existenzbedrohte Krankenhäuser bis Jahresende aufzulegen.

Der Initiative im Bundesrat folgte die Entschließung. Das sollte den Druck auf Bundesminister Karl Lauterbach erhöhen. In der gleichen Sitzung beschloss der Bundesrat ebenfalls, für eine grundlegende Überarbeitung des von der Ampel-Koalition im Bundestag beschlossenen Krankenhaustransparenzgesetzes den Vermittlungsausschuss anzurufen. Über dieses Gesetz, so hatte es Minister Lauterbach angekündigt, wolle er Leistungen und Qualität der Krankenhäuser in Deutschland in einem Online-Atlas darstellen. Eine Ankündigung, die alle Gesundheitsexperten angesichts der bisherigen Erfahrungen mit dem Minister Böses erahnen ließ ...



Galoppierende Inflation und keine Refinanzierung der Tarifierhöhung

Warum so viele Krankenhäuser in den roten Zahlen stecken

Im Jahr 2023 befanden sich die Krankenhäuser nach den Belastungen der Corona-Pandemie weiterhin in einer finanziellen Notlage. Der russische Angriffskrieg auf die Ukraine befeuert seit dem Frühjahr 2022 die galoppierende Inflation. Besonders die extrem gestiegenen Kosten für Energie, Lebensmittel, Medizinprodukte oder auch Dienstleistungen treiben die NRW-Krankenhäuser Tag für Tag in ein wachsendes Defizit.

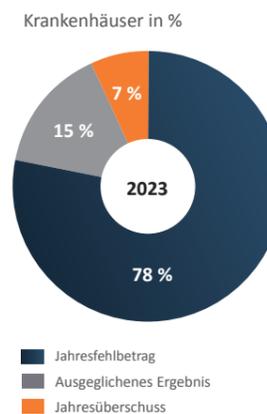
Ende Dezember 2023 folgte der bittere Jahresabschluss: Vier von fünf Krankenhäusern schreiben rote Zahlen. Noch nie sah es so düster aus. Pro Stunde wuchs zu diesem Zeitpunkt das Defizit der NRW-Krankenhäuser um 127.577 Euro – das waren fast 3,1 Millionen Euro pro Tag und rund 92 Millionen Euro im Monat.



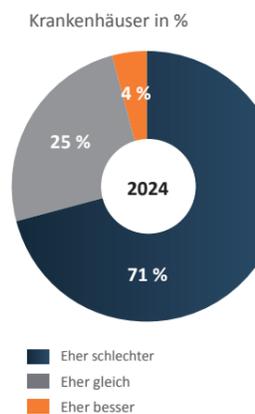
Stetig steigt das Defizit! Die Defizit-Uhr zeigt für die NRW-Kliniken Ende November ein Minus von 2,14 Milliarden Euro (Stand: 21.11.2023)

Und die Aussicht für das kommende Jahr erschien nicht besser: Die ab 2024 geltenden rund zehnprozentigen Tarifsteigerungen werden die Krankenhäuser vor weitere ungelöste Probleme stellen. Dabei steht außer Frage: Auch die Klinikbeschäftigten haben einen Anspruch auf einen Inflationsausgleich. Sie haben sich die Erhöhung redlich verdient. Außerdem macht die Tarifierhöhung den Pflegeberuf attraktiver.

Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser für das Jahr 2023



Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2024



Die Krankenhäuser befanden sich aber bereits 2023 in einer wirtschaftlich und finanziell angespannten Lage und drohten, in noch größere Probleme zu geraten, wenn diese Tarifierhöhung nicht vollständig vom Bund refinanziert wird. Die Prognose: Ohne eine Refinanzierung wird die Daseinsvorsorge im Krankenhaus selbst zum Notfall. Bis Dezember 2023 war die Refinanzierung der höheren Tarife trotz aller politischen Initiativen jedoch nicht geklärt.

Gestiegen sind vor allem die Betriebskosten

Die Kliniken können sich aus der existenzbedrohenden finanziellen Schiefelage nicht selbst befreien. Während ihre Betriebskosten massiv gestiegen sind, dürfen sie ihre Preise nicht einfach selbst anpassen – anders als Unternehmen. Denn die Preise einer Behandlung im Krankenhaus sind festgelegt und folgen einem bundesgesetzlich festgelegten Schema. Weil aber die Vergütung die Kosten der Krankenhäuser bei weitem nicht deckt, forderte die KGNW von der Bundespolitik ein ums andere Mal einen Defizitausgleich, um die Häuser zu erhalten.

Wer kann helfen? Wer steht in der Pflicht?

Die Bundesregierung und besonders Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach sind gesetzlich verpflichtet, für eine nachhaltige Finanzierung der Betriebskosten zu sorgen. Ein bundesweiter Härtefallfonds von insgesamt sechs Milliarden Euro hat die stark gestiegenen Energiepreise nur abfedern können. Einmalzahlungen ersetzen aber keine nachhaltige Refinanzierung. Der Fonds reichte nicht aus, die Krankenhäuser zu stabilisieren.



Künstler Jacques Tilly (links neben KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum) unterstützt mit seiner Großplastik den Protest der Krankenhäuser: Diese ersticken unter den gestiegenen Betriebskosten, doch Bundesgesundheitsminister Lauterbach verweigert jede Hilfe

Die Vorschläge liegen auf dem Tisch

Konkrete Vorschläge liefert ein von einer breiten Mehrheit der Bundesländer getragener Antrag im Bundesrat: Um die Kostensteigerungen der vergangenen beiden Jahre im Finanzierungssystem aufzufangen, müsste der Landesbasisfallwert im Jahr 2024 – zusätzlich zur jährlich vereinbarten Anhebung – um vier Prozentpunkte steigen. Dieser Wert ist der entscheidende Faktor für die Bezahlung der in den Krankenhäusern konkret erbrachten Leistungen für die Patientinnen und Patienten.



Bund versus Länder: Wer hält die Zügel bei der Planung der künftigen Krankenhauslandschaft?

Wie der Bundesgesundheitsminister Länder und Krankenhäuser brüskiert



Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

Ein Neujahrsmorgen 2023 mit tiefen Sorgenfalten. Der bedenkliche Auftritt des Bundesgesundheitsministers am Nikolaustag 2022 mit seiner Ankündigung einer „Revolution“ in der Krankenhauslandschaft lag erst wenige Wochen zurück. „Schlechte Medizin“, „billige Medizin“ – verbal hatte Prof. Karl Lauterbach versucht, die Krankenhäuser als Fallpauschalen-Schinder ins Zwielicht zu rücken und sich selbst als den edlen Aufräumer zu präsentieren. Die längst laufende NRW-Krankenhausplanung schob er als zu unambitioniert und „nicht radikal genug“ beiseite.

Die einzig wahre Lösung sah er in einem von seiner „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ vorgelegten Konzept aus 128 Leistungsgruppen

und einer Einteilung der Kliniken in drei Level bei gleichzeitiger Umstellung der Finanzierung auf eine Kombination aus Vorhaltekosten und Fallpauschalen.

Damit hatte der Minister nicht nur eine neue aggressive und unversöhnliche Tonlage angeschlagen. Er hatte auch angekündigt, die krankenhaupolitische Agenda neu zu setzen. Obwohl in NRW längst intensiv an einer von allen Beteiligten im Konsens entwickelten und getragenen Krankenhausplanung gearbeitet wurde. Hier an Rhein und Ruhr war der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann seinem Bundeskollegen weit voraus. Entsprechend skeptisch reagierte die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) – im

Einklang mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und natürlich den Bundesländern. Die Krankenhausplanung ist immerhin ihre verfassungsmäßig verbriefte Zuständigkeit. Dem Bundesgesundheitsminister und der Ampel-Koalition musste also klar sein, dass dieses Reformvorhaben kein politischer Durchmarsch werden würde.

Am 5. Januar 2023 und damit erst einen Monat nach seiner denkwürdigen Pressekonferenz stellte Minister Lauterbach seinen Amtskolleginnen und -kollegen aus den Ländern den Entwurf für seine „Revolution“ vor. Die zeigten sich nur mäßig begeistert. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann betonte, dass die Bundesländer qua Grundgesetz für die Krankenhausplanung verantwortlich seien. „Man kann keine Bundesschablone über die Krankenhäuser legen.“ Immerhin gab es Einigkeit darüber, dass eine Reform der Krankenhausversorgung notwendig sei. Eine Position, die die Krankenhäuser – für Lauterbach nur „Lobbyisten“ – immer wieder betont hatten.

Der dritten Stellungnahme der Regierungskommission folgend wollte Lauterbach drei Kernelemente durchsetzen:

- Neuregelung der Krankenhausfinanzierung: Die Krankenhäuser sollen künftig einen festen Betrag für Vorhaltekosten bekommen, von 40 Prozent der Fallpauschalen war anfangs die Rede, später wurden es 60 Prozent. Den Rest soll die Fallpauschale abdecken.
- Einteilung in Krankenhauslevel: Der Bundesgesundheitsminister möchte die Krankenhäuser nach einheitlichen Standards in drei Versorgungslevel einteilen, in Grundversorgung (Basisversorgung vor Ort: Level 1n), Schwerpunktversorgung (weitere spezialisierte Leistungen: Level 2) und Maximalversorgung (Krankenhäuser mit sehr umfassendem Angebot: Level 3; Sonderrolle für Universitätsmedizin mit erweitertem Leistungsspektrum und Zusatzaufgaben in Level 3U). Zudem sollen im Level 1 ambulante Einheiten entstehen (Level 1i), die über Tagessätze finanziert werden sollen.
- Definierte Leistungsgruppen: Krankenhäuser sollen anhand von 128 eng definierten Leistungsgruppen eingeteilt werden, die die Qualität festschreiben sollen.

Wissenschaftliche Auswirkungsanalyse offenbart Kahl-schlag in der NRW-Kliniklandschaft

Die Lauterbach-Pläne sorgten bei den Krankenhäusern auch deshalb für Unruhe, weil er keinerlei Auswirkungsanalyse vorgelegt hatte – und dies offensichtlich auch nicht beabsichtigte. Die Folgen für jedes Krankenhaus und damit unmittelbar für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Regionen waren völlig unklar. Dabei war im Drei-Level-Konzept der Regierungskommission schnell erkennbar, dass es grobe Konstruktionsfehler aufwies. Deshalb sorgten die Krankenhäuser selbst für Klarheit, indem sie eine eigene Auswirkungsanalyse beim Forschungsinstitut Institute for Health Care Business (hcb) in Kooperation mit Vebeto beauftragten. Deren Ergebnisse für Nordrhein-Westfalen stellte die KGNW am 14. Februar 2023 in einem Pressegespräch vor.

Alarmierendes Ergebnis: Die Vorschläge der Regierungskommission würden die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschränken, die Auswirkungsanalyse offenbarte massive Verschiebungen. Konkret erläuterte KGNW-Präsident Ingo Morell bei dem Pressegespräch:

„

Die Vorschläge der Regierungskommission für eine Krankenhausreform führen nach dem Ergebnis einer ersten datengestützten Auswirkungsanalyse zu rigorosen Einschnitten für die Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen.

(KGNW-Präsident Ingo Morell)

Die von Prof. Dr. Boris Augurzky, auch Mitglied der Regierungskommission, zusammen mit dem Unternehmen Vebeto erstellte Auswirkungsanalyse zeigte sowohl Einschnitte in der Krankenhauslandschaft als auch gewaltige Verschiebungen in beispielhaften Behandlungsfeldern auf.

Politik

Krankenhausreform würde Versorgung in Nordrhein-Westfalen massiv verändern

Krankenhausgesellschaft

Krankenhäuser halten geplante Reform für „extrem gefährlich“

Reform aus Berlin und eine Planung in NRW

Was bedeutet Lauterbachs Krankenhaus-Plan für NRW?

DÜSSELDORF · Eine neue Auswirkungsanalyse zeigt verheerende Verschiebungen in der Krankenhaus-Landschaft. Was NRW-Minister Laumann dazu sagt.

Krankenhäuser halten geplante Reform für «extrem gefährlich»

14. Februar 2023

Krankenhausreform: Vorschläge der Regierungskommission würden Versorgung einschränken – Auswirkungsanalyse offenbart massive Verschiebungen

KGNW-Präsident Morell: Versorgung der Patientinnen und Patienten muss im Mittelpunkt stehen

Kurzer Weg ins Grab

Simulation zu geplanter Krankenhausreform bestätigt Versorgungskahlschlag. Hälfte aller Geburtskliniken droht Abwicklung

Auswirkungsanalyse des Drei-Level-Konzepts (hcb/Vebeto)	
Versorgungsstufe*	Anzahl der Standorte
Level 1i	63
Level 1n	233 → 47 nach Anwendung des Erreichbarkeitskriteriums
Level 2	14
Level 3	22
Standorte ohne Zuordnung	26

*Level 3U hier nicht gesondert betrachtet

Drei Level: Die Grundversorgung mit nur wenigen Leistungsgruppen sollten in der Stufe Level 1n Kliniken mit einer Notaufnahme übernehmen, sofern nicht ein Haus der höheren Level binnen 30 Minuten erreichbar ist. In Level 2 waren Krankenhäuser mit höherer Notfallstufe und einem umfassenderen Leistungsangebot eingeordnet, die zudem eine Geburtshilfe sowie eine gynäkologische Fachabteilung und eine Stroke Unit für Schlaganfälle betrieben. Unter Level 3 fielen Uni-Kliniken (Level 3U in Sonderrolle mit erweitertem Leistungsspektrum und Zusatzaufgaben) und vergleichbar aufgestellte Krankenhäuser mit der höchsten Notfallstufe und den meisten Leistungsgruppen. Alle nicht in diese Stufen fallenden Krankenhäuser sollten als Level 1i klassifiziert werden und nur noch ambulante und kurzstationäre pflegerische und ärztliche Versorgung (unter anderem durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) erbringen dürfen. Ausnahmen konnte eine Landesregierung definieren, wenn sie zur Versorgung der Bevölkerung eine andere Einstufung für erforderlich hielt.

Es drohte ein regelrechter Kahlschlag: Von 358 Krankenhausstandorten in NRW hätten demnach in der Reformstruktur der Regierungskommission nur 14 das Level 2 und weitere 22 das Level 3 erreicht. Neben diesen 36 Kliniken erfüllten zwar 233 Krankenhäuser die Voraussetzung für das neue Level 1n, doch ließen weitere Vorgaben der Regierungskommission nur 47 Krankenhäuser tatsächlich direkt zu. Alle anderen Häuser lagen örtlich zu nah an einem Krankenhaus der höheren Stufe und würden nach dieser Systematik deshalb nur als ambulante Einrichtung mit Level 1i weitermachen können. 63 Krankenhäuser fielen direkt in diese Kategorie.

Die konkreten Folgen eines solchen Modells illustrierte die Auswirkungsanalyse für NRW mit vier Beispielen:

- Geburtshilfe: Von 137 Standorten mit einer Geburtshilfe (Stand: 2021) ließ die Beschränkung auf die Level 2 und 3 nur noch 35 Standorte übrig. 70 Prozent der werdenden Eltern müssten sich eine andere Entbindungsklinik suchen. (IT NRW führte für 2021 fast 175.400 Geburten in NRW an.)
- Interventionelle Kardiologie: Akute Herzinfarkte konnten aktuell in 136 Standorten mit einer interventionellen Kardiologie schnell behandelt werden. Bei Einschränkung auf die Level 2 und 3 blieben noch 34 Standorte übrig. 70 Prozent der Patientinnen und Patienten müssten auf eines dieser Krankenhäuser ausweichen.

tinnen und Patienten müssten auf eines dieser Krankenhäuser ausweichen.

- Neurologische Versorgung (Stroke Units): Auch die allgemeine oder komplexe Neurologie sollte nur noch in Level 2 oder 3 stattfinden. Damit blieben 33 statt bisher 74 Standorte übrig. Die Hälfte aller Patientinnen und Patienten (52 Prozent) müssten sich eine andere Klinik suchen.
- Urologische Versorgung: Die geplante Verlagerung der allgemeinen und komplexen Urologie in Häuser der Level 2 und 3 ließ nur noch 22 statt bisher 80 Standorte zu. Auch hier müssten 72 Prozent aller stationären Fälle auf die wenigen verbliebenen Standorte ausweichen.



KGW-Präsident Ingo Morell: „Wer Krankenhausplanung nur nach einem Algorithmus ausrichtet, kann dem realen Bedarf der Menschen in unserem Land nicht gerecht werden“

Ingo Morell betonte: „Der Blick auf die Folgen, die das Reformkonzept der Bundesregierung für die konkrete Versorgung der Menschen in NRW hätte, bestätigt: Eine solche Krankenhausplanung vom grünen Tisch in Berlin folgt zahlengetriebenen Zielen, die am tatsächlichen Bedarf der Menschen in ihrem Umfeld vorbeigehen. Im Mittelpunkt muss aber eine verlässliche, gut erreichbare und qualitativ hochwertige Versorgung für die Patientinnen und Patienten in den Städten und auf dem Land stehen. Diesen Ansatz setzt die neue nordrhein-westfälische Krankenhausplanung mit dem Blick für die regionalen Erfordernisse um. Das geht nur auf Landesebene, weil die Länder den jeweiligen Bedarf kennen.“ Hier werde erkennbar, wie wenig die Regierungskommission

mission gewachsene Strukturen und die realen Folgen ihrer Planung bedacht hatte. „Wer Krankenhausplanung nur nach einem Algorithmus ausrichtet, kann dem realen Bedarf der Menschen in unserem Land nicht gerecht werden. Es ist vollkommen unrealistisch, mehr als zwei Drittel aller Geburten kurzerhand auf wenige Geburtshilfen auszulagern. Dafür müssten an diesen Standorten mehrere Etagen mit Kreißsälen und zugleich Hotels für Hochschwanger und Angehörige gebaut werden.“ Für extrem gefährlich hielt der KGNW-Präsident die geplante Konzentration bei der interventionellen Kardiologie auf wenige Standorte, wie sie auch für die Schlaganfall-Behandlung geplant wäre: „Wenn es um Leben und Tod geht, wenn jede Sekunde zählt, kann in einem Bundesland mit 18 Millionen Einwohnern nicht ein dünnes Netz von wenigen Kliniken die Daseinsvorsorge sicherstellen.“

Die NRW-Krankenhäuser richteten ihre Hoffnung nicht nur auf die NRW-Krankenhausplanung, sondern auch auf konstruktive Bund-Länder-Gespräche. Danach sah es zumindest einige Zeit auch aus. KGNW-Präsident Morell betonte: „Zugleich aber sichert diese Systematik eine Wohnortnahe und verlässliche Daseinsvorsorge durch die Krankenhäuser. Deshalb wollen und werden wir diesen hier begonnenen Prozess fortsetzen. Die hier gewählten Ansätze sind geeignet, auch die Ziele der Regierungskommission zu erreichen.“ Als Konsequenz aus der Auswirkungsanalyse hoffe die KGNW, „dass Bund und Länder bei ihren Gesprächen über eine Krankenhausreform den Fokus auf die flächendeckend gute Versorgung der Patientinnen und Patienten legen. Das kann nur erfolgreich gelingen, wenn die unselige Verknüpfung von Leveln und Leistungsgruppen aufgelöst wird. Ich kann mir nicht vorstellen, dass diese Bundesregierung die unter Corona noch beklatschte und vor allem bewährte Daseinsvorsorge durch die Krankenhäuser nun zerschlagen will.“

Lauterbach versus Laumann – wer hat die Deutungshoheit?

Im Laufe des Jahres kam es immer wieder zu Irritationen und Verstimmungen zwischen Bund und Land bei der Deutungshoheit, wie eine künftige Krankenhauslandschaft auszusehen hat. Denkwürdig geriet der Auftritt von Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach im März 2023 vor der Landespressekonferenz in Düsseldorf. Dort nahm er sich die Krankenhausplanung seines

„

Das Herr Lauterbach die Krankenhäuser (...) auffordert, die vom Grundgesetz gedeckte und in NRW in Kraft gesetzte Krankenhausplanung aufzugeben, weil sie sonst nicht mehr mit einer umfassenden Vergütung ihrer Leistungen rechnen dürften, irritiert (...).

(KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum)

NRW-Kollegen Laumann vor. Er drohte damit, den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern den Geldhahn bei den Betriebskosten zuzudrehen, die sich mit NRW-Krankenkassen zusammensetzen, um über regionale Behandlungsschwerpunkte für aus seiner Sicht „häufig medizinisch ohnehin überflüssige“ Eingriffe zu verhandeln. Dabei sah die Krankenhausplanung des Landes genau diese Verhandlungen vor. Es war ein direkter Affront gegen seinen NRW-Amtskollegen in dessen Bundesland.



KGW-Geschäftsführer Matthias Blum: „Lauterbach brüskiert alle Landesregierungen“

Die NRW-Krankenhausplanung erklärte er kurzerhand zur Makulatur: Entscheidend aus Lauterbachs Sicht sei vielmehr die auf Bundesebene derzeit von der von ihm eingesetzten Regierungskommission vorbereitete Krankenhausreform. Nur diese bestimme einheitliche Kriterien für das Leistungsspektrum der einzelnen Kliniktypen und ihre Vergütung: „In dem Moment, wo bundesweit die Leistungskomplexe beschrieben sind und auf der Grundlage dann auch das Geld fließt, wird das Interesse an der Reform von Herrn Laumann sehr gering sein“, sagte der Bundesgesundheitsminister. Das Geld folge seiner Krankenhausreform, sagte Lauterbach mit Blick auf seine Pläne, das von ihm einst mit initiierte Fallpauschalensystem teilweise aufzulösen und mit 60 Prozent in Vorhaltekostenpauschalen zu überführen.

„Lauterbach brüskiert Länder“

Die im Beisein des SPD-Oppositionsführers im Landtag, Thomas Kutschat, aufgebaute Drohkulisse blieb nicht ohne Folgen, zumal der damalige SPD-Partei- und Fraktionschef verlangte, die Krankenhausplanung zu stoppen. Das war starker Tobak, der

im Übrigen auch einige seiner Fraktionskolleginnen und -kollegen überraschte. Die KGNW konnte das nicht stehen lassen, ihr Geschäftsführer Matthias Blum konterte scharf mit einem Pressestatement: „Es wirkt für die NRW-Krankenhäuser und ihre Beschäftigten schon sehr befremdlich, wenn der Bundesgesundheitsminister ihre tägliche Arbeit öffentlich schlecht redet. Dass Herr Lauterbach die Krankenhäuser zugleich auffordert, die vom Grundgesetz gedeckte und in NRW in Kraft gesetzte Krankenhausplanung aufzugeben, weil sie sonst nicht mehr mit einer umfassenden Vergütung ihrer Leistungen rechnen dürften, irritiert noch mehr. Damit brüskiert er alle Landesregierungen, denen die Verfassung die Krankenhausplanung zuschreibt und deren Zustimmung er für seine Reformpläne eigentlich braucht. Die Erwartungshaltung der Krankenhäuser ist, dass Bund und Länder in ihren Gesprächen eine gemeinsame Krankenhausreform entwickeln, die für eine weiterhin belastbare Versorgung der Patientinnen und Patienten sorgt.“

Scharfe Kritik kam auch noch am gleichen Tag von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann: „Der Bundesgesundheitsminister muss sich schon entscheiden: Bei den Bund-Länder-Verhandlungen in Berlin hat er versprochen, dass man auf Augenhöhe verhandelt und gemeinsam beschließt. Bei der heutigen Pressekonferenz mit Herrn Kutschaty kann er sich offenbar daran nicht mehr erinnern. Das ist nicht besonders vertrauenswürdig und stößt die anderen Länder ebenfalls vor den Kopf.“ Das Vertrauen in den Bundesminister war massiv beschädigt.

Lauterbach um Schadensbegrenzung bemüht

Die politische Unruhe in Düsseldorf und in Berlin war nach diesem Auftritt enorm. Denn die Aussagen Lauterbachs hatten auch die anderen Landesregierungen kritisch aufgenommen. Ihnen war damit klar, dass sich der Ampel-Minister keinen Deut für ihr originäres Planungsrecht interessierte. Nur eine Woche später, beim DKG-Krankenhaushauptgipfel am 13. März 2023, war Lauterbach deshalb sichtlich um Schadensbegrenzung bemüht: „Die Reformen, die es jetzt schon gibt, in Niedersachsen und in Nordrhein-Westfalen, das sind auch für uns wichtige Bausteine, auf die wir aufbauen wollen. Es war jetzt, also, in der Presse, ein bisschen ein unglücklicher Zungenschlag zu vernehmen, als wenn ich die Arbeit vom Kollegen Laumann hier kritisiert hätte. Die Wahrheit ist, ich habe die kleinen Unterschiede betont, aber ich glaube, wir kennen uns gut genug, als dass das unsere Arbeit nicht belasten wird.“ Es werde ein zustimmungspflichtiges Gesetz geben, das Bund und Länder gemeinsam verabschieden.

Sein NRW-Amtskollege Laumann reichte ihm in Berlin zwar die Hand. Dennoch betonte er beim KGNW-Frühjahresempfang am 21. März 2023 unmissverständlich: „Diese Reform kommt nur, wenn sie im Bundesrat eine Mehrheit hat. Wenn wir uns nicht einigen sollten auf einen gemeinsamen Gesetzentwurf, dann ist das auch nicht schlimm. Dann trifft man sich halt in den Verfassungsorganen, das ist der Vermittlungsausschuss in diesem Fall.“ Zugleich stellte der CDU-Politiker aber klar, dass er das politische Momentum für eine Reform nicht verpassen wolle: „Trotzdem bleibt mein Ziel ein gemeinsamer Gesetzentwurf. Das wäre das Beste.“ Aber eben nicht um jeden Preis: „Ich lasse nicht zu, dass

mein Ministerium eine Bezirksregierung des Bundes wird. Und die Krankenhausreform kommt nur zustande, wenn sie auch im Bundesrat eine Mehrheit findet. Daran werden sich die in Berlin gewöhnen müssen.“

Zwei Tage später trafen sich Bund und Länder zu gemeinsamen Gesprächen. In der abschließenden Pressekonferenz vollzog Karl Lauterbach öffentlich eine Kehrtwende: „Startpunkt in unserer weiteren Diskussion werden die 64 Leistungsgruppen aus NRW sein, aber es werden sicher noch einige dazukommen.“ Doch wolle er sich in der Weiterentwicklung der Vorschläge „stärker an den Vorarbeiten aus Nordrhein-Westfalen orientieren. Dort sind die 64 Leistungsgruppen schon definiert, da sind zum Teil auch sehr gute qualitative Voraussetzungen hinterlegt. (...) Das empfinden wir als eine sehr gute Grundlage.“ Die Level als Planungselement waren vom Tisch. Es war der Startpunkt für eine engere Zusammenarbeit – vorübergehend ...

Gutachten versus Gutachten

Zumal damit die politischen Scharmützel zwischen Bund und Ländern keinesfalls beendet waren. Denn ein Rechtsgutachten von Prof. Winfried Kluth von der Universität Halle-Wittenberg, ehemaliger Richter am Landesverfassungsgericht Sachsen-Anhalt, hielt fest, dass der Bund gemäß Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19a Grundgesetz für gesetzliche Regelungen zuständig sei, die die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze betreffen. Diese Kompetenzen könnten auch in den Bereich der Krankenhausplanung hineinwirken. „Harmonisierende Vorgaben“ des Bundes für die Planung seien im Rahmen einer Annexkompetenz zulässig, wenn eine „ausreichende Konkretisierungskompetenz“ der Länder gewahrt werde. In Auftrag gegeben hatte das Gutachten der AOK-Bundesverband.



Die Länder konterten am 20. April 2023. Bayern, NRW und Schleswig-Holstein hielten dem AOK-Papier ein konträres Verfassungsgutachten von Prof. Ferdinand Wollenschläger entgegen: „Nach der grundgesetzlichen Kompetenzordnung besteht keine Zuständigkeit des Bundes für die Umsetzung der Empfehlungen der Regierungskommission, da diese die Planungsbefugnis der Länder übermäßig beschneiden. (...) Den Ländern müssen eigenständige und umfangmäßig erhebliche Planungsspielräume verbleiben, gerade auch für die legislative, abstrakt-generelle Rahmensetzung. Dabei gilt ein Primat der Landeskrankenhausplanung gegenüber Vergütungsregelungen des Bundes.“

Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben: NRW liefert Grundlage für die Bundesreform

In einer Zwischenbilanz des Düsseldorfer Gesundheitsministeriums zur NRW-Krankenhausplanung im Juni 2023 nahm Minister Karl-Josef Laumann explizit Bezug auf das Kompetenzgerangel zwischen Bund und den Bundesländern: „Bund und Länder sind beim Treffen der Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister am 1. Juni 2023 in Berlin bei der Krankenhausreform des Bundes ein großes Stück weitergekommen. Die Beteiligten haben sich bereits auf zahlreiche Eckpunkte verständigen können und ich bin sehr zuversichtlich, dass man zeitnah die letzten offenen Punkte klären wird.“ Es habe sehr konstruktive Gespräche gegeben, die zeigten, dass alle Beteiligten eine verbesserte Versorgungsqualität und ein reformiertes System der Krankenhausfinanzierung für notwendig halten. Laumann betonte: „Dass die Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung als Grundlage für die Bundesreform dienen werden, spricht für sich. Es ist das Ergebnis eines rund dreijährigen Prozesses in Nordrhein-Westfalen, an dessen Ende ein gemeinsamer Schulterschluss mit Krankenhausgesellschaft, den beiden Ärztekammern, den Kassen, der Pflege, den Kirchen und den Kommunalen Spitzenverbänden steht.“

Gemeinsames Eckpunktepapier stellt die Weichen

Noch immer sah es danach aus, als könnte das Vorhaben einer gemeinsamen Krankenhausreform real werden. Am 10. Juli 2023 einigten sich Bund und Länder auf ein Eckpunktepapier, dem auch Nordrhein-Westfalen zustimmte. Danach sollen die bisherigen Fallpauschalen für Krankenhäuser von Vorhaltepauschalen für Leistungen abgelöst werden. Diese sollen einschließlich Pflegebudget rund 60 Prozent der Vergütungen ausmachen, unabhängig davon, ob die Leistungen tatsächlich abgerufen werden. Dazu sollen Leistungsgruppen definiert werden, die durch einheitliche Qualitätsvorgaben, etwa bei der Ausstattung, bei Personal und Behandlungserfahrungen, abgesichert werden. Das NRW-Modell als Grundlage wurde ebenfalls festgeschrieben. Viele Details wurden hier geregelt, einige noch mit Prüfaufträgen versehen.

Aber Bund und Länder beschrieben damit eine gemeinsame Agenda. Sie vereinbarten eine Redaktionsgruppe, an der auch das NRW-Gesundheitsministerium beteiligt war. Und Lauterbach schrieb auch seine eigene Agenda, in die ihm die Länder nicht reinreden sollten: Vermeintliche Transparenz wollte der Bundesgesundheitsminister schaffen, indem er die Häuser in Leistungsgruppen und Versorgungsstufen („Level“) einteilt und Daten über die Behandlungsqualität auf einem digitalen Atlas



veröffentlicht – von der wohnortnahen Grundversorgung über eine zweite Stufe mit weiteren Angeboten bis zu Maximalversorgungern wie Universitätskliniken. Die Level, die er politisch nicht gegen die Länder durchsetzen konnte, sollten nun wenigstens in der öffentlichen Wahrnehmung wirken.

Einer Forderung der Länder nach einer Finanzspritze des Bundes für die Kliniken noch vor Umsetzung der Reform erteilte Lauterbach eine Absage. Über den Sommer sollte eine gemeinsame Bund-Länder-Gruppe einen konkreten Gesetzentwurf erarbeiten, darunter Hamburg, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen. Das Gesetz, so der im Sommer gefasste Plan, sollte zum 1. Januar 2024 in Kraft treten. Allerdings kamen diese Arbeiten längst nicht so schnell voran, wie es geplant war. Im Detail gab es größere Differenzen als vielleicht erwartet.

Das Krankenhaustransparenzgesetz: ein Trojanisches Pferd mit Minister Lauterbach im Sattel

Losgelöst davon veröffentlichte das BMG am 16. August 2023 eine Formulierungshilfe zum Entwurf eines „Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz“ (Krankenhaustransparenzgesetz). Danach plante Minister Lauterbach, sein von den Ländern verworfenes Konzept der Klinik-Einteilung nach drei Versorgungsleveln von der eigentlichen Krankenhausreform abzukoppeln und unter dem Deckmantel einer erweiterten Qualitätsberichterstattung umzusetzen. Das BMG solle „künftig zur Information von Patientinnen und Patienten aktuelle sowie fortlaufend aktualisierte Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlichen“. Ein Klinik-Atlas des Bundes solle als Internetangebot etabliert werden.

Die Krankenhäuser reagierten empört: Der DKG-Vorstandsvorsitzende Dr. Gaß vertrat auch die KGNW-Sicht: „Wer noch im Juli geglaubt hat, dass die Bund-Länder-Vereinbarung zu den Eckpunkten der Krankenhausreform auch die Beerdigung der

ursprünglichen Ideen von Bundesminister Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission zur Level-Einteilung der Krankenhäuser bedeutet, sieht sich massiv getäuscht. (...) Das ist das Trojanische Pferd der Krankenhausreform und die Zentralisierung der Krankenhausplanung durch die Hintertür.“

Auch die Bundesländer übten Kritik, weil mit dem Transparenzgesetz die Reihenfolge vertauscht werde. Erst müsse die Krankenhausreform kommen, dann mache ein Transparenzgesetz Sinn. Scharfe Kritik betraf die durch neue Abfragen und Dokumentationspflichten wachsende Bürokratie, die das Gesetz auslösen werde. Ungeachtet dessen beschloss der Bundestag mit der Ampel-Mehrheit am 19. Oktober das Gesetz. Darin wurden zwar auch Liquiditätshilfen für die Kliniken ergänzt. Doch sowohl die KGNW als auch die DKG machten deutlich, dass es sich nur um vorgezogene Auszahlungen des Pflegebudgets handele – das Geld stehe den Krankenhäusern ohnehin zu. Die bräuchten in der Defizitkrise aber dringend zusätzliche Mittel.

Das hatten auch die Länder gefordert. Doch das von ihnen erneut vorgeschlagene Vorschaltgesetz zur finanziellen Stabilisierung der Kliniken im Vorfeld einer großen Reform blieb unberücksichtigt. Im Bundesrat wurde das Transparenzgesetz auch deshalb in den Vermittlungsausschuss verwiesen.

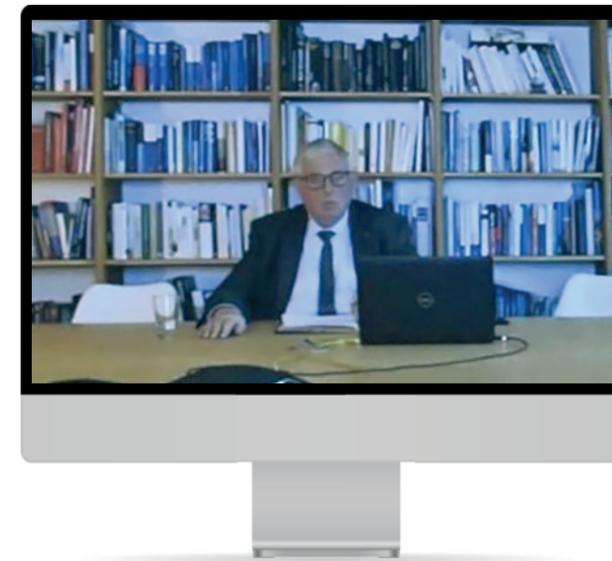
Sand im Getriebe – Bund und Länder verbeißen sich

Währenddessen wuchs die Unzufriedenheit der Gesundheitsministerinnen und -minister mit ihrem Bundeskollegen. Die seit Sommer 2023 laufenden gemeinsamen Arbeiten an einer Krankenhausreform waren ins Stocken geraten. Denn auch ge-



Manne Lucha, GMK-Vorsitzender und baden-württembergischer Gesundheitsminister: Brandbrief an Lauterbach im Namen aller Länder

meinsam im Zuge der Gesundheitsministerkonferenz besprochene Punkte fanden auf Seiten des BMG nicht die erwartete Beachtung. Am 7. November schrieb deshalb der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) und baden-württembergische Ressortchef Manne Lucha im Namen aller Länder einen Brandbrief an Lauterbach. Darin hieß es: „Die bisherigen Ergebnisse aus der Redaktionsgruppe für die Krankenhausreform wurden dabei von den Ministerinnen und Ministern als sehr enttäuschend beurteilt. Diese entsprechen nicht dem gemeinsam beschlossenen Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023. Diesen Zustand können wir nicht aufrechterhalten, da wir im Sinne der Versorgungssicherheit das Reformgesetz so schnell wie möglich auf den Weg bringen müssen.“



Karl-Josef Laumann, live zugeschaltet beim KGNW-Forum

Angehängt war ein Papier mit sieben Hauptkritikpunkten. Unter anderem bemängelten die Länder, das neue Finanzierungssystem sei noch immer unklar, zudem fehle die geforderte Flexibilität der Länder bei den Leistungsgruppen, die sektorenübergreifende Versorgung werde nicht gestärkt und eine Entlastung von Bürokratie sei nicht erkennbar. Ein nächstes Ministertreffen wollte die GMK ohne anschließende Pressekonferenz abhalten, Lauterbach lud dennoch die Medien ein. Denen präsentierte sich denn auch eine zerstrittene Ministerrunde. Zwar sagte Lauterbach zu, in Kürze ein neues Papier mit den Punkten der Länder vorzulegen. Doch daraus wurde bis Jahresende nichts. Nachdem die Länder das Transparenzgesetz in den Vermittlungsausschuss verwiesen hatten, schwand Lauterbachs Bereitschaft zur Kooperation. Der Karren war festgefahren.

Laumann und Lauterbach – Premiere beim KGNW-Forum

Trotz dieser nicht nur atmosphärischen Störungen kam es beim KGNW-Forum am 5. Dezember 2023 zu einem öffentlichen Austausch von Bundesgesundheitsminister Lauterbach und NRW-Gesundheitsminister Laumann. Das „Ministergespräch“ war das erste, seit Lauterbach fast genau ein Jahr zuvor die „Revolution“

ausgerufen hatte. Auch wenn beide nur per Video zugeschaltet waren, die Anspannung war bei beiden spürbar. Denn beide Minister waren eigentlich um Entspannung bemüht. „Reformdebatte – Frisst die ‚Revolution‘ Ihre Krankenhäuser?“, lautete der Titel des KGNW-Forums. Dabei ging es natürlich um die anhaltende Defizitkrise der Krankenhäuser, für die Lauterbach auch weiter keine Lösung zusagte.

Dass es zwischen Bund und Ländern nicht so gut läuft, gaben beide Minister zu. Doch zur Krankenhausreform betonten beide das gemeinsame Ziel eines bundesweiten Ansatzes. NRW sei hier schon weit fortgeschritten, betonte Laumann. „Das feste Ziel ist, dass wir die Krankenhausplanung im kommenden Jahr umgesetzt haben, so dass jedes Krankenhaus weiß, welche Bereiche es zukünftig machen soll und machen kann.“

Dass die damit verbundene Änderung der Krankenhausversorgung erforderlich ist, sei Konsens zwischen Bund und Ländern. Von seinem Amtskollegen Lauterbach forderte der NRW-Minister, dass der verabredete dritte Arbeitsentwurf für die gemeinsame Krankenhausreform bald kommen müsse, damit ihn die Länder noch vor Weihnachten bewerten können. Mit den bisherigen Entwürfen aus dem Bundesgesundheitsministerium waren die Länder ausdrücklich unzufrieden gewesen. Laumann betonte: „Die Länder müssen in der Krankenhausplanung den Hut aufbehalten.“ Lauterbach entgegnete, die Leistungsgruppen würden nach dem NRW-Modell festgelegt: „Die Länder sind es zum Schluss, die bestimmen werden, welches Krankenhaus welche Leistungsgruppe abrechnen darf.“ Sie hätten es damit in der Hand, wohin die Vorhaltepauschalen fließen sollen. Diese Entscheidung werde der Bund nicht übernehmen.

Einen Tag später traf man sich in Berlin zum Gespräch hinter verschlossenen Türen. Überliefert ist, dass dort mehr Klartext ausgetauscht wurde. Einen dritten Arbeitsentwurf indes gab es auch bis Silvester nicht.



Der zugeschaltete Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach: „Länder bestimmen zum Schluss“



Ministergespräch beim KGNW-Forum 2023, rechts unten Moderator Ralph Erdenberger



Umbau der Kliniklandschaft in NRW: „Nicht die Krankenhausplanung der Regierung, sondern des Gesundheitswesens“

Wie Minister Laumanns Vorgehen zur Grundlage einer bundesweiten Reformidee wurde

Es war allen Beteiligten von Anfang an klar: Die kommende nordrhein-westfälische Krankenhausplanung mit ihrem völlig neuen Ansatz würde gegen viele Zweifler und Gegner bestehen müssen. Nicht mehr nach einem festen Bettenschlüssel zu planen, sondern die Krankenhäuser an ihrer Expertise zu messen, ihnen entsprechend 64 Leistungsgruppen und Fallzahlen nach einer regionalen Bedarfsprognose bezogen auf die Patientinnen und Patienten zuzuteilen, hat als radikaler Systemwechsel schnell kritisches Augenmerk auf sich gezogen. Dass die NRW-Krankenhausplanung aber in dem Jahr, in dem sie nach dreijähriger Konzeptionsphase erste konkrete Meilensteine nehmen sollte, gegen den Vorwurf bestehen musste, nicht radikal genug zu sein, hat sich wohl keiner der Beteiligten im Entstehungsprozess träumen lassen. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann war wie auch Krankenkassen, Ärztekammern und Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) einigermaßen überrascht, dass genau dies der Vorwurf von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach war: „zu unambitioniert“. Er hatte damit seinen

Vorschlag für eine bundesweite Krankenhausreform garniert (vergleiche Seiten 14 bis 21).

Für die am Prozess in NRW Beteiligten waren viele der Lauterbach-Ideen ein Déjà-vu-Erlebnis: Es waren Ansätze, die sie im Laufe des Prozesses als unpraktikabel verworfen hatten. Schnell entwickelte sich in der politischen Arena ein Wettkampf der Ideen: Die NRW-Krankenhausplanung, im Konsens mit den betroffenen Institutionen der Gesundheitsversorgung entwickelt, gegen die „Revolution“, wie Lauterbach seine von einer Wissenschaftler-Kommission unter ausdrücklichem Ausschluss der als Lobby abgewerteten Praxisvertreterinnen und -vertreter ersonnene Reform betitelte. Aus dem Gegeneinander wurde im Laufe des Jahres dann doch ein Miteinander, weil Minister Lauterbach erkennen musste, dass er nicht ohne die Länder und insbesondere nicht ohne den Vorreiter, NRW-Gesundheitsminister Laumann, vorankommen würde. Die NRW-Krankenhausplanung wurde zur Grundlage für die bundesweite Reformidee. Auch wenn die an-

deren Bundesländer zunächst damit gefremdelt haben. Und dies teilweise bis heute (Stand: Juli 2024) anhält.

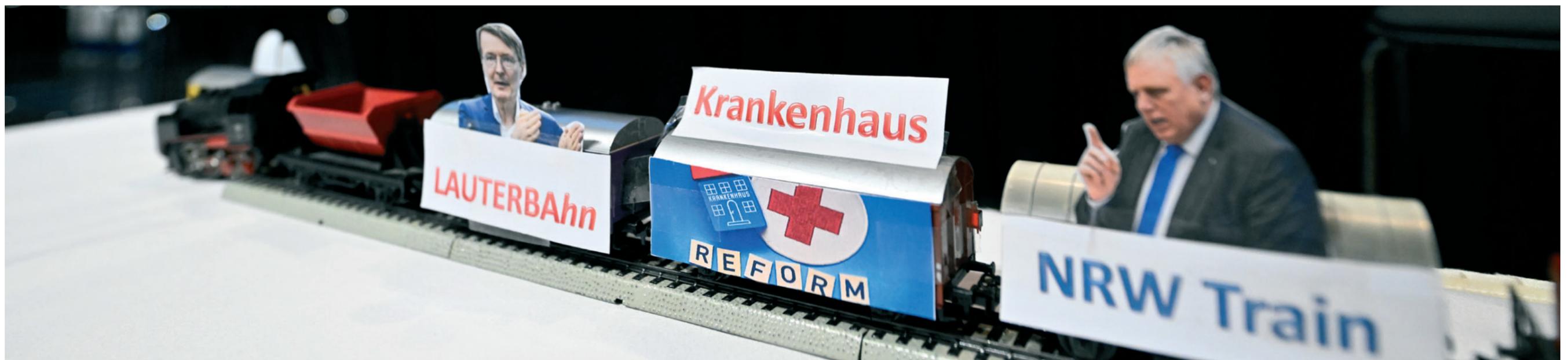
Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser hatten indes in der harten politischen Debatte und dem immer wieder von Rückschlägen begleiteten Verständigungsprozess auf Bundesebene ein Momentum auf ihrer Seite: In Nordrhein-Westfalen ging es voran, die ersten wichtigen Planungsschritte waren längst begonnen. Bereits im November 2022 hatten Krankenhäuser und Krankenkassen in den 16 Versorgungsgebieten des Landes begonnen, sich über eine künftige Verteilung von Leistungsgruppen zu verständigen. Zuvor hatten die Kliniken ihre Vorstellungen in einem onlinegestützten Verfahren beantragt. Und dabei, so war aus dem Kassenlager zu vernehmen, bereits einen ersten Konzentrationsprozess vollzogen, indem etwa zehn Prozent der vorher noch abgerechneten Leistungen gar nicht mehr beantragt worden waren. Ein erster Schritt aus der nicht mehr gewollten Gelegenheitsversorgung.

Die Planungssystematik sieht 32 Leistungsbereiche (LB) vor. Sie bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen und orientieren sich an den Weiterbildungsordnungen (WBO) für Ärztinnen und Ärzte der Kammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Daneben sind 64 Leistungsgruppen (LG) vorgesehen: allgemeine LG mit Bezug zu den WBO und Fachabteilungen sowie spezifische LG, die konkrete medizinische Leistungen über Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), ICD-10-GM (im Rahmen der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland) und weitere Merkmale abbilden.

Die KGNW hatte zur Unterstützung des Verfahrens für die Mitgliedskrankenhäuser den KGNW-Leistungsgruppensimulator (KGNW-LGsim) neu aufgesetzt und weiterentwickelt. Seit Ende Oktober 2022 hatten die Krankenhäuser zunächst die Möglichkeit, die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) bereitgestellten und vom jeweiligen Krankenhaus vervollständigten Antragsunterlagen vor dem Hochladen in die Datenaustausch- und Analyseplattform des MAGS für eine erste orientierende Prüfung auf Datenauffälligkeiten im KGNW-LGsim-Portal hochzuladen.

Als Rückmeldung wurde dann ein Bericht mit Hinweisen auf etwaige Datenauffälligkeiten sowie ein erster Einzelhausbericht auf Standortbasis zur Verfügung gestellt. Anhand dieser Berichte konnten die Krankenhäuser dann ihre Dateneingaben in den Formblättern 1 und 2 für den Datenupload in die Datenaustausch- und Analyseplattform des MAGS – soweit erforderlich – überarbeiten. Insgesamt mehr als 95 Prozent der Krankenhäuser hatten seit Ende Oktober 2022 am KGNW-LGsim-Projekt teilgenommen. Am 23. Dezember 2022 hat die KGNW zusätzlich jedem teilnehmenden Krankenhaus über die registrierten Nutzerinnen und Nutzer projektabschlussend Einzelhaus- und Benchmarkingberichte auf Standortbasis im KGNW-LGsim-Portal zur Verfügung gestellt. Die Berichte auf Standortbasis enthielten nun zusätzlich auch ein Benchmarking zu ausgewählten Kennzahlen in den jeweils beantragten Leistungsgruppen.

Bis zum 17. Mai 2023 hatten Krankenhäuser und Krankenkassen insgesamt ein halbes Jahr Zeit, sich zu verständigen. Die Verhandlungsergebnisse wurden im Anschluss den Bezirksregierungen als zuständigen Planungsbehörden der 16 Planungsgebiete zur Prüfung vorgelegt. Erst danach sollen im MAGS Entscheidungen



Preisfrage auf dem KGNW-Forum 2023: Fahren die Züge der Bundes-Krankenhausreform und der Landes-Krankenhausplanung noch auf dem gleichen Gleis oder rasen sie aufeinander zu?

über die einzelnen Versorgungsaufträge der Krankenhäuser nach Bedarf und festgelegten Qualitätskriterien fallen. Dieser Prozess wurde für 2024 vorgesehen. Die neuen Feststellungsbescheide sollen bis Ende 2024 erteilt werden. Dann startet die konkrete Umsetzung vor Ort, die grundsätzlich nach spätestens zwölf Monaten abgeschlossen sein soll.

Zwischenstand löst kurzfristige Irritationen aus

Am 4. Juni 2023 veröffentlichte das MAGS – als Reaktion auf ein Rechtsgutachten des Landtags – den Zwischenbericht „Stand der Umsetzung des Krankenhausplanes – Verhandlungsergebnisse“



Darin betonte Minister Laumann: „In einem historischen Einvernehmen aller Beteiligten wurde am 22. April 2022 der neue Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen veröffentlicht. Ab November folgte eine sechsmonatige Verhandlungsphase zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen. Mit dem 17. Mai 2023 ist die Verfahrensleitung nun auf das Land übergegangen. Damit liegen den zuständigen Bezirksregierungen die Verhandlungsergebnisse aus den 16 Versorgungsgebieten vor. Der Prozess der letzten Jahre war durch Vertrauen und Transparenz gekennzeichnet. Das gilt auch für das Parlament. Wie vorgesehen stellen wir die Daten aus den Verhandlungen zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen auch dem Landtag zur Verfügung. Das Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG) sieht zudem vor, dass bei Erfüllung der rechtlichen Voraussetzungen die vorliegenden Daten den unteren Gesundheitsbehörden zur Verfügung gestellt werden.“

Es war kein risikofreier Schritt, aber er war rechtlich zwingend. Denn erwartbar war, dass nun gerade in Berlin die Experten des Bundesgesundheitsministers sehr genau hinschauen würden, welche Entscheidungen und Entwicklungen sich in NRW abzeichnen würden. Minister Laumann leitete daraus seinen Führungsanspruch ab: „Ich werde mich auch auf Bund-Länder-Ebene für eine Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen einsetzen und die nordrhein-westfälischen Bedarfe weiterhin aktiv in diesen Prozess einbringen.“

Das Dokument des MAGS lieferte Erläuterungen zu den Verhandlungsergebnissen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Krankenhausträger und dokumentierte sie in 16 Tabellen. Diese umfassten jeweils ein Versorgungsgebiet (VG 1 bis VG 16) und waren nach den 64 Leistungsgruppen sortiert. Die Liste löste in zahlreichen Regionen Unsicherheit aus. Daher sah sich KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum verpflichtet, in der Presse klarzustellen: „Die vom NRW-Gesundheitsministerium veröffentlichte Liste der Verhandlungsergebnisse zur Krankenhausplanung gibt den Zwischenstand am Ende der ersten Phase wieder. Ein klares Bild, wie die Patientinnen und Patienten künftig in ihrer Region



versorgt werden, ergibt sich daraus noch nicht. Es ist vielmehr jetzt Aufgabe der Landesregierung, dieses Zwischenergebnis auszuwerten. In der beginnenden zweiten Phase der Krankenhausplanung gilt es nun, in allen noch offenen Leistungsgruppen möglichst einen Konsens zu erzielen. Nur wenn das nicht gelingen sollte, müsste eine Ministerentscheidung für Klarheit sorgen.“ Dennoch zeige sich bereits an dieser Stelle: „Die NRW-Krankenhausplanung ist ein wirksames Instrument, die Versorgung für die Patientinnen und Patienten in ihrer Region effizient, qualitativ hochwertig und zugleich sicher und wohnortnah zu strukturieren. Dieser Prozess erfordert Geduld, die ist es aber unbedingt wert“, führte der KGNW-Geschäftsführer aus.



KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum (links)

Das MAGS hat sowohl mit einer Landtagsvorlage vom 4. Juni 2023 als auch mit einem Schreiben an die Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung vom 5. Juni 2023 über den „Stand der Umsetzung des Krankenhausplanes – Verhandlungsergebnisse“ informiert. Mit dem Abschluss der regionalen Planungskonzepte am 17. Mai 2023 sei die Verfahrensleitung nun auf das Land übergegangen, und es lägen den zuständigen Bezirksregierungen die Verhandlungsergebnisse aus den 16 Versorgungsgebieten vor. Im nächsten Schritt würden die Bezirksregierungen diese Daten mit Blick auf die Vorgaben des Krankenhausplans prüfen und bewerten.

In insgesamt 16 Tabellen werden die Verhandlungsergebnisse dargestellt. Diese umfassen jeweils ein Versorgungsgebiet (VG 1 bis VG 16) und sind nach den 64 Leistungsgruppen sortiert. Neben den Strukturdaten werden auch der für 2024 errechnete planerische Bedarf in Fallzahlen mitgeteilt, die vom Krankenhaus beabsichtigte jährliche Fallzahl, die beabsichtigten jährlichen Belegtage (bedeutsam für die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungsgruppen), das zum Stand 17. Mai 2023 aktuelle Votum der Krankenkassen, der Stand der Verhandlungen bezogen auf die Planungsebene der Leistungsgruppe (regionales Planungskonzept mit der Information, ob die Verhandlungen



„Nicht die Krankenhausplanung der Regierung, sondern des Gesundheitswesens“ – NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann beim Gesundheitskongress des Westens 2023

abgeschlossen wurden und ob Dissens oder Konsens besteht), der Stand der Verhandlungen bezogen auf den konkreten Standort (mit Hinweisen, ob die Verhandlungen abgeschlossen wurden, ob Dissens oder Konsens besteht) und die konsentierten Fallzahlen, die das Krankenhaus planerisch erbringen soll.

Mit der Landtagsvorlage 18/1460 vom 14. August 2023 hat das MAGS über den „Sachstand – Krankenhausreform des Bundes und Umsetzung des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen 2022“ informiert und unter anderem darauf hingewiesen, dass die Krankenhausreform auf Bundesebene sehr deutlich auch die Handschrift Nordrhein-Westfalens tragen werde. Auf der Homepage des MAGS wurden ebenfalls Informationen bereitgestellt. Hier wird unter anderem beschrieben, dass bis Ende 2024 die neuen Feststellungsbescheide erlassen werden sollen, die die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser neu zuteilen. Ein neuer Versorgungsauftrag sei grundsätzlich innerhalb von zwölf Monaten umzusetzen. Auf Wunsch aller Beteiligten an der Krankenhausplanung werde auch mit Blick auf die Krankenhausreform der Planungsprozess in Nordrhein-Westfalen im gemeinsam beschlossenen Zeitplan fortgesetzt.

Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen: 2,5 Milliarden Euro für den Umbau der Kliniklandschaft in NRW

NRW-Gesundheitsminister Laumann versprach im Rahmen des Gesundheitskongresses des Westens in Köln erneut Anfang Mai eine Summe von 2,5 Milliarden Euro für den Umbau der Kliniklandschaft in NRW. Dort führte er aus: „Was wir in Nordrhein-Westfalen machen, ist nicht die Krankenhausplanung der Regierung, sondern des Gesundheitswesens.“

Die gesamte Summe soll über mehrere Jahre gestreckt fließen. Der Landtag hat das Geld über eine Verpflichtungsermächtigung reserviert. Ein Drittel der Summe ist dabei für Maßnahmen zur Klimaanpassung reserviert. Diese Vorgabe hat der Landtag mit schwarz-grüner Mehrheit in einem Antrag zum Klimaschutz erneut bekräftigt.



Krisenfestigkeit funktioniert nur mit personellen und materiellen Ressourcen – Lehren aus der Corona-Pandemie

Von Dr. med. Dr. phil. Peter-Johann May, Referatsleiter des Referats „Medizin“ der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Laut dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert Koch-Institut und wissenschaftlichen Studien konnte die Corona-Pandemie in Deutschland, insbesondere im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, gut bewältigt werden.

Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann?

Chronik aller Entwicklungen im Kampf gegen COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) und der dazugehörigen Maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums

14. Februar 2023

Dank erfolgreicher Corona-Politik: Test- und Maskenpflicht fallen bereits zum 1. März

Aufgrund der stabilen Infektionslage laufen zum 1. März fast alle Test- und Maskenpflichten aus. Darauf haben sich die Gesundheitsministerinnen und -minister von Bund und Länder verständigt. Lediglich für Arzt-, Krankenhaus- und Pflegeheimbesucher soll weiterhin Maskenpflicht gelten.

Deutschland ist gut durch die Pandemie gekommen. Das verdanken wir nicht zuletzt einer konsequenten Corona-Politik. Eine der konsequentesten in Europa.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

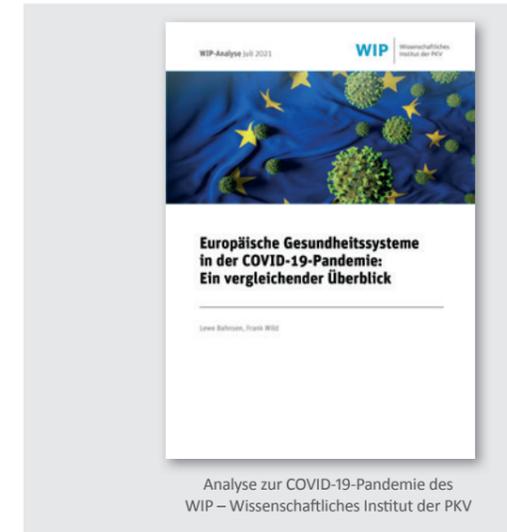


Während der Corona-Pandemie stand die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) in einem strukturierten, in der Regel wöchentlichen Austausch mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, den Bezirksregierungen, den intensivmedizinisch relevanten Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin – DGINA, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin – DIVI, Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin – DGIIIN), den Ärztekammern, der Pflegekammer, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Rettungsdiensten. Hierauf aufbauend erfolgten nach dem Auslaufen der Corona-Schutzmaßnahmen mehrere Arbeitsgruppensitzungen im Hinblick

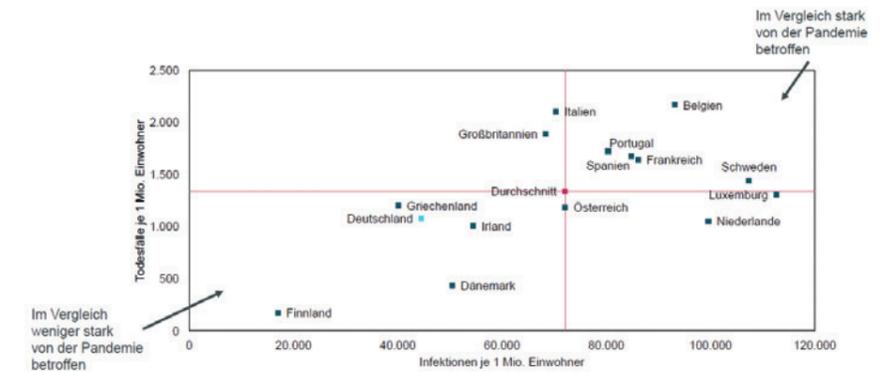
auf Lehren und Konsequenzen aus der Corona-Pandemie. Ein vergleichbares Gremium wurde durch den Landesausschuss für Alter und Pflege NRW eingerichtet. Auch an dieser Arbeitsgruppe ist die KGNW beteiligt. Die jeweiligen Erörterungen sind zum jetzigen Zeitpunkt (Stand: Frühjahr 2024) noch nicht abgeschlossen.

Die grundsätzlichen Ziele beider Arbeitsgruppen auf der Landesebene sind

- die Identifikation pandemie-relevanter Versorgungsaspekte und Herausforderungen sowie
- die Beschreibung der konkreten Bewältigung pandemischer Problemstellungen in Anlehnung an bundesweite Best-Practice-Beispiele.



Infektionen und Todesfälle



WIP: Deutschland ist im internationalen Vergleich bisher gut durch die Pandemie gekommen. Verglichen mit den 15 betrachteten europäischen Ländern verzeichnet Deutschland im Verhältnis zur Bevölkerungszahl die dritt-niedrigsten Infektionen und die fünftniedrigsten Todesfälle

Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse sollen zur Ableitung themenspezifischer Verfahrensanweisungen und Empfehlungen für zukünftige Pandemien/Krisen genutzt werden.

In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, zwischen Verfahrensanweisungen zu unterscheiden, die dauerhaft und pandemieunabhängig in die Regelversorgung implementiert werden sollten, und solchen, die bei Bedarf kurzfristig eingerichtet werden müssen (Krisenmodus).

Materielle Absicherung

Eine zukünftige Krisenresilienz in der gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger muss zwingend mit einer verlässlichen Verfügbarkeit beziehungsweise Bereitstellung von

- Verbrauchsmaterialien (zum Beispiel persönliche Schutzausrüstung des Personals, Desinfektionsmittel),
- Medikamenten (unter anderem Impfstoffe, Antikörper, Arzneimittel für eine intensivmedizinische Behandlung),
- Energieträgern,
- medizinischen Gasen sowie
- Nahrungsmitteln und Wasser

einhergehen.

Hierzu bedarf es verbindlicher Absprachen mit der Industrie (Produktion, Ver-

fügbarkeit, Transport versorgungsrelevanter Produkte) sowie Festlegungen zur Art und Anzahl von Lagerorten sowie einer diesbezüglichen Logistikkette.

Ausreichende Personalkapazitäten

Neben diesen materiellen Aspekten stellt die Sicherstellung ausreichender personeller Kapazitäten in allen Teilbereichen der gesundheitlichen Versorgung eine zweite tragende Säule einer pandemie-beziehungsweise Krisenfestigkeit dar. Dies beinhaltet sowohl einrichtungsinterne Maßnahmen wie

- Personalverlagerungen,
- Personalpools und
- kurzfristige Schulungen als auch
- einrichtungsübergreifende Strategien unter Einbindung der Ärztekammern, der Pflegekammer, der Kassenärztlichen Vereinigungen, Medizinischen Dienste, Bundeswehr, Hochschulen und Gesundheitsämter.

Gerade die einrichtungsübergreifenden Prozesse gehen mit einer komplexen Kommunikation, einem strukturierten Informations- und Datenmanagement, erweiterten Softwaretools und Schnittstellen sowie versorgungs- und krisenrelevanten Kennzahlen einher.

Besonders vulnerable Menschen im Fokus

Alle neuen Verfahrensanweisungen und gesetzlichen Regelungen müssen besonders vulnerable Patientengruppen

(zum Beispiel onkologisch, psychiatrisch, chronisch und mehrfach Erkrankte) und Personenkreise (Kinder, Hochaltrige) beachten. Hierbei muss beständig ein möglichst hohes infektiologisches Schutzniveau mit einer gleichzeitigen Einschränkung der psychosozialen Kontextfaktoren abgewogen werden.

Dies betrifft nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch Rehakliniken, ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sowie AAPV- und SAPV-Strukturen (nicht abschließende Aufzählung).

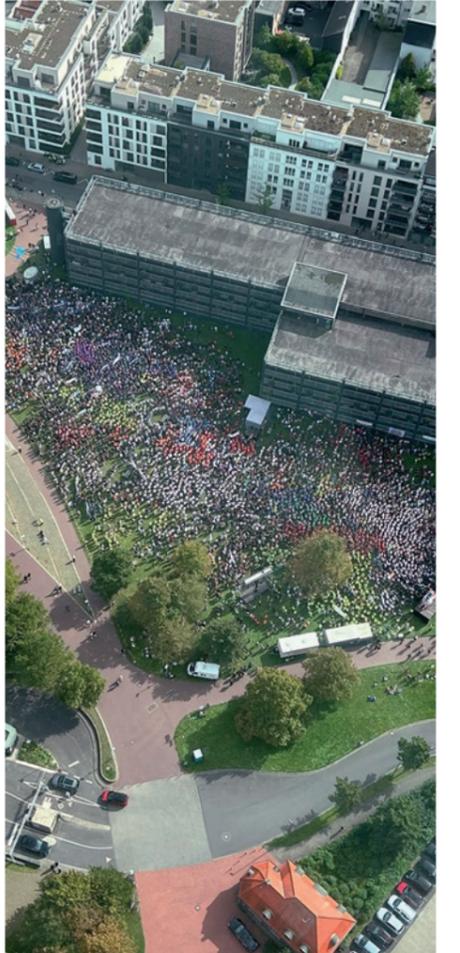
Neben einer Abstimmung der bundes- und landesrechtlichen Regelungskompetenzen (Test-, Impf- und Besuchsregelungen, Isolation/Quarantäne, Hygienepläne, Katastrophenschutz-, Alarm- und Einsatzpläne) in einem Krisenfall sollte frühzeitig ein Konzept zum Umgang mit untergesetzlichen Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Selbstverwaltung erarbeitet werden (unter anderem Strukturrichtlinien des G-BA, Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V, Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V, Pflegepersonaluntergrenzen).

Die abschließenden Ergebnisse und Handlungsempfehlungen der Arbeitsgruppen in NRW müssen im Hinblick auf deren Finanzierbarkeit überprüft und regelmäßig evaluiert werden.



KG NW
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

**IMPRESSIONEN
2023**





„Climate Boost“ braucht staatliche Fördermittel

KGW unterstützt Krankenhäuser auf dem Weg zur Klimaneutralität – Land verspricht Partnerschaft

Nach dem Auftakt im November 2022 startete die KGNW-Initiative Klimaneutrales Krankenhaus mit breiter Unterstützung der NRW-Krankenhäuser und Schwung in ihr erstes Aktionsjahr. Mit dieser neuen Initiative unterstützt die KGNW die Krankenhäuser dabei, klimaneutral zu werden. Die deutliche Zustimmung der NRW-Krankenhäuser zur Initiative zeigt: Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen nehmen ihre Verantwortung für den Klimaschutz ernst. Denn ihnen ist klar: Es gibt keine Zeit zu verlieren. Bis 2045 müssen auch sie klimaneutral sein.

Über 90 Prozent der NRW-Kliniken sagen: „Klimaschutz ist wichtig!“

Das ist auch in Zahlen ablesbar: Im März 2023 lieferte eine Online-Erhebung der KGNW erste Erkenntnisse zum Umsetzungsstand von Klimaschutzmaßnahmen in den NRW-Krankenhäusern. Das Ergebnis: Für über 90 Prozent der Teilnehmenden gilt das Erreichen der Klimaziele als „wichtig“ bis „sehr wichtig“. Eine eigene Nachhaltigkeitsstrategie hat bisher ein Viertel der Krankenhäuser aufgestellt. Eine gute Ausgangsbasis für die Initiative. In der Praxis ist dann aber auch schnell

erkennbar: Ohne massive Investitionen sind große Sprünge im Klimaschutz nicht zu leisten. Dafür braucht es politische Unterstützung. Dazu hatte die Landesregierung in NRW aus CDU und Bündnis 90/Die Grünen im Juni 2022 im Koalitionsvertrag einen Krankenhaus-Klimaschutzfonds angekündigt. Ein gutes Zeichen für die Krankenhäuser.

Der spürbare Tatendrang der Kliniken zeigte sich auch auf dem Thementag „Zukunftschance Klimaschutz im Krankenhaus“ am 14. März 2023 im Haus der Technik in Essen. Unter dem Motto „Klimaschutz im Krankenhaus ist Zukunft“ stellte die KGNW die Inhalte und die Bandbreite ihrer Initiative vor. KGNW-Vize-Präsident Sascha Klein nahm gleich zu Beginn alle Teilnehmenden mit: „Lassen Sie uns zusammen den Klimaschutz in den Krankenhäusern voranbringen.“ Verschiedene Referentinnen und Referenten erklärten die zehn wesentlichen Handlungsfelder auf dem Weg zur Klimaneutralität. Diese Stellschrauben sind in den kommenden Jahren von zentraler Bedeutung für die Krankenhäuser: von der Gebäudehüllensanierung über die Kälte- und Wärmeerzeugung bis hin zur nachhaltigen Speiserversorgung.



Die gesamte Breite der KGNW-Initiative Klimaneutrales Krankenhaus (Stand: 2023)



Rund 170 Teilnehmerinnen und Teilnehmer besuchten den Thementag „Zukunftschance Klimaschutz im Krankenhaus“ in Essen



KGW-Vize-Präsident Sascha Klein begrüßte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beim Thementag „Zukunftschance Klimaschutz im Krankenhaus“ der KGNW-Initiative „Klimaneutrales Krankenhaus“ und versprach: „In den kommenden Jahren wird die KGNW die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen dabei unterstützen, klimaneutral zu werden, und ihnen beratend zur Seite stehen“

Fokusveranstaltungen zu Photovoltaik im September und zur Nachhaltigkeitsberichterstattung (Corporate Sustainability Reporting Directive, CSRD) im Dezember. 2024 hat die KGNW Veranstaltungen zu den Handlungsfeldern Mobilität, Gebäudehüllen, Wärme- und Kälteerzeugung, Narkosegase, Einkauf und Lüftungsanlagen vorgesehen.

Nachdem die Veranstaltungen abgeschlossen waren, erfolgte nach der ersten Online-Umfrage im März 2023 eine zweite Erhebung zur Ermittlung des aktuellen Stands der Klimaschutzmaßnahmen. Aus diesen Informationen wird dann ein Zweijahresbericht zum Stand der Initiative Klimaneutrales Krankenhaus erstellt.

KLik green NRW – Ausbildung zum Klimaschutzmanagement



Das Klimaschutzmanagement ist für den Erfolg der Planung und Umsetzung von Klimaschutzmaßnahmen im Krankenhaus von zentraler Bedeutung. Die Klimaschutzmanagerinnen und Klimaschutzmanager sind das Bindeglied zwischen der Geschäftsführung und dem eigens zusammengestellten Klimaschutzteam.

Daher ist „KLik green NRW“ als Qualifizierungsprogramm für Beschäftigte in NRW-Krankenhäusern zu Klimaschutzmanagerinnen und -managern ein entscheidender Teil der KGNW-Initiative Klimaneutrales Krankenhaus. „KLik green NRW“ baut auf den Erfahrungen aus dem bundesweiten Vorgängerprojekt „KLik green“ auf, das 2022 nach drei erfolgreichen Jahren ausgelaufen war. Durch das von der KGNW begleitete Vorgängerprojekt entstand ein umfassender Fundus an Praxisbeispielen für Maßnahmen zum Klimaschutz in Kliniken, auf den alle Klimaschutzmanagerinnen und Klimaschutzmanager weiterhin zugreifen können.

Um möglichst vielen Interessenten eine niederschwellige Möglichkeit zu geben,

sich für das Klimaschutzmanagement zu qualifizieren, hat die KGNW zwei Workshop-Formate angeboten: Eine Präsenzgruppe trifft sich zu sechs Ganztagesterminen in Düsseldorf. Zusätzlich hat die KGNW den Interessentinnen und Interessenten eine Online-Option mit zwölf halbtägigen Terminen angeboten. Beide Gruppen begannen die Serie mit einem zweitägigen Auftaktworkshop in der Düsseldorfer KGNW-Geschäftsstelle. Am 5. und 6. September 2023 startete die erste Gruppe mit über 20 Teilnehmenden, am 12. und 13. September begrüßte die KGNW über 30 Teilnehmende der Online-Gruppe.



„KLik green NRW“ bietet eine enge Begleitung beim Aufbau des hauseigenen Klimaschutzmanagements. Die Teilnehmenden können zudem auf eine fachlich versierte Beratung zurückgreifen und ihr eigenes Netzwerk ausbauen. Insgesamt sind sechs verpflichtende Qualifizierungsmodule vorgesehen: Nach einem gemeinsamen Auftaktworkshop führen unterschiedliche Module in die Grundlagen des Klimaschutzmanagements ein. Anschließend werden weitere Vertiefungsmodule zu Spezialbereichen des Klimaschutzes angeboten. Bis zum Ende der Initiative im September 2025 sind insgesamt vier Durchläufe des Qualifizierungsprogrammes geplant.

Fokus auf die Handlungsfelder

Die Initiative umfasst verschiedene Fokusveranstaltungen. Jede nimmt eines der zehn Handlungsfelder ins Blickfeld, die das Wuppertal Institut im Zielbild „Klimaneutrales Krankenhaus“ (2022) herausgearbeitet hat. Die Veranstaltungen richten sich an die Geschäftsführungen der Krankenhäuser, das Klimaschutzmanagement oder Mitarbeitende der spezifischen Fachbereiche. Im Mai und Juni 2023 fanden die ersten drei grundlegenden Fokusveranstaltungen zur strategischen und organisatorischen Verankerung des Klimaschutzes in Krankenhäusern statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer widmeten sich den Themen Klimaschutzmanagement, Dekarbonisierungsfahrplan und CO₂-Fußabdruck sowie der internen und externen Kommunikation. Nach der Sommerpause folgten die

Alles neu: Newsletter, Fachbeirat, Medica

Klima-Brief

Informationen sind ein Faktor zum Erfolg. Um den Wissensaustausch im Bereich Klimaschutz im Krankenhaus zu erweitern, hat die KGNW im März 2023 den neuen Newsletter „Klima-Brief“ gestartet. Seitdem erscheint der Klima-Brief immer am vierten Donnerstag im Monat. Nicht nur Klinikmitarbeitende, auch die interessierte Öffentlichkeit versorgt das neue Newsletter-Angebot der KGNW seitdem mit Infos zu innovativen Klimaschutzmaßnahmen und Best-Practice-Lösungen, neuesten Nachrichten aus der Politik und aktuellen Übersichten zu Fördermitteln. „Was gibt es Neues aus der Forschung und welche Veranstaltungen stehen an?“ Diese und viele weitere Fragen beantwortet der Klima-Brief.

Neuer Fachbeirat zur KGNW-Initiative Klimaneutrales Krankenhaus

Zur Steuerung und konkreten Ausgestaltung ihrer Initiative Klimaneutrales Krankenhaus zieht die KGNW einen regelmäßig tagenden Fachbeirat aus Expertinnen und Experten zum Klimaschutz im Krankenhaus hinzu. KGNW-Vize-Präsident Sascha Klein begrüßte die Mitglieder des Fachbeirates zur konstituierenden Sitzung am 16. Januar 2023. Das Gremium begleitet mit Kritik und Ratschlägen zur Verbesserung die KGNW-Klimaschutz-Initiative. Es tagt mindestens dreimal pro Jahr.



Hoher Besuch an den KGNW-Ständen: Matthias Heidmeier, Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (links), informiert sich bei Burkhard Fischer, KGNW-Referatsleiter (rechts)

Klimaschutz im Krankenhaus auf der Medica 2023

Viele Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen haben bereits begonnen, die Frage zu beantworten, wie Klimaschutz in den Klinikalltag integriert werden kann. Einige Beispiele hat die KGNW vom 13. bis 16. November während der MEDICA 2023 auf dem NRW-Landesgemeinschaftsstand „Gesundheit#Digital“ in Düsseldorf präsentiert. Auf Einladung des Ministeriums für Wirtschaft, Industrie, Klimaschutz und Energie (MWIKE) und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen konnte die KGNW ihre Initiative Klimaneutrales Krankenhaus zusammen mit KLIK green NRW vorstellen.

An einem zweiten Stand zum „Klimaschutz im Klinikalltag“ gaben verschiedene Praktikerinnen und Praktiker Ratschläge, wie Klimaschutzmaßnahmen in den Klinikalltag integriert werden können. Mit dabei waren Monique Moch-Lasok (Knappschaft Kliniken) zum Thema „Klimaneutrale Transformation im Krankenhaus“, Thomas Voß (LWL-Kliniken) zur ressourcenschonenden Ernährung und Nicole Krojer (ZUKE Green) zur digitalen Vernetzung der Green Health Community. Andreas Köhler (Öko-Institut Freiburg) stellte den CO₂-Rechner des Öko-Institutes und des Universitätsklinikums Freiburg vor und Michael Schmitz (Universitätsklinikum Bonn) ein Konzept für ein digitales nachhaltiges Abfallmanagement und Recycling im Krankenhaus.

Monique Moch-Lasok, Referentin für Energiemanagement und Nachhaltigkeit der Knappschaft Kliniken, erklärt dem Publikum auf der Medica Klimaschutz im Klinikalltag



Fachgespräch mit Klimaschutzministerin Mona Neubaur (Bildmitte) und Klimaschutzexpertinnen und -experten, darunter Burkhard Fischer (links), KGNW-Referatsleiter „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“

NRW-Vize-Ministerpräsidentin Mona Neubaur verspricht: Das Land wird die Krankenhäuser unterstützen

Welche Möglichkeiten gibt es, den Weg zur Klimaneutralität zu beschleunigen und die Akteure zu vernetzen? Darum ging es bei einem von Health4Future Köln initiierten Fachgespräch mit Mona Neubaur, nordrhein-westfälische Ministerin für Wirtschaft, Industrie, Klima und Energie am 20. März 2023. An dem Austausch mit Ministerin Neubaur (Bildmitte) nahmen Prof. Dr.-Ing. Manfred Fishedick, Präsident und wissenschaftlicher Geschäftsführer des Wuppertal Instituts, Dr. Sven Lueke vom Institute For Health Care Business (hcb), Dorothea Baltruks von der Denkfabrik Centre for Planetary Health Policy sowie Dr. med. Jana Leberl, Dr. med. Martin Otto und Dr. med. Bernhard Seidler von Health4Future sowie Burkhard Fischer für die KGNW teil. Im Mittelpunkt standen die schon jetzt laufenden Aktivitäten der NRW-Krankenhäuser für einen klimaschützenden Betrieb. Zugleich machten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer deutlich, dass Krankenhäuser dringend ausreichende Investitionsmittel für Klimaschutzmaßnahmen benötigen. Der im NRW-Koalitionsvertrag von CDU und Bündnis 90/Die Grünen angekündigte Krankenhausklimaschutzfonds müsse schnell eingesetzt werden, damit die Krankenhäuser keine wertvolle Zeit verlieren. Nur so könnten die Klimaschutzziele des Bundes bis 2030 erreicht werden. NRW-Wirtschafts- und Klimaschutzministerin Mona Neubaur erklärte: „Die Transformation von Krankenhäusern hin zur Klimaneutralität spielt eine immens wichtige Rolle. (...) Wir

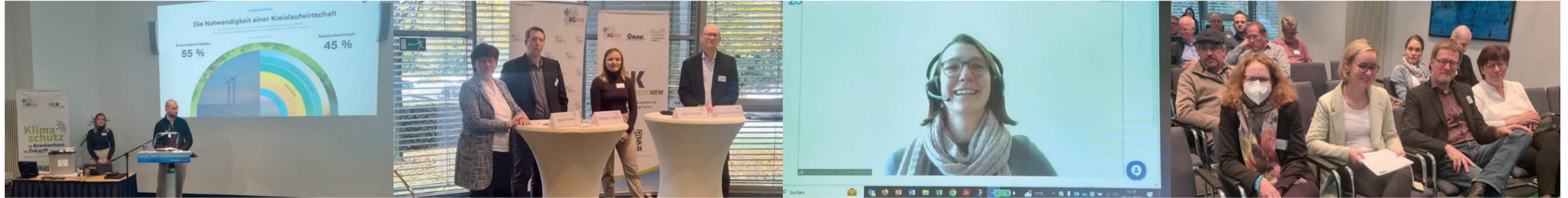
als Landesregierung werden den Akteuren – gemeinsam mit dem Bund – bei den anstehenden Aufgaben als Partner zur Seite stehen.“

Hitzeschutz: neue Orientierungshilfen für Krankenhäuser

Hitze gefährdet die Gesundheit der ohnehin vulnerablen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Zudem erschwert sie die Arbeit der Mitarbeitenden auf den Stationen. Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) hat daher im November 2023 zwei neue Arbeitshilfen für den einrichtungsbezogenen Hitzeschutz veröffentlicht. Die Arbeitshilfen richten sich zum einen an Krankenhäuser, zum anderen an stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen. Die beiden Handreichungen bieten Orientierung, um eigene einrichtungsspezifische Maßnahmen zum Hitzeschutz zu konzipieren und umzusetzen.

Das LZG.NRW erarbeitete die Arbeitshilfen zusammen mit verschiedenen Kooperationspartnern aus dem Gesundheits- und Pflegewesen, zu denen auch die KGNW gehört.

Mit der Arbeitshilfe lässt sich nach dem Baukastenprinzip ein eigener umfangreicher Hitzeschutzplan erstellen. Unabhängig von der Lage oder den baulichen Voraussetzungen einer Einrichtung können die Entscheidungsträger auf schnell umsetzbare Lösungen und praxisorientierte Detailinformationen, aber auch Grundlagenwissen zugreifen.



17. Krankenhaus-Umwelttag NRW in Duisburg

NRW-Landtag legt Fokus auf klimaneutrale Krankenhäuser

Der nordrhein-westfälische Landtag hatte zuvor die Rolle des Gesundheitswesens, insbesondere der Krankenhäuser, für den Klimaschutz in den Blick genommen. In einer Sachverständigenanhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales ging es am 26. April 2023 um notwendige Maßnahmen, um einerseits eine bessere Klimaanpassung etwa bei Hitzewellen zu erreichen und andererseits die Weichen zur Klimaneutralität der Krankenhäuser zu stellen.

Grundlage war ein Antrag der NRW-Regierungsfractionen von CDU und Bündnis 90/Die Grünen. Darin wurde die Landesregierung beauftragt, mit dem Bund über einen Krankenhaus-Klimaschutzfonds zu verhandeln und in Berlin für die Anpassung der rechtlichen Vorgaben einzutreten, damit Fördermittel für den Klimaschutz eingesetzt werden können. Zugleich bekräftigte der

Antrag das Vorhaben der Koalition, dass ein Drittel der für die Umsetzung der Krankenhausplanung bis 2027 vorgesehenen 2,5 Milliarden Euro für Klimaanpassung eingesetzt werden soll.

KG NW-Vizepräsident Sascha Klein betonte in der Anhörung: „Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat mit dem Zielbild ‚Klimaneutrales Krankenhaus‘ früh klargestellt, dass der Gesundheitssektor beim Klimaschutz nicht übergangen werden darf.“ Viele Krankenhäuser in NRW hätten bereits erste Schritte für mehr Klimaschutz unternommen und dafür allerdings eher gering investive Maßnahmen umgesetzt. Der Grund: Fehlende finanzielle Mittel verhinderten wirksamere Schritte. Die für den Einstieg in die Umsetzung der Krankenhausplanung vorgesehenen Mittel seien wirkungsvoll, reichten aber nicht aus.

Die große Herausforderung für die Krankenhäuser seien kosten-trächtige Investitionen in die Gebäudehülle – also Dächer, Fassa-

den und Fenster – sowie in Kälte- und Wärmetechnik und Raumluft, betonte Klein. Für den vom Institute for Health Care Business (hcb) in seinem Gutachten bezifferten Investitionsbedarf von 7,1 Milliarden Euro brauche es den „Climate Boost“. Anders als durch eine gezielte staatliche Förderung sei das Ziel der Klimaneutralität für die Krankenhäuser nicht zu stemmen, weil die duale Krankenhausfinanzierung dafür keine Möglichkeiten biete.

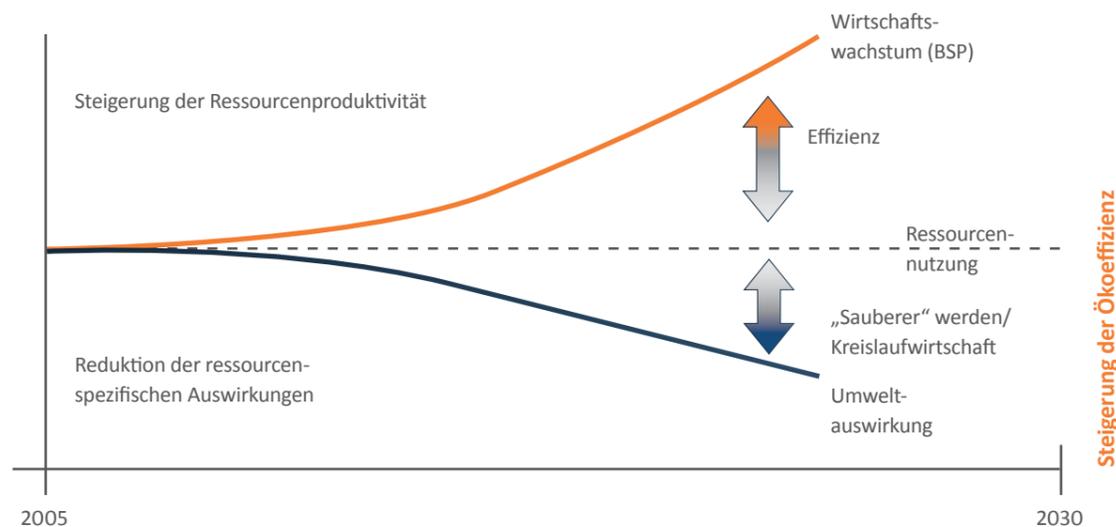
Krankenhaus-Umwelttag 2023: Wenn Abfallverwertung auf Arbeitsschutz trifft

Gemeinsam mit dem „Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW“ und der Fachvereinigung Krankenhaustechnik e. V. hat die KG NW am 9. November 2023 den 17. Krankenhaus-Umwelttag NRW im Haus der Unternehmer in Duisburg veranstaltet. Unter dem Motto „Transformation in der Abfallentsorgung: Wettlauf zur Dekarbonisierung“ kamen Umwelt- und Abfallbe-

auftragte, Klimaschutzmanagerinnen und Klimaschutzmanager, Technische Leitungen sowie Verwaltungsleitungen und Geschäftsführungen der Krankenhäuser zusammen.

Der rote Faden des Vormittags folgte dem Thema „Chancen und Hemmnisse für eine Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen“, das aus wissenschaftlicher, behördlicher sowie hersteller- und anwenderorientierter Sicht beleuchtet wurde. Eine Podiumsdiskussion rundete den Themenkomplex ab. Parallele Workshops am Nachmittag vertieften zu den Themen „CO₂-Rechner, Möglichkeiten, Herausforderungen, Limits“, „Nachhaltiges Abfallmanagement im Krankenhaus“, „Initiativen zur Förderung eines besseren ökologischen Nutzerverhaltens“ und „Cradle-to-Cradle: Möglichkeiten der CO₂-Reduzierung am Beispiel des Lebenszyklus der Medizintechnik“. Neben diesem umfangreichen Programm bot der Umwelttag den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Plattform für intensiven Meinungs- und Erfahrungsaustausch.

Entkopplung von Wirtschaftswachstum und Ressourcenverzehr



Aus dem Vortrag „Kreislaufwirtschaft und Ressourcenschonung im Gesundheitswesen“ von Dr. Melanie Kröger, Deutsche Bundesstiftung Umwelt, beim Umwelttag



KG NW-Geschäftsführer Matthias Blum begrüßt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 17. Krankenhaus-Umwelttags NRW



Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frühzeitig ins Boot holen

Digitalisierung in Krankenhäusern

Noch 2020 war das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) in Kraft getreten. Das KHZG treibt die Digitalisierung der Krankenhäuser voran. Durch den Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) werden Projekte mit einem Gesamtvolumen von bis zu 4,3 Milliarden Euro gefördert. Dafür stellt der Bund 3 Milliarden Euro bereit, die Länder steuern weitere 1,3 Milliarden Euro bei. Das ermöglichte Krankenhäusern, über Förderprojekte in zukunftsweisende Notfallkapazitäten, in Digitalisierungsprojekte und in ihre IT-Sicherheit zu investieren. 15 Prozent der Fördermittel sind für die Verbesserung der Informationssicherheit einzusetzen. Für NRW stehen bis zu 900 Millionen Euro für die Krankenhäuser zur Verfügung. Den Eigenanteil in Höhe von 270 Millionen Euro hat das Land komplett übernommen. Somit müssen Kommunen und Krankenhausträger keinen solchen aufbringen.

Ende August 2023 war das Bewilligungsverfahren zum KHZF für Nordrhein-Westfalen abgeschlossen, die letzten landesseitigen Förderbescheide zu den vom BAS bewilligten Vorhaben waren versandt. Ergebnis:

- Gesamt beantragte Fördermittel: rund 892,2 Millionen Euro (622,3 Millionen Euro durch die Europäische Union refinanzierte Bundesmittel, 269,9 Millionen Euro NRW-Landesmittel)
- Zahl der förderberechtigten Krankenhäuser: 272

Mehr Schonzeit und Anreize für Krankenhäuser

Unabhängig von einer Förderung durch den KHZF sieht das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) Sanktionen für Krankenhäuser vor, die in fünf zentralen Bereichen keinen hinreichenden Digitalisierungsgrad vorweisen können. Diese Sanktionen sollten ab dem 1. Januar 2025 greifen. Danach wären Krankenhäuser mit einem Abschlag von bis zu zwei Prozent auf jede Krankenhausrechnung bedroht. Das war der Stand bis zum Frühsommer 2023.

Im Juli 2023 vereinbarten die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband, Interessensvertretung der deutschen Krankenkassen, die gesetzlich geforderte Sanktionsvereinbarung. Diese Regelung greift die widrigen äußeren Rahmenbedingungen auf und verschafft den Kliniken ein wenig mehr Schonzeit. Gleichzeitig entstehen zusätzliche Anreize für zusätzliche Digitalisierungsprojekte neben der Förderung. Denn für 2025 und 2026 reicht es aus, dass die jeweiligen digitalen Dienste verfügbar sind, auch wenn diese noch nicht genutzt werden und deren Umsetzung beauftragt ist. Der Sanktionsabschlag von maximal zwei Prozent wird erstmals zum 31. Dezember 2025 ermittelt und im jeweiligen Folgejahr auf das Budget angerechnet. Ab dem 31. Dezember 2027 wird dann auch die Nutzung eine stärkere Rolle, nicht nur im Hinblick auf die Abschlüsse, einnehmen.

Das „Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)“ vom 23. Oktober 2020 listet genau auf, welche Maßnahmen („Fördertatbestände“, FTB) bezuschusst werden:

- Fördertatbestand 1: Notaufnahme
- Fördertatbestand 2: Patientenportal
- Fördertatbestand 3: (digitale, automatisierte oder spracherkennungs-basierte) Pflege- und Behandlungsdokumentation
- Fördertatbestand 4: Entscheidungsunterstützung
- Fördertatbestand 5: Medikationsmanagement
- Fördertatbestand 6: krankenhausinterner digitaler Leistungsprozess
- Fördertatbestand 7: Leistungsabstimmung und Cloud-Computingsysteme
- Fördertatbestand 8: Versorgungsnachweissystem Betten
- Fördertatbestand 9: telemedizinische Netzwerke, informations- und kommunikationstechnische und robotikbasierte Anlagen, Systeme oder Verfahren
- Fördertatbestand 10: IT- und Cybersicherheit
- Fördertatbestand 11: Anpassung von Patientenzimmern bei Epidemien

Die Fristverlängerung von Juli 2023 bezieht sich auf die verpflichtenden Fördertatbestände 2 bis 6.

Zweite Bestimmung des digitalen Reifegrads auf 2024 verschoben

Voraussetzung für die KHZG-Förderung ist die Teilnahme an ursprünglich zwei, inzwischen drei Erhebungen zu ihrem digitalen Reifegrad. Sie trägt den Titel „DigitalRadar Krankenhaus“. Das DigitalRadar Krankenhaus fragt ab, wie digital eine Klinik bereits arbeitet. Ende 2021 fand eine erste Reifegradbestimmung statt. Sie fragte den Ist-Stand der Digitalisierung in den Krankenhäusern zum Stichtag 30. Juni 2021 ab. Eine zweite Reifegradmessung war ursprünglich für den 30. Juni 2023 vorgesehen. Sie wurde Anfang Januar 2023 auf den 31. Dezember 2023, im Oktober sogar auf den 30. Juni 2024 verschoben. Der Grund: gesetzliche Anpassungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags (im Bild bei der konstituierenden Sitzung am 15. Dezember 2021) wollte den Krankenhäusern damit zum Jahresbeginn 2024 mehr Zeit und Freiraum verschaffen, „die anstelle der Teilnahme an der Reifegradmessung zunächst in die konkrete Umsetzung der KHZF-Projekte investiert werden können“.



Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags

Kein IT-Projekt, sondern Transformation klinischer und administrativer Prozesse

Im Fokus des KHZG steht die Digitalisierung der Krankenhäuser. Sie soll unter anderem die Arbeit der Mitarbeitenden erleichtern. Digitalisierung ist dabei kein Selbstzweck. Wie Digitalisierung nicht funktioniert, zeigt das Beispiel DEMIS. Das „Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz“ und die Telematikinfrastruktur (TI) verpflichtete Krankenhäuser, belegte und belegbare Betten und Corona-Infektionen an das Robert Koch-Institut zu melden. Das Problem: Digital funktionierende Schnittstellen, aber vor allem gelebte Prozesse fehlten flächendeckend. Das Krankenhauspersonal musste die Daten mühsam per Hand übertragen – auf Deutsch: abschreiben. Die vorzeitige Anbindung an das Meldesystem war ohne große Vorankündigung auf den 17. September 2022, vier Monate vor dem ursprünglich angekündigten Start zum 1. Januar 2023, vorgezogen worden.

Das löste gerade beim Personal nicht nur zusätzliche Belastung, sondern auch großen Unmut aus. Denn: Digitalisierung ist nicht auf Technik beschränkt. Umso wichtiger ist es, Mitarbeiterinnen und Mit-

arbeiter bei dieser großen Veränderung („Change“) frühzeitig ins Boot zu holen. Das zeigte sich erneut bei der 9. KGNW-Fachtagung „Praxisdialog Krankenhaus-IT und -Medizintechnik 2023“. Die Vestische Kinderklinik Datteln setzte dazu beispielsweise ein professionelles Changemanagement mit festen Zielen auf:

- „Klares Commitment der Führungskräfte und Einigkeit unter ihnen
- Change Manager als Kümmerer und Begleiter bei der Veränderung
- Frühzeitige Partizipation und Miteinbeziehung aller Betroffenen
- Kommunikation, Kommunikation, Kommunikation. Immer wieder. Auch durch Führungskräfte. In einer lebendigen, kulturkonformen Sprache. Auf Augenhöhe. Ehrlich, offen, transparent. Und noch einmal mehr.“

Wichtigste Botschaft: „Digitalisierungsprojekte sind keine IT-Projekte“. Das machte Daniela Aufermann, Chief Digital Officer, Vestische Kinderklinik Datteln, bei ihrem Vortrag klar: „Zukünftige Projekte sind vor allem Prozess- und Organisationsprojekte.“ Daher plädierte sie für eine professionelle Aufbau- und Ablauforganisation Digitalisierung, die sich

Politische und gesetzliche Basis der Digitalisierung im Gesundheitswesen

In ihrem Koalitionsvertrag hatte die Ampelregierung zum Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen vermerkt: „Wir beschleunigen die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezeptes sowie deren nutzenbringende Anwendung und binden beschleunigt sämtliche Akteure an die Telematikinfrastruktur an. Alle Versicherten bekommen DSGVO-konform eine ePA zur Verfügung gestellt; ihre Nutzung ist freiwillig (opt-out). Die gematik bauen wir zu einer digitalen Gesundheitsagentur aus. Zudem bringen wir ein Registergesetz und ein Gesundheitsdatennutzungs-gesetz zur besseren wissenschaftlichen Nutzung in Einklang mit der DSGVO auf den Weg und bauen eine dezentrale Forschungsdateninfrastruktur auf.“



Im März 2023 stellte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seine Digitalisierungsstrategie für Gesundheit und Pflege vor. Am 14. Dezember beschloss der Deutsche Bundestag das Digital-Gesetz (DigiG) und folgte damit der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). Danach soll „die Digitalisierung im Gesundheitswesen über die Einführung verbindlicher Standards beschleunigt werden. Anfang 2025 soll die elektronische Patientenakte (ePA) für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet werden, wobei auf das sogenannte Widerspruchsverfahren (Opt-out) umgestellt wird. Das elektronische Rezept (E-Rezept) soll 2024 verbindlich werden. Auch sollen Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) noch besser für die Versorgung nutzbar gemacht und Videosprechstunden und Telekonsilien qualitätsorientiert weiterentwickelt werden. Die Interoperabilität bestehender und neu einzuführender Informationssysteme soll durch die Einführung verbindlicher Standards erhöht werden. Den grundlegenden Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Anwendungen, nämlich Sicherheit und Nutzerfreundlichkeit, soll im digitalen Transformationsprozess eine tragende Rolle zukommen.“

in die Unternehmensstrategie des Krankenhauses einordnet. Trotz dieser Erkenntnis geht es natürlich auch um die technischen Strukturen. Die Vernetzung der Beteiligten im Gesundheitswesen, darunter auch die Krankenhäuser, erfolgt durch den Aufbau der Telematikinfrastruktur. Die KGNW begleitet diesen Prozess als Moderator. Verantwortlich für den TI-Aufbau ist die gematik, Nationale Agentur für Digitale Medizin. Die Akteure im Gesundheitswesen sollen schneller und besser miteinander kommunizieren und Daten von Patientinnen und Patienten austauschen. Dadurch vermeiden sie beispielsweise Mehrfachbehandlungen.

Die gematik erteilt die Zulassungen und Bestätigungen für sämtliche TI-Produkte sowie für Anbieter operativer Betriebsleistungen und weiterer Anwendungen. Neben DEMIS stehen den Krankenhäusern beispielsweise die Elektronische Patientenakte (ePA), die elektronische Arbeitsfähigkeitsbescheinigung (eAU), Kommunikation im Medizinwesen (KIM) zum Versand von Nachrichten und Dokumenten per E-Mail, der TI-Messenger zum schnellen Austausch von Textnachrichten und ISiK (Informationstechnische Systeme in Krankenhäusern), das alle IT-Systeme in Kliniken miteinander verbindet, zur Verfügung. So jedenfalls sieht es das Modell vor.

Zertifikate laufen ab, Technik-Anforderungen erhöhen sich

Hardwaretechnisch fußt die einrichtungsübergreifende Vernetzung auf Konnektoren. Das sind kleine Boxen, die aussehen wie DSL-Router. Die Konnektoren müssen dabei immer über ein gültiges Zertifikat eines Trusted-Service-Providers verfügen, das auf Smartcards, vergleichbar mit einer SIM-Karte, gespeichert ist. Ab Oktober 2023 standen Zertifikate in Konnektoren bestimmter Hersteller vor dem Ende dieser Gültigkeit. Hier mussten Kliniken aktiv werden, um entweder die Konnektoren auszutauschen oder die Zertifikate zu verlängern. Einen Austausch der Smartcards vor Ort hatte das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik als zu unsicher eingestuft.

Weitere technische Anforderungen an die Krankenhäuser veränderten sich 2023:

Um ISiK zu nutzen, benötigt jede Klinik eine Schnittstelle gemäß ISiK-Basisprofil, die im Krankenhausinformationssystem (KIS) zu integrieren ist. Die Umsetzung erfolgt aktuell in drei Stufen. Nur von der gematik bestätigte Schnittstellen sind zugelassen. 2023 stieg die Zahl der Bestätigungen von sechs auf acht. Nach Stand



Zwei der zugelassenen Konnektoren für Krankenhäuser

von 2023 wird die Basisstufe 1 ab 1. Juli 2024 durch die dann verpflichtende Stufe 2 abgelöst. Geplant sind in Stufe 2 als Erweiterungen:

- Medikation – kann bei der Umsetzung des E-Rezeptes zusammen mit der Krankenhausapotheke oder krankenhäuserversorgenden Apotheke herangezogen werden.
- Vitalparameter und Körpermaße – zielt auf die Übermittlung von Daten aus Subsystemen an ein verarbeitendes System, zum Beispiel das KIS.
- Terminplanung – erarbeitet die gematik unter anderem zusammen mit Anbietern von Patientenportalen und Betreibern des TI-Messengers.

In der Praxis stellten der TI-Anschluss und die Nutzung der Fachanwendungen die Krankenhäuser vor riesige Herausforderungen. Denn die Inbox-Konnektoren genühten oft nicht den Anforderungen von komplexen und großen Kliniken, sondern waren eher für Arztpraxen entwickelt worden.

TI-Entwicklung schleppend

Kein Wunder, dass die Entwicklung bei den digitalen Anwendungen in der Telematikinfrastruktur 2023 nur schleppend vorankam. Weder das E-Rezept noch der KIM-Versand von E-Arztbriefen ließen sich flächendeckend in den Krankenhäusern einführen. Eigentlich soll KIM als TI-Anwendung für die Kommunikation im Medizinwesen gewährleisten, Nachrichten und Dokumente schnell, zuverlässig und sicher per E-Mail auszutauschen. Das gelang 2023 flächendeckend nur bedingt. Besser lief es bei der elektronischen Arbeitsfähigkeitsbescheinigung, die seit 1. Januar 2023 verpflichtend für alle Arbeitgeber ist.

„Das digitale Krankenhaus“ passt sich an

Fortschritte gab es dagegen bei der Initiative „Das digitale Krankenhaus“. Sie bildet seit 2019 einen Rahmen, der die Krankenhäuser bei der Digitalisierung unterstützt. Die KGNW arbeitet dabei eng mit dem Fraunhofer ISST, Geschäftsfeld Gesundheitswesen, zusammen. Die Initiative begleitet – auf fünf Jahre angelegt – Krankenhäuser in NRW zu strategischen Fragestellungen der Digitalisierung. Sie hat den Anspruch, dass Krankenhäuser eine aktive Rolle bei der Gestaltung der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung übernehmen. Auf Basis der Ergebnisse der 2. Online-Erhebung aus dem Jahr 2021 richtete sich die Initiative

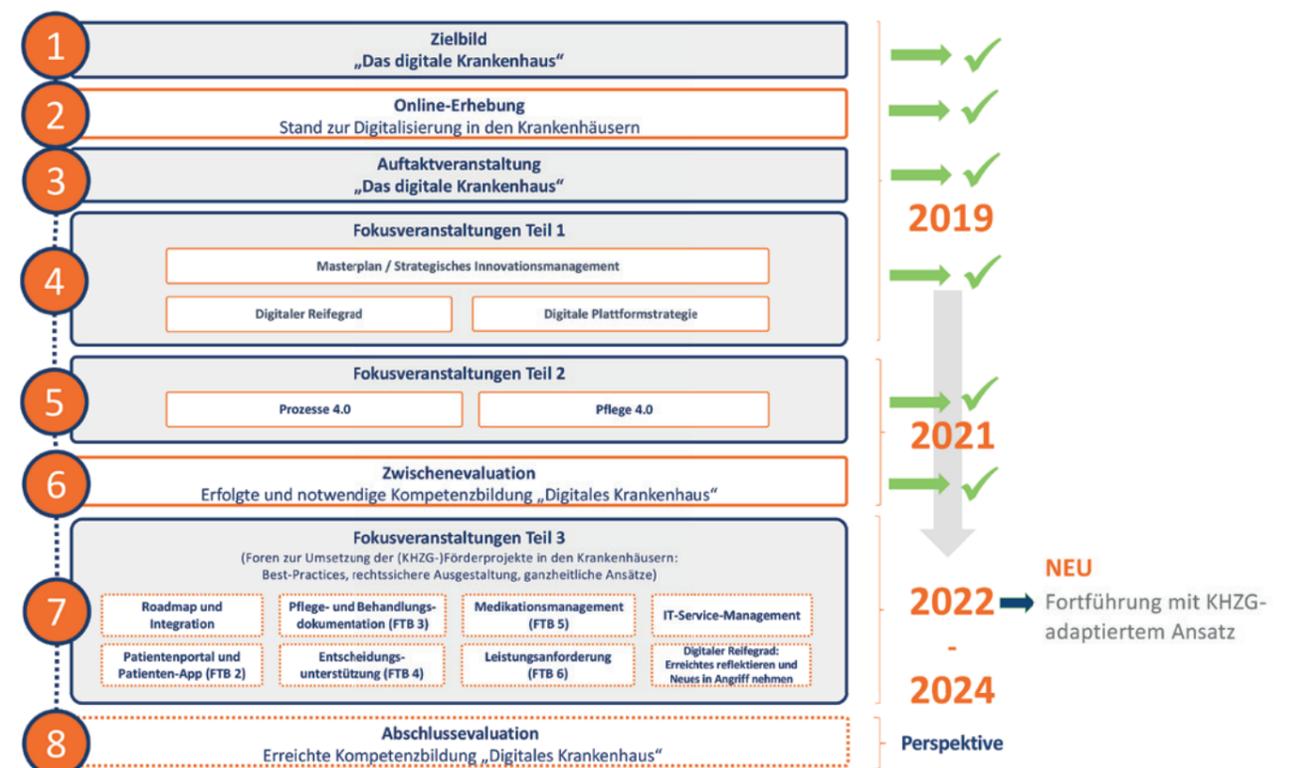
neu aus. So hatte sich hier gezeigt, dass der Digitalisierungsgrad in der Wahrnehmung der Geschäftsführungen stieg. Gleichzeitig war der zunehmende Digitalisierungsgrad eng geknüpft an neue Strukturen zur Umsetzung. Was aber auch klar wurde: Die KHZG-Mittel können lediglich den investiven Rückstand schließen. Hier fehlen bisher Konzepte, um die Nachhaltigkeit der Strukturen im laufenden IT-Betrieb zu gewährleisten und zu finanzieren, auch um Fachpersonal zu rekrutieren. Digitalisierung kostet die Kliniken sehr viel Geld, nicht nur zum Start, sondern auch mittel- und langfristig. Ob sie neben einer Verbesserung der Patientenversorgung langfristig auch zu Einsparungen führen kann, ist eine häufig geäußerte Hoffnung, unter Experten aber kontrovers diskutiert.

Aus den Erfahrungen der Pandemie änderten sich Themen bei der Initiative. Um dem Wandel gerecht zu werden, entwickelte die KGNW Teil 3 der Fokusveranstaltungen für den Zeitraum 2022 bis 2024 mit acht Themen. Sie bieten der Umsetzung der (KHZG-)Förderprojekte in den Krankenhäusern ein Forum, zeigen Best Practices, informieren über die rechtssichere Ausgestaltung und über ganzheitliche Ansätze. 2023 fanden die drei Fokusveranstaltungen „Medikationsmanagement (Fördertatbestand/FTB 5)“, „Klinische Entscheidungsunterstützung (FTB 4)“ und „Digitale Leistungsanforderung (FTB 6)“ statt – mit hoher Resonanz und jeweils über 150 Teilnehmenden.

Darin zeigt sich die essenzielle Bedeutung, die die Digitalisierung sowie der Aufbau und die Nutzung der Telematikinfrastruktur in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern bekommen haben.



Protestkundgebung der NRW-Krankenhausbeschäftigten am 20. September 2023





Mehr Qualität im Krankenhaus durch mehr Daten?

Viele Fragen, viele Vorschläge, viel Bürokratie in Qualitätssicherung und -management – was nützt den Patientinnen und Patienten?



Referentinnen und Referenten beim 17. Krankenhaus-Qualitätstag NRW

Bereits zum 17. Mal führte die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen – erneut in Zusammenarbeit mit der GQM (Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung) – den Krankenhaus-Qualitätstag NRW durch. Hier zeigen sich Jahr für Jahr die aktuellen Probleme und Lösungsansätze im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in den Kliniken. Nach drei pandemiebedingten Auflagen als Webinar fand die Veranstaltung am 6. Juni 2023 zum ersten Mal seit 2019 wieder in Präsenz statt. Rund 100 Teilnehmende kamen im Duisburger Haus der Unternehmer zusammen, um sich über die aktuellen Entwicklungen im Qualitätsmanagement auszutauschen. Der 17. Krankenhaus-Qualitätstag gliederte sich in vier Themenblöcke:

1. Qualität statt Kontrolle: Wie lässt sich die Entwicklung umkehren?
2. Mit Systemzertifizierung zu besserer Qualität: Was können ISO 9001 und KTQ beitragen?
3. Neues aus der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS)
4. Änderungen in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg ist Mitglied der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, Bereichsleiterin Qualitätsmanagement und klinisches

Risikomanagement der Sana Kliniken und zugleich GQM-Vorsitzende. Sie präsentierte die „Veröffentlichte Empfehlung der Regierungskommission“ im Bereich der Qualitätsentwicklung und plädierte mittelfristig dafür, die Prozess- und Ergebnisqualität als wichtiges Kriterium für die Ausschüttung des in der Krankenhausreform des Bundes geplanten Vorhalteanteils in der Krankenhausfinanzierung für eine Klinik zu nutzen. Darüber hinaus sah sie Bedarf, die oft zu vage formulierte Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) sinnvoll zu ergänzen. Beispiel: die professionelle Analyse komplikationsbehafteter Behandlungsfälle. Potenzial sah Dr. Haeske-Seeberg im Bereich der datengestützten Qualitätssicherung: „Die Nutzung von bereits vorhandenen Daten muss vorangetrieben werden!“ Mögliche Quellen seien für sie Abrechnungsdaten nach § 21 SGB V, Sozialdaten von Krankenkassen, klinische Register, Patientenbefragungen, von Gesundheitseinrichtungen für diesen Zweck zusätzlich erhobene Daten sowie elektronische Patientenakten. Um in den Krankenhäusern, Gesundheitsregionen und Versorgungsnetzwerken das Bewusstsein eines professionellen Qualitätsmanagements (QM) zu schärfen, rege die Regierungskommission ein Belohnungssystem an. Die Pläne der Regierungskommission stießen bei einigen Teilnehmern auf Kritik. Dr. med. Markus Holtel, Geschäftsführender und Ärztlicher Direktor des KRH Klinikums Neustadt am Rübenberge, bemängelte eine zu starre Reglementierung: „Die vermeintliche Objektivierung durch politisch gesetzte Kennzahlen und Strukturmerkmale führt in die Sackgasse.“ Auch Dr. med. Christa Welling,

Chirurgin, Gefäßchirurgin, Ärztliches Qualitätsmanagement, Klinisches Risikomanagement ONR, Medizinisches Qualitäts- und Geschäftsfeldmanagement, Klinikum Westmünsterland, kritisierte die zu starren gesetzlichen Vorgaben im Qualitätsmanagement für Krankenhäuser. Hier nannte sie als Beispiele die QM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der Festlegung und Auswahl der Instrumente und Methoden, die Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie 2019 sowie die Richtlinie zur datengeschützten einrichtungsübergreifenden QS (DeQS-RL). Die Folgen seien zeitintensive Bürokratie und eine interne wie externe Kontrolle, die viel Personal bei medizinischen Fachkräften sowie den Mitarbeitenden im Qualitätsmanagement binde. Viel-

mehr solle sich die gesetzliche Qualitätssicherung wieder ihres eigentlichen Ziels, der Qualitätsförderung, besinnen. Qualitätssicherung benötige, passgenau auf die jeweilige Organisation abgestimmt, „Spielraum für Kompetenz, professionelle Werte, informale Agilität“.

Fazit des 17. Krankenhaus-Qualitätstags NRW: Um die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement für die Zukunft aufzustellen, gibt es kein Patentrezept. Was klar ist: Es gibt ein Zuviel an Bürokratie, es gibt Doppelprüfungen und es gibt konstruktive Verbesserungsvorschläge der Krankenhäuser. Diese dringen aber auf politischer Ebene derzeit noch nicht durch.



Hintergrund:

Vorschläge der Krankenhaus-Regierungskommission zur „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM)“

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung präsentierte im Oktober 2023 ihre siebte Stellungnahme und Empfehlung für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Der Titel: „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM): Mehr Qualität – weniger Bürokratie“. Darin begrüßt sie, dass Patientinnen und Patienten einen besseren Überblick über die Qualität der stationären Versorgung bekommen sollen. „Durch eine klare, bundeseinheitliche Zuweisung von Leistungsgruppen mit Mindestqualitätsvoraussetzungen entstehen für die vorgeschlagenen Level Versorgungsstufen, die zu mehr Qualitätstransparenz für die Bevölkerung

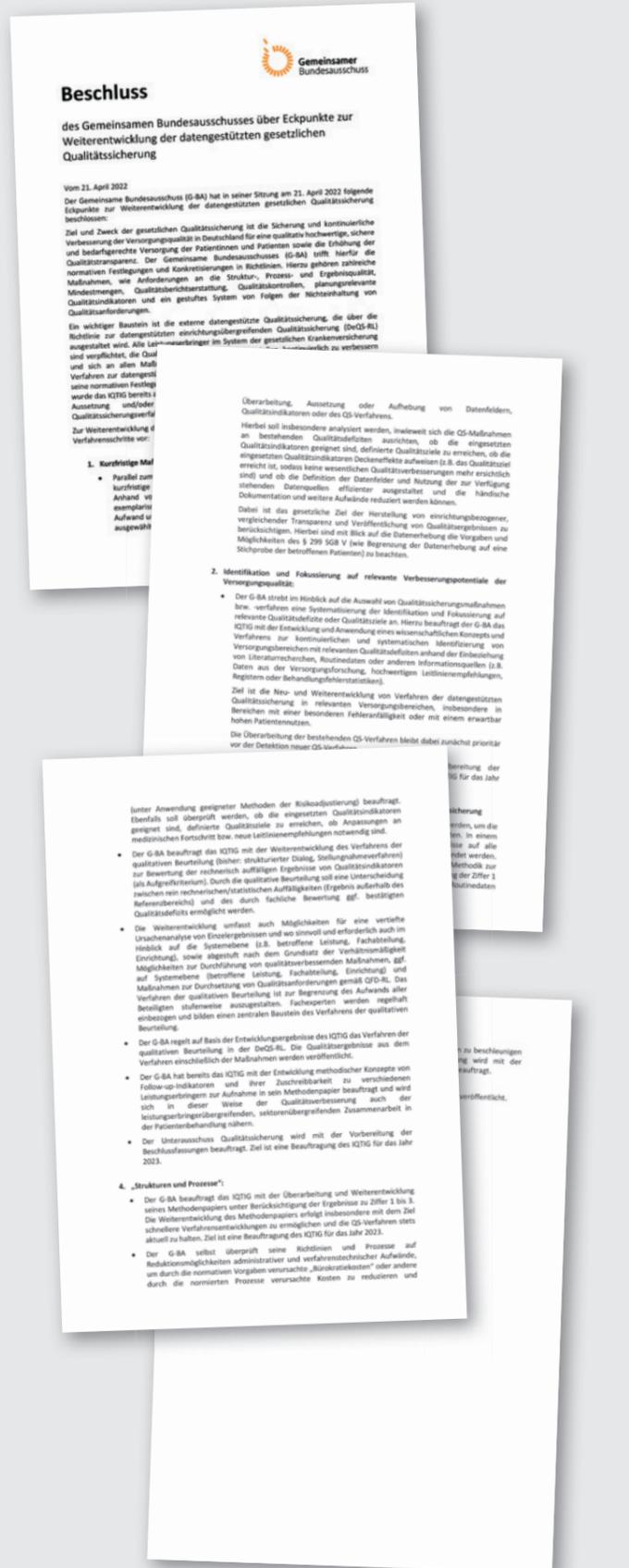
führen“, heißt es in der siebten Stellungnahme der Regierungskommission. Die Ziele unter anderem: Bürokratieabbau, Praxistauglichkeit, Vermeidung doppelter Datenerhebungen, Qualitätsprüfungen nur alle drei Jahre, Qualitätsindikatoren auf Basis der S3-Leitlinien, Berücksichtigung der Patientenperspektive, einheitliche Qualitätssicherung für ambulanten und stationären Sektor, Bonus für QSerfolgreiche Kliniken.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) begrüßt die Stellungnahme der Regierungskommission zur Qualität der Versorgung. Auch sie ist unzufrieden mit dem derzeitigen System der gesetzlichen Qualitätssicherung und kritisiert die Überregulierung bis ins kleinste Detail, Doppel-dokumentationen und Parallelkontrollen, ineffiziente und nebenwirkungsbehaftete Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Bürokratie und die Suche nach Fehlern und Defiziten, drohende Sanktionen sowie die

Zweckentfremdung zur „kalten Krankenhausstrukturbereinigung“. „Die Vorschläge der Regierungskommission sind fundiert und eine gute Grundlage für eine echte Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Für uns ist es das wesentliche Ziel, den tatsächlichen Nutzen der Qualitätssicherung für die Patientenbehandlung in den Mittelpunkt aller Maßnahmen zu stellen“, erklärte Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der DKG. Doch die DKG sieht auch zahlreiche der Neuvorschläge kritisch: So sei die angelegte Trennung zwischen Mindeststrukturvoraussetzungen für die Krankenhausplanung anhand von Leistungsgruppen auf der einen Seite und weiterer Anforderungen und Instrumente zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und -verbesserung auf der anderen Seite sehr begrüßenswert, müsse jedoch konsequent zu Ende geführt werden. Sie fordert ein kohärentes System der Qualitätssicherung und -verbesserung.



Prof. Jochen Schmitt, Mitglied der Regierungskommission und Direktor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung am Universitätsklinikum Dresden, Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Mitglied der Regierungskommission und Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung sowie Leiterin der Stabsstelle Qualitätsnetzwerke der Sana Kliniken AG, Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach



Karin Maag, unparteiisches Mitglied im G-BA

Knapp ein Jahr zuvor hatte sich der auf Bundesebene für die Qualitätssicherung der Krankenhäuser zuständige Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf ein Eckpunktepapier mit konkreten Vorschlägen geeinigt, um die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung zu vereinfachen. Danach will der G-BA den Aufwand bei der Datenerfassung reduzieren, ohne die Qualitätssicherung zu verschlechtern. Zusätzlich soll künftig der Fokus noch stärker auf Bereichen liegen, „die besonders anfällig für Behandlungsfehler sind oder bei denen ein großer Effekt für die Patientenversorgung zu erwarten ist“. Bei der Entwicklung neuer Verfahren sind bestehende Daten zu berücksichtigen. Zudem soll der neue Ansatz noch besser zwischen rein rechnerischen Auffälligkeiten und tatsächlichen Defiziten unterscheiden können. „Hinter jedem einzelnen Ansatz steht für mich: Aufwand und Nutzen bei der Qualitätssicherung müssen zusammenpassen. Nur so können wir alle an der Qualitätssicherung Beteiligten mitnehmen und tatsächlich für mehr Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung sorgen“, sagte Karin Maag, unparteiisches Mitglied des G-BA, bei der Präsentation des Eckpunktepapiers im April 2022. Insgesamt steht das Ziel Bürokratieabbau ganz oben auf der G-BA-Agenda. Die Verfahren sollen dazu kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dazu zählt auch, dass bestimmte Qualitätsindikatoren oder QS-Verfahren ausgesetzt oder aufgehoben werden.

Dank der Datenanalyse können Leistungserbringer wie Krankenhäuser ihre Behandlungsqualität im Vergleich mit anderen Kliniken einschätzen und gezielt verbessern. Normative Basis ist die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).

Daten und Fakten der Qualitätssicherung der NRW-Krankenhäuser für 2023:

Fast 900.000 Datensätze:

Die Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS-KH) bei der KGNW nahm für das Erfassungsjahr 2022 insgesamt 882.828 QS-Datensätze und 884 Sollstatistiken entgegen. Die Daten wiesen erneut eine Vollständigkeit von 100 Prozent auf.

Kurzfristig:

Im Rahmen der Qualitätssicherung bei hüftgelenknahen Femurfrakturen (QSFFx) wurde – leider ohne ausreichenden Vorlauf – im November 2023 ein neues Datenverfahren eingeführt. Darüber ist unterjährig die Erfüllung oder Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen zeitnah zu übermitteln. Ein typisches Beispiel für

das Übermaß an Bürokratie, mit dem sich die Krankenhäuser konfrontiert sehen. Die überbordende Bürokratie bestätigte sich auch in der notwendigen rechtlichen Begleitung der KGNW in anderen Bereichen wie dem MDK-Prüfverfahren, bei Qualitätskontrollen (Notfallstufen) oder dem Entlassmanagement.

Erweitertes DeQS-NRWs-Portal:

Mit dem Übergang der Qualitätssicherungsverfahren von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie per 1. Januar 2021 stiegen die Aufgaben der Datenannahmestelle Krankenhaus bei der KGNW deutlich an. Auch die Zahl von Dokumenten erhöhte sich enorm. Die Folge: Übersichtlichkeit

und Bedienungsfreundlichkeit des DeQS-NRW-Portals nahmen ab. Gleichzeitig zog die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer (Ärztinnen und Ärzte im Stellungnahmeverfahren) stark an. Aus den Krankenhäusern kamen dazu zahlreiche Verbesserungsvorschläge. Ein Großteil ließ sich 2023 umsetzen: Daten- und Dokumentenablage sind neu strukturiert, Programmierlogik und Datenbereinigung umgestellt, Benutzerfreundlichkeit erhöht durch verbesserte Listendarstellung, Filter, Statusanzeige, Vorgangsnummernabruf und Download-Funktionen, die Berechtigungsverwaltung ist optimiert. Das Team der DAS-KH entwickelt das DeQS-NRW-Portal weiter und freut sich über Anregungen aus der Mitgliedschaft.

”

Drei Fragen an Dr. Christa Welling, Chirurgin, Gefäßchirurgin, Ärztliches Qualitätsmanagement, Klinisches Risikomanagement ONR, Medizinisches Qualitäts- und Geschäftsfeldmanagement, Klinikum Westmünsterland

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 21. April 2022 ein Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (DeQS) vorgelegt.



Dr. Christa Welling

Frau Dr. Welling, sehen Sie das Eckpunktepapier als einen Schritt in die richtige Richtung?

Dr. Welling: Jede Reduktion des Aufwandes durch Streichen oder Pausieren von Feldern, ganzen Qualitätsindikatoren oder am besten ganzer Module wie Knieendoprothetik (KEP) ist sinnvoll, insbesondere, wenn sich der Nutzen nicht ausreichend belegen lässt. Die Auswahl der Module, also der Krankheitsbilder, die sich in der Vergangenheit als qualitätskritisch erwiesen haben, ist ohnehin manchmal fragwürdig.

Wo sehen Sie über das Papier hinaus Potenzial für eine Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung?

Dr. Welling: Eine Weiterentwicklung, aber auch Hinterfragung in Richtung gesicherter Nutzen ist sinnvoll und notwendig. Jede Ankündigung weiterer Module bedeutet zunehmenden Aufwand, wie das Beispiel Sepsis zeigt: An sich ein sehr relevantes Qualitätsthema, jedoch sind für die Art und Weise der Abfrage intern Änderungen der Dokumentation in der Patientenakte notwendig, damit die Daten für die Übertragung ins Modul auffindbar sind. Auch die nachweisbare Dokumentation von Schulungswegen im

Krankenhaus für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ein Riesenaufwand, damit diese den rein formalen Vorgaben im Modul entsprechen. Wir brauchen hier mehr Spielraum, um solche Schulungen und ihre Nachweise im Sinne eines sinnvollen Qualitätsmanagements organisationspezifisch durchzuführen. Was wir allgemein in der Qualitätssicherung verhindern müssen, sind Dopplungen oder teils gar Widersprüche in den Dokumentationspflichten.

Behält das Eckpunktepapier den Patientennutzen im Blick?

Dr. Welling: Das behandelnde Personal muss wieder mehr Zeit für die Behandlung am Bett haben, anstatt sie mit ellenlanger Bürokratie zu vergeuden. Nur so kann ich dem Patienten oder der Patientin mehr Qualität bieten. Auch der administrative Verwaltungsaufwand sollte dringend reduziert werden, damit das Verhältnis von administrativen Kräften zu Personal in der direkten Patientenbehandlung sinnvoller wird. Wir haben ein solches Ausmaß an verschiedenen, nicht kongruenten Nachweispflichten erreicht, dass hier der Nutzen für Patientensicherheit konterkariert wird. Dies müsste dringend mehr in die Gesamtbetrachtung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen genommen werden.



„Tut endlich was!“

Pflegepersonal nimmt die Politik in die Pflicht: Rahmenbedingungen gehen am Klinikalltag vorbei



Protestkundgebung der NRW-Krankenhausbeschäftigten am 20. September 2023

„Wir retten Leben – wer rettet uns?“ – „Personalmangel tötet“ – „Nächste Klinik 99 km“ – „Während Corona habt ihr uns als Superhelden beklatscht und jetzt gebt ihr uns die Klatsche“ – „Krankenhäuser sind Daseinsfürsorge“ – „Pflegen Sie sich selber, wenn keine Pflegekräfte mehr da sind?“ – „Pflege ist kein Luxus, sondern Menschenrecht“.

Das sind nur einige der Protestplakate von Krankenhaus-Mitarbeitenden, die sie am 20. September 2023 bei der Kundgebung vor dem Düsseldorfer Landtag in Zielrichtung Bundesgesundheitsministerium in Händen hielten. Worum ging es bei der Veranstaltung, die die KGNW initiiert hatte?

Die Bundesregierung hatte für das Arbeitgeberlager mit den Gewerkschaften Tarif-

erhöhungen für den öffentlichen Dienst und damit auch für einen Teil des Krankenhauspersonals ab 1. März 2024 ausgehandelt. Die Erhöhung um rund zehn Prozent sahen die Krankenhäuser im Kontext der enormen Inflation als vollkommen verdient an. Doch erst verweigerte die Bundesregierung den Kliniken selbst einen echten Inflationsausgleich. Danach ließ sie die Krankenhäuser auch noch mit dieser Tarifierhöhung allein. Ein echtes Problem für die Kliniken, die Defizitspirale nahm ihren Lauf. Denn die Inflation frisst die Finanzreserven der Krankenhäuser auf. Erste Kliniken meldeten bereits Insolvenz an. Gesetzliche Vorgaben verhinderten kostendeckende Preiserhöhungen – das lässt wenig bis keinen Spielraum, um 2024 die höheren Tarife an das Krankenhauspersonal auszuzahlen.

„Lasst die Krankenhäuser nicht im Regen stehen“

Daher forderten Mitarbeitende für ihre Krankenhäuser von der Bundesregierung:

- „Kommt der gesetzlichen Pflicht nach und sorgt dafür, dass die Krankenhäuser 2024 die verdienten Tariflohnsteigerungen bezahlen können!“
- „Gebt den Krankenhäusern einen echten Inflationsausgleich!“
- „Lasst die Krankenhäuser – und damit ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – nicht im Regen stehen! Tut endlich was!“

Dieser Ruf drang von der Düsseldorfer Landtagswiese zehntausendfach nach Berlin.

Direkt aus dem Kreis der Protestierenden kam Danielle Bohm, Mitglied der Pflegedienstleitung am Klinikum Gütersloh. Sie berichtete auf der Bühne der Kundgebung von ihrer täglichen Arbeit im Krankenhaus mit den Patientinnen und Patienten. Dabei träten Menschlichkeit und Empathie leider immer mehr in den Hintergrund. Der eigene Anspruch an den Beruf leide darunter. Ihr dringlicher Appell an die Politik lautete: „Es hilft nicht, wenn jeder es den anderen in die Schuhe schiebt. Es ist

wichtig, dass sie anpacken, dass sie anfangen.“ Jetzt sei Zeit zu handeln – nicht erst in drei Jahren. Dass der Bundesgesundheitsminister nicht handle, empfänden die Beschäftigten als arrogant und empathielos, sagte Bohm unter tosendem Applaus der 10.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Die Motivation, gegen die politisch aufgezwungenen Rahmenbedingungen an ihrem Arbeitsplatz zu demonstrieren, lag

jedoch noch tiefer. Die immensen Belastungen während der mehrjährigen Corona-Pandemie hatten das Krankenhauspersonal ausgezehrt. Das Ende zahlreicher pandemiespezifischer Maßnahmen und Aufgaben für Gesundheitsorganisationen auf Landesebene im Frühjahr änderte daran für die Beschäftigten kurzfristig nichts. Die Bürokratielast, zu starre Personalvorgaben und wirtschaftliche Existenznöte lassen die Kliniken und ihre Beschäftigten oftmals verzweifeln.



Protestkundgebung der NRW-Krankenhausbeschäftigten am 20. September 2023



Starre Personaluntergrenzen in der Pflege

Ein wesentlicher Kritikpunkt der Krankenhäuser betrifft die unflexiblen, praxisfern festgelegten Personaluntergrenzen in der Pflege. Auch 2023 haben die zuständigen Gremien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bestätigt, sich wie in den Vorjahren nicht an der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen zu beteiligen. Diese Position teilte die DKG dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit. Die starren gesetzlichen Vorgaben der „Pflegepersonaluntergrenzen“ (PpUG) gemäß § 137i SGB V (Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern) bestimmen, wie viele Patientinnen und Patienten jede Pflegekraft versorgen darf. Sie unterscheiden jeweils zwischen einer Tag- und Nachtschicht, spiegeln jedoch nicht die tatsächliche Versorgungsrealität wider.

Ursprünglich hatte der Gesetzgeber geplant, dass die Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-SV im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) diese Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus gemeinsam festlegen. Die Kritik der Krankenhäuser an Vorgaben, die den Einsatz der knappen Personalressourcen erschweren und den indivi-

duellen Gegebenheiten vor Ort nicht gerecht werden, verhält jedoch seit Jahren ungehört. Nur die Krankenhäuser selbst können auf der Basis einer fundierten Pflegepersonalbemessung den erforderlichen Personaleinsatz festlegen. Das BMG hält jedoch unbeirrt an seinem Kurs fest, führte – wie seit 2019 – die gesetzlich vorgesehene Ersatzvornahme durch und erweiterte die Vorgaben mittels einer „Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2022“ um die neuen pflegesensitiven Bereiche Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Rheumatologie und Urologie.

Hickhack um die Pflegepersonalregelung 2.0

Uneinigkeit zwischen den Krankenhäusern und der Politik herrscht nach wie vor beim Pflegepersonalbemessungsinstrument. Das Ringen zwischen DKG, Deutschem Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di auf der einen und dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf der anderen Seite beim Thema Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument ging 2023 in die nächste Runde. Die DKG hatte gefordert, die derzeitigen Pflegepersonaluntergrenzen durch das eigens erarbeitete Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument (PPR 2.0) zu ersetzen. Nach mehr als zwei Jahren waren die DKG-Forderungen scheinbar im BMG erhört worden: Im

August 2022 lag ein erster Referentenentwurf vor. Dieser verursachte jedoch bei näherer Betrachtung einen Flickenteppich an Regelungen mit vielfältigen Sanktions- und Dokumentationsregelungen. Denn Pflegepersonaluntergrenzen und Personalquotienten sollten parallel bestehen und zugleich Krankenhäuser mit tarifvertraglich vereinbarten Personalvorgaben ausgenommen werden können.

Im Folgenden beauftragte das BMG die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (KPMG), die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und die Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 in deutschen Krankenhäusern zu erproben. Als Ziel wurde „die empirische Auswertung von Daten zur Ist- und Sollbesetzung nach (Kinder-) PPR 2.0 sowie zum vorhandenen Qualifikationsmix“ ausgegeben. Die dreimonatige Erprobungsphase gemäß § 137k Absatz 2 SGB V endete am 31. Juli 2023. Rund 250 Krankenhäuser nahmen bundesweit teil, darunter waren auch einige gesetzlich dazu verpflichtet worden. Den Abschlussbericht veröffentlichte das BMG am 31. August 2023. Die teilnehmenden Einrichtungen bewerteten die PPR 2.0 insgesamt positiv. Sie sahen jedoch die Notwendigkeit, dass die Anwendungsvorschriften im Sinne eines lernenden Systems weiter anzupassen seien. Nur so lasse sich eine einheitliche Anwendung und Einstufungsqualität bei einer verbindlichen Nutzung gewährleisten.

Update: Pflegekammer NRW im ersten Jahr

Die konstituierende Sitzung der ersten Kammerversammlung der Pflegekammer NRW fand im Dezember 2022 statt. Ende Februar 2023 wählten die Vertreterinnen und Vertreter der professionellen Pflege dann einstimmig Sandra Postel zur ersten Präsidentin der Pflegekammer NRW und Jens Albrecht zum Vizepräsidenten. Beide hatten bereits dem Vorstand des Errichtungsausschusses angehört. Damit wurde die Pflegekammer handlungsfähig. Nach einem Jahr zog die Pflegekammer NRW ein erstes Fazit ihrer Tätigkeit: „Die Politik kommt nicht mehr an der Pflege vorbei. Wir sitzen mit am Tisch, wenn die großen

Budgets beschlossen und Veränderungen ausgehandelt werden, die unser Berufsbild betreffen. Das schafft Selbstbewusstsein, Zuversicht und für die Pflegefachpersonen im Land einen echten Mehrwert“, sagte Sandra Postel (Bild).

Zum damaligen Zeitpunkt im Dezember 2023 waren rund 228.000 Pflegefachpersonen in der Kammer gemeldet. Sie waren in über 25 Gremien vertreten, wurden von Ministerium und Landtag angehört. Ausgewählte Themen: Gewaltprävention und Stärkung pflegender Angehöriger. „Wir stören, wenn es sein muss, schreiben Stellungnahmen, stehen für Medienanfragen als Stimme der Pflege parat“, sagte die Präsidentin. Die Pflegekammer stellt auch

eine Art Berufsaufsicht über die Pflege dar. Ein besonderes Highlight bedeutete 2023 die Verabschiedung der Weiterbildungsordnung (WBO) für die Pflege – erstmals von den Pflegefachpersonen selbst bestimmt. Die nordrhein-westfälische Landesregierung hat für den weiteren Aufbau der Pflegekammer bis Juli 2027 insgesamt 31,9 Millionen Euro versprochen.

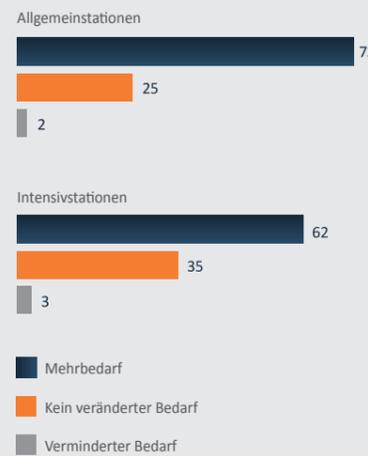
Sandra Postel, Präsidentin der Pflegekammer NRW



Fachkräfte aus dem Ausland gegen den Personalmangel

Um dem Fachkräftemangel im Pflegebereich zu begegnen, greifen zahlreiche Kliniken auf Fachkräfte aus dem Ausland zurück. Im Durchschnitt beschäftigt jedes Krankenhaus gemäß Krankenhaus-Barometer 2021 etwa 20 ausländische Pflegekräfte auf Allgemein- und drei ausländische Pflegekräfte auf den Intensivstationen. Drei von vier Kliniken sehen einen Mehrbedarf an ausländischen Pflegefachkräften in den nächsten drei Jahren auf ihren Intensivstationen stellen rund 60 Prozent der Krankenhäuser einen Mehrbedarf fest.

Einschätzung des zukünftigen Bedarfs (in den nächsten drei Jahren) an ausländischen Pflegekräften auf Allgemein- und Intensivstationen (Krankenhäuser in %)



Die Konzierte Aktion Pflege (KAP) setzt sich systematisch und gezielt mit dem Thema Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland auseinander und veröffentlichte dazu 2020 und 2021 zwei Berichte. Die KAP ist 2018 vom Bundesgesundheitsministerium initiiert worden und wird seitdem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie

vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales mitgetragen. Auf Landesebene beschäftigen sich seit 2019 verschiedene Trägerverbände, darunter die KGNW, mit dem Thema im Rahmen einer Landesarbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS).

Im Jahr 2020 trat das Fachkräfteeinwanderungsgesetz in Kraft. Hierin werden die Zuständigkeiten bei zentralen Ausländerbehörden gebündelt. Dadurch ist ein sogenanntes beschleunigtes Fachkräfteverfahren für Arbeitgeber mit planungssicheren Fristen möglich.

Ab Juni 2024, so beschloss es der Bundestag 2023, gibt es dazu eine wichtige Neuerung. Vor allem die sogenannte Westbalkanregelung ist darin angepasst: Danach dürfen jährlich nun bis zu 50.000 Arbeitskräfte aus den Westbalkanstaaten (Albanien, Bosnien & Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Nordmazedonien und Serbien) nach Deutschland kommen, um eine Tätigkeit aufzunehmen, anstatt der bisherigen 25.000 – und das grundsätzlich unabhängig von einer Anerkennung fachlicher Qualifikationen; es sei denn, es handelt sich um einen reglementierten Beruf wie Pflegefachkraft oder Arzt/Ärztin.

DMP mit Vorbildcharakter

Mehr Verantwortung übernehmen Pflegekräfte und Ärzteschaft im Krankenhaus auch im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP). Sie bieten ein Paradebeispiel dafür, wie sich gute Rahmenvorgaben positiv auf die Gesundheitsversorgung auswirken. Dabei handelt es sich um strukturierte Behandlungsprogramme, die sich an chronisch kranke, gesetzlich versicherte Menschen richten. Diese profitieren von einer interdisziplinären, sektorenübergreifenden und qualitativ hochwertigen Behandlung gesetzlich Krankversicherter. Die Anforderungen an das jeweilige DMP gießt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in eine Richtlinie mit bundesweiten Vorgaben. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ist für die Prüfung und Zulassung der einzelnen DMP verantwortlich. Bis ein DMP für ein bestimmtes Krankheitsbild in einer Region, in Nord-

rhein-Westfalen den Gebieten Nordrhein und Westfalen-Lippe startet, können jedoch Jahre vergehen. Denn zunächst müssen sich die jeweiligen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen einigen und einen Vertrag schließen. Dauern die Verhandlungen noch an, werden die DMP nicht eingeführt. Das galt 2023 etwa bei Chronischer Herzinsuffizienz und Osteoporose. Beim DMP Osteoporose stand zudem eine fachliche Klärung beim BAS aus.

Stand 2023 gab es in Nordrhein und Westfalen-Lippe folgende Disease-Management-Programme:

- Asthma bronchiale/COPD
- Brustkrebs
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzkrankheit (KHK)

Vom G-BA beschlossen, aber 2023 noch nicht in Nordrhein und Westfalen-Lippe umgesetzt, waren DMP für:

- Depression
- Chronischer Rückenschmerz
- Rheumatoide Arthritis
- Adipositas bei Erwachsenen

Zudem ergeben sich regelmäßige Anpassungen, beispielsweise bei den Teilnahmevoraussetzungen für Krankenhäuser: So veränderten sich per 1. Oktober 2023 die Strukturvoraussetzungen der beteiligten Krankenhäuser bei den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 für beide Landesteile. Hintergrund: Das BAS drängte darauf, bereits in den Weiterbildungs-Curricula erfolgte Änderungen zu den Diabetologinnen und Diabetologen sowie den Diabetesberaterinnen und -beratern auch in den beiden DMP zu berücksichtigen.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) unterstützte und beriet 2023 bei der Erstellung des Qualitätssicherungsberichtes durch die DMP-Redaktionsgruppe und die Bewertung von strukturierten Feedbackberichten für die an den DMP teilnehmenden Arztpraxen.

Modellprojekt MeKidS.best verbessert Kinderschutz

Es waren alarmierende Zahlen aus dem Jahr 2022, die Kerstin Claus, Unabhängige Bundesbeauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, im Mai 2023 der Öffentlichkeit präsentierte. Zahlen, die das Leid der betroffenen Kinder aber nicht annähernd erfassen können:

- 101 Kinder getötet
- 17.437 Kinder Opfer sexueller Gewalt
- 15.520 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs
- 48.800 registrierte Fälle von Missbrauchsdarstellungen von Kindern und Jugendlichen im Internet – eine Verzwölfachung gegenüber 2018

Und das sind nur die polizeilich erfassten Fälle. Medizinische Versorgungseinrichtungen sind ein wichtiger Baustein, um körperliche und psychische Misshandlung, sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig aufzudecken und zu helfen. In der Regelversorgung jedoch sind standardisierte Prozesse noch eine Seltenheit. Daher etablierte sich 2019 das vierjährige Innovationsfondsprojekt „MeKidS.best – Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet“. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) unterstützte die erfolgreiche Projektumsetzung im Beirat.

Ziel des geförderten Projekts war es, medizinischen Kinderschutz erstmals zu standardisieren, sektorenübergreifende, lokale sowie regionale Netzwerke auszubauen, zu erproben und zu evaluieren. Am Modellprojekt MeKidS.best nahmen 15 pädiatrische Praxen sowie neun Kinder- und Jugendkliniken und 20 Jugendämter im Ruhrgebiet teil. Ohne die Corona-Pandemie wären es sicherlich viel mehr gewesen.

Neue Standards auf zwei Ebenen

Klar wurde schon früh: Eins zu eins lassen sich die Erkenntnisse nicht auf alle medizinischen Einrichtungen bundesweit übertragen. Nicht überall stehen Gelder und freie Kapazitäten zur Verfügung, um Strukturen und Netzwerke zu schaffen. Im

Modellprojekt haben sich aber Standards auf Verfahrensebene und auf Strukturebene bewährt:

Verfahrensebene:

- Einschätzung des Gefährdungsrisikos
- Verdachtsformulierung durch Jugendamt/andere Berufsheimnisträgerinnen und -träger, auch im Kontext einer anderen medizinischen Fragestellung, durch Aussagen der Opfer selbst oder einer Vertrauensperson, bei bestimmten Risikokonstellationen im (familiären) Umfeld oder weiteren Auffälligkeiten bei der Untersuchung

Strukturebene:

- Einheitliche, sektorenübergreifende Vorgehensweise in der Zusammenarbeit mit klaren Regelungen zu Überleitungsprozessen und Kooperationen
- In Kinder- und Jugendkliniken: Erkennung von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung, Durchführung von Anamnese und Diagnostik, gegebenenfalls stationäre Aufnahme
- Lösungen für eine Versorgung außerhalb der Arbeitszeiten der Kinderschutzgruppen

Die vier Schritte des Implementierungsprozesses:

1. Bedarfsanalyse
2. Installieren von Strukturen
3. Umsetzung
4. Reflexion

Beim Abschlusskongress im August 2023 zeigte sich deutlich: Da, wo Standards im medizinischen Kinderschutz gesetzt worden sind, verbessert sich die Versorgungsqualität deutlich. Eine Regelfinanzierung ist dazu notwendig. Bisher fand ein solches Projekt nur in Nordrhein-Westfalen statt. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann stellte jedoch eine Ausweitung in Aussicht und erwähnte, dass die Gesundheitsministerkonferenz oder auch der Bundesrat entsprechende Beschlüsse fassen könnten.

”

Drei Fragen an Dr. Tanja Brüning, Leiterin der Abteilung für Kinderschutz an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln

Welche Fälle von Gewalt gegen Kinder kommen in Ihrem stationären Alltag vor?

Dr. Brüning: Nicht nur körperliche und sexualisierte Gewalt, sondern auch Vernachlässigung verursacht Schäden. Anzeichen für eine Gefährdung können äußerlich sichtbar sein. Gerade aber auch Äußerungen von Kindern oder Hinweise auf Vernachlässigung oder Überforderung von Familien sollten dringend ernst genommen werden.

Wie kann ein Projekt wie MeKidS.best den Opfern helfen?

Dr. Brüning: Die medizinische Abklärung einer Kindeswohlgefährdung muss auf einer wissenschaftlich fundierten Grundlage erfolgen. MeKidS.best konnte zeigen, dass mit einem fest vorgehaltenen und gut ausgebildeten multiprofessionellen Team im Gesundheitswesen und einem Netzwerk aus Jugendhilfe, Polizei und dem Gesundheitswesen gelingender Kinderschutz möglich und notwendig ist.

Ihr Ausblick?

Dr. Brüning: Schutz von Kindern vor Gewalt kann nur multiprofessionell und sektorenübergreifend gelingen. Im MeKidS.best-Projekt konnten wir benennen, was wir benötigen: die Verankerung von medizinischem Kinderschutz in der Regelversorgung, gute Aus-, Fort- und Weiterbildung zu diesem Thema, qualifiziertes Personal und eine intensive Netzwerkarbeit.



Dr. Tanja Brüning

Von der Wiege bis zur Bahre: Formulare, Formulare ...

Zahlreiche Vorschriften führen zu Bürokratie-Irrsinn in Krankenhäusern

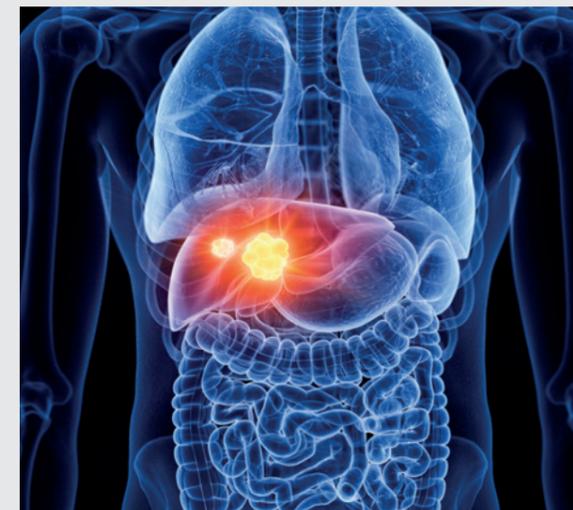
Menschen mit schwerwiegender Erkrankung sind auf spezialisierte medizinische Behandlung angewiesen. Für ihre Versorgung schuf der Gesetzgeber 2012 die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV). Das Ziel dahinter: Interdisziplinäre Ärzteteams aus Vertragspraxen und Krankenhäusern übernehmen gemeinsam die ambulante Versorgung. Die Richtlinie über die ASV mit den Rahmenbedingungen erstellt und aktualisiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Gesetzliche Grundlage bildet der 2012 neu gefasste § 116b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

Die ASV startete 2014 mit der Behandlung von zwei Krankheitsbildern, inzwischen sind es 20.

Die ASV-Richtlinie umfasst in ihrer aktuellen Fassung 166 Seiten. Auf den ersten 17 Seiten stehen allgemeine – erkrankungsübergreifende – Bestimmungen. Dann folgen zu jedem der bis jetzt beschlossenen Krankheitsbilder detaillierte Anforderungen. Der G-BA passt jährlich die Appendizes der Erkrankungen dem aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab an und führt kontinuierlich über das gesamte Jahr Änderungen in der ASV-RL und ihren Anlagen durch.

Meiste ASV-Teams in der Onkologie

Die Entwicklung bei den berechtigten ASV-Teams von 2017 bis 2023 zeigt sich beispielhaft bei Gynäkologischen Tumoren: In Kraft getreten am 10. August 2016, waren es 2017 in NRW (aufgeteilt auf Nordrhein und Westfalen-Lippe) gerade einmal zwei berechnete Teams. 2019 folgte der Sprung auf 34 Berechtigungen, im Jahr darauf waren es 37, bis zum 31. Dezember 2023 schon 50. Mehr berechnete ASV-Teams gibt es in NRW nur beim Krankheitsbild „Gastrointestinale Tumoren + Tumoren der Bauchhöhle“ mit 61. Auch hier ist der Bedarf hoch. Auf Platz drei liegen „Urologische Tumoren“.



Bedarf bei der Behandlung gastrointestinaler Tumoren (hier: Leberkrebs) im ASV-Bereich besonders hoch



Die Behandlung des Marfan-Syndroms, einer seltenen Bindegewebserkrankung mit genetischer Ursache, ist nun auch für die ASV vorgesehen

Jede Neu- und Änderungsanzeige ist dem koordinierenden erweiterten Landesausschuss (eLA) zeitnah zu melden. Die ASV-Zulassung für das gesamte Team ist gefährdet, wenn eine vom G-BA geforderte Facharztgruppe nicht mehr besetzt ist. Die KGNW empfiehlt daher immer Mehrfachbenennungen zu einer personellen Besetzung. Das erklärt die hohe Anzahl von Änderungsanzeigen.

Berechtigte ASV-Teams in Nordrhein-Westfalen 2017 bis 2023

G-BA-Beschlüsse zur ASV			2017 berechnete Teams			2018 berechnete Teams			2019 berechnete Teams			2020 berechnete Teams			2021 berechnete Teams			2022 berechnete Teams			2023 berechnete Teams		
G-BA-Anlage	Erkrankungsbild	Inkrafttreten [Ablauf Altbestimmungen]	NRW (gesamt)			NRW (gesamt)																	
			Nordrhein	Westfalen-Lippe		Nordrhein	Westfalen-Lippe		Nordrhein	Westfalen-Lippe		Nordrhein	Westfalen-Lippe		Nordrhein	Westfalen-Lippe		Nordrhein	Westfalen-Lippe		Nordrhein	Westfalen-Lippe	
1.1a [TG 1]	Gastrointestinale Tumoren + Tumoren der Bauchhöhle	26.07.2014 [25.07.2017]	41	20	21	46	25	21	50	28	22	52	29	23	55	32	23	57	33	24	61	35	26
1.1a [TG 2]	Gynäkologische Tumoren	10.08.2016 [09.08.2019]	2	1	1	6	3	3	34	16	18	37	18	19	42	20	22	44	21	23	50	23	27
1.1a [TG 3]	Urologische Tumoren	26.04.2018 [25.04.2021]				1	1	0	6	4	2	12	9	3	25	16	9	31	18	13	35	22	13
1.1a [TG 4]	Hauttumoren	11.05.2019 [10.05.2022]							0	0		2	1	1	4	3	1	12	8	4	12	8	4
1.1a [TG 5]	Tumoren der Lunge und des Thorax	07.04.2020 [06.04.2023]										4	3	1	10	6	4	15	7	8	31	18	13
1.1a [TG 6]	Kopf- oder Halstumoren	06.05.2021 [05.05.2024]													0	1	0	0	2	1	5	3	2
1.1a [TG 7]	Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	27.04.2022 [26.04.2025]																0	0	0	2	0	2
1.1a [TG 8]	Knochen- und Weichteiltumoren	03.05.2023 [02.05.2026]																			0	0	0
1.1b	Rheumatische Erkrankungen	19.04.2018 [18.04.2021]				2	1	1	10	4	6	12	5	7	13	6	7	16	9	7	16	9	7
1.1c	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	30.04.2022 [29.04.2025]																0	1	1	10	5	5
1.2a	Multiple Sklerose	18.07.2023 [17.07.2026]																			1	1	0
2a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	24.04.2014 [23.04.2017]	10	7	3	11	7	4	11	7	4	12	7	5	16	9	7	19	11	8	20	12	8
2b	Mukoviszidose	18.03.2017 [17.03.2020]	0	0	0	1	1	0	3	3	0	5	4	1	5	4	1	5	4	1	5	4	1
2c	Hämophilie	04.07.2019 [03.07.2022]										0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
2d	Neuromuskuläre Erkrankungen	06.05.2021 [05.05.2024]													0	0	0	5	2	3	9	6	3
2e	Schw. immunologische Erkrankungen – Sarkoidose	07.04.2020 [06.04.2023]										1	1	0	8	5	3	10	5	5	11	5	6
2h	Morbus Wilson	12.06.2018 [11.06.2021]				1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
2k	Marfan Syndrom	30.06.2015 [29.06.2018]	0	0	0	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
2l	Pulmonale Hypertonie	01.06.2016 [31.05.2019]	2	2	0	3	2	1	11	5	6	11	6	5	14	6	8	14	6	8	16	7	9
2o	Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	16.08.2018 [15.08.2021]				1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	5	4	1	5	4	1
Stand 31.12.2023	NRW gesamt		55	30	25	74	41	31	127	68	59	150	84	66	197	110	88	237	133	109	293	164	129
			Neuanzeigen			Neuanzeigen			Neuanzeigen			Neuanzeigen			Neuanzeigen			Neuanzeigen			Neuanzeigen		



MDK-Reformgesetz: Aufwands-pauschalen, Abschlagszahlung und Prüfquoten

Im Zuge des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz), das 2020 in Kraft trat, wurde § 275c im SGB V eingefügt. Zwei besonders gravierende Vorschriften betreffen die dort festgelegten Prüfquoten sowie Aufschlagszahlungen. Die Krankenkassen erhalten demnach für jede geminderte Rechnung nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst mindestens 300 Euro „Aufschlag“, verbunden mit einer hoch komplizierten Höchstgrenzenberechnung. Auf der anderen Seite bekommen die Krankenhäuser für jede nicht geminderte Rechnung

eine „Aufwandspauschale“ von ebenfalls 300 Euro. Ein bürokratisches Ungetüm, das bei allen Beteiligten am Ende nur für enormen administrativen Aufwand sorgt und zudem auch noch die Sozialgerichte (über den Instanzenzug) in unzähligen Verfahren bindet. Daher forderte die KGNW im Jahre 2023, beide Sanktionen gemeinsam aufzuheben. Außerdem bestimmt seit 2022 der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus aus dem vorherigen Quartal die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote. Seit 2022 gelten laut § 275c Abs. 2 SGB V folgende Quoten:

- bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, „wenn der Anteil unbeanstan-

deter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 60 Prozent oder mehr liegt“

- bis zu 10 Prozent bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent
- bis zu 15 Prozent bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent

Dieser alle belastende Bürokratieaufwand kann letztlich nur durch Absenkung bestehender Prüfquoten oder einheitliche Begrenzung der Prüfquote unterhalb von 5 Prozent reduziert werden.

Im Namen des Volkes: wichtige Rechtsprechungen von 2023

Sozialgerichtsbarkeit

Verjährung bei Aufwandspauschalen (BSG, Urteil vom 12.12.2023 – Az.: B 1 KR 32/22 R):
Die in § 109 Abs. 5 S. 1 SGB V geregelte, kurze zweijährige Verjährungsfrist bei Anspruch auf Vergütung ist ab dem 1. Januar 2019 auf Aufwandspauschalen analog anzuwenden.

Verweigerung von Vergütung (BSG, Urteil vom 12.12.2023 – B 1 KR 1/23 R):
Die Krankenkassen können die Zahlung der Krankenhausvergütung verweigern, wenn für sie feststeht, dass kein Vergütungsanspruch besteht. Die Krankenkasse muss zudem kein MD-Prüfverfahren durchführen. Tut sie dies nicht, ist in einem Gerichtsverfahren die Ermittlungspflicht des Gerichts beschränkt und für das Krankenhaus können sich Beweiserleichterungen ergeben.

Aufschlagszahlung (BSG, Urteil vom 19.10.2023 – B 1 KR 8/23 R):
Die Geltendmachung des Aufschlags nach § 275c Abs. 3 SGB V kommt nur für diejenigen Abrechnungsprüfungen in Betracht, die von der Krankenkasse ab dem 1. Januar 2022 eingeleitet worden sind. Relevanter Zeitpunkt für die Prüfungseinleitung ist die Erteilung des Prüfauftrages der Krankenkasse an den MD, durch die sich die Einleitung der Rechnungsprüfung nach außen manifestiert.

Strahlentherapie (BSG, Urteil vom 29.08.2023 – B 1 KR 18/22 R):
Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter sind nur dann als eigenständige Operationen und Prozeduren kodierfähig, wenn das Krankenhaus sie nach dem Inhalt seines Versorgungsauftrages auch selbst erbringen durfte.



Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen



Bundessozialgericht (BSG)



Bundesgerichtshof (BGH)



Richterinnen und Richter des Bundesarbeitsgerichts (BAG)



Europäischer Gerichtshof (EuGH)

„Schockraumurteil“

(BSG, Urteil vom 29.08.2023 – B 1 KR 15/22 R):

Das BSG hat die Voraussetzungen für die stationäre Aufnahme bei Notfallbehandlungen in einem Schockraum oder auf einer Schlaganfallstation (stroke unit) abgesenkt. Danach können Krankenhäuser Notfallbehandlungen, die bisher nur ambulant abgerechnet werden konnten, vermehrt stationär abrechnen.

Fallzusammenführungen

(BSG, Urteil vom 11.05.2023 – B 1 KR 10/22 R):

Bei Fallzusammenführungen ist ab dem 1. Januar 2019 die Regelung des § 8 Abs. 5 S. 3 KHEntgG zu beachten. Die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots erfolgt in diesem Zusammenhang nur durch die als maßgeblich anzusehende Fallpauschalenvereinbarung (FPV).

Landesvertragliches Aufrechnungsverbot

(BSG, Urteil vom 11.05.2023 B 1 KR 14/22 R):

Das Aufrechnungsverbot im Landesvertrag NRW wurde wirksam vereinbart.

Aufwandspauschale

(BSG, Urteil vom 07.03.2023 – B 1 KR 11/22 R):

Liefert das Krankenhaus im Fall des Überschreitens der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer (§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V) auf Anforderung der Krankenkasse keine medizinische Begründung, hat das Krankenhaus nach einer MD-Prüfung keinen Anspruch auf eine Aufwandspauschale (Veranlassung der Prüfung).

Verlegung

(BSG, Urteil vom 07.03.2023 – B 1 KR 4/22 R und Beschluss vom 29.08.2023 – B 1 KR 18/22 B):

Bei Verlegungen kann ein Schadensersatzanspruch der Krankenkassen bestehen, wenn kein sachlicher Grund (zwingende medizinische Gründe, zwingende Gründe in der Person des Versicherten sowie übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer

qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern) für die Verlegung bestand.

Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten

(BSG, Urteil vom 26.04.2022 – B 1 KR 5/21 R):

Die in § 39 Abs. 1 SGB V genannten Arten der Leistungserbringung stehen in einem Stufenverhältnis zueinander. Ist eine Behandlung auf der abgerechneten Stufe (zum Beispiel vollstationäre Behandlung) nicht erforderlich, kommt nach den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens eine Vergütung nach Maßgabe der niedrigeren Stufe (beispielsweise teilstationäre Behandlung) in Betracht.

Aufschlagszahlungen

(LSG NRW, Beschluss vom 09.11.2023 – L 10 KR 246/23 NZB KH):

Die Aufrechnung von Aufschlagszahlungen nach § 275c Abs. 3 SGB V ist aufgrund des landesrechtlichen Aufrechnungsverbots nach § 15 Abs. 4 des NRW-Landesvertrags nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V unzulässig.

Qualitätssicherung

(LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 12.10.2023 – L 6 KR 75/21 (Revision anhängig beim BSG: B 1 KR 30/23 R)):

Werden die Anforderungen von Qualitätssicherungs-Richtlinien (hier Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen/MHI-RL) teilweise nicht eingehalten, entfällt der Vergütungsanspruch nicht vollständig.

Persönliche Anwesenheit

(LSG Sachsen, Urteil vom 14.06.2023 – L 1 KR 539/20 (Revision anhängig beim BSG: B 1 KR 20/23 R)):

Bei OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) 8-980 (Version 2015, intensivmedizinische Komplexbehandlung) ist für die Behandlungsleitung (Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“) die tägliche persönliche Anwesenheit erforderlich.

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

(LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.12.2023 – L 5 KR 3223/22 (Revision anhängig beim BSG: B 1 KR 3/24 R)):

Die Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung zur Ausweisung pflegesensitiver Bereiche in Krankenhäusern verstoßen gegen höherrangiges Recht und sind rechtswidrig, weil die Rechtsverordnung – entgegen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage – keine Differenzierung nach Schweregraden vornimmt.

Zivilgerichtsbarkeit

Corona-Testung

(AG Hamburg-Altona, Urteil vom 11.07.2023 – 318b C 65/22):

Die Kosten für Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei stationärer Behandlung im Krankenhaus können als wahlärztliche Leistung gegenüber Patientinnen und Patienten abgerechnet werden. Dies gilt auch dann, wenn Anlass der stationären Aufnahme der Wahlleistungspatientin/des -patienten ein anderes Krankheitsbild als eine COVID-19-Infektion war, die Probe auf Veranlassung des Wahlarztes durch eine externe Laborgesellschaft untersucht und befundet wurde und die Testungen gemäß § 1 Abs. 1 KHEntgG, § 26 KHG mittels Zusatzentgelt vergütet werden.

Risikoaufklärung

(BGH, Urteil vom 20.12.2022 – VI ZR 375/21):

Im Rahmen der Risikoaufklärung ist keine vor der Einwilligung in den Eingriff einzuhaltende „Sperrfrist“ vorgesehen, deren Nichteinhaltung zur Unwirksamkeit der Einwilligung führen würde. Es gibt kein Erfordernis, wonach zwischen Aufklärung und Einwilligung ein bestimmter Zeitraum liegen müsste.

Betriebsschließungsversicherung

(BGH, Urteil vom 18.01.2023 – IV ZR 465/21):

Wird in den Versicherungsbedingungen einer Betriebsschließ-

ungsversicherung als Leistungsvoraussetzung eine Betriebschließung aufgrund von Krankheiten oder Krankheitsereignissen gemäß §§ 6 und 7 IfSG (Infektionsschutzgesetz) definiert, besteht eine Leistungspflicht des Versicherers für eine COVID-19-bedingte Betriebsschließung erst ab dem Zeitpunkt, ab dem diese Krankheit in die §§ 6 und 7 IfSG aufgenommen wurde, mithin ab dem 23. Mai 2020.

Arbeitsgerichtsbarkeit

Personalunion Datenschutz/Betriebsrat

(BAG, Urteil vom 06.06.2023 – 9 AZR 383/19):

Das BAG hat entschieden, dass die Pflichten eines Datenschutzbeauftragten mit denen eines Betriebsratsvorsitzenden nicht zu vereinbaren sind. Der bei gleichzeitiger Wahrnehmung beider Funktionen bestehende Interessenkonflikt rechtfertigt es, die Bestellung des Betriebsratsvorsitzenden zum Datenschutzbeauftragten zu widerrufen.

Europäischer Gerichtshof

Patientenakten

(EuGH, Urteil vom 26.10.2023 – C-307/22):

Der seit Geltungsbeginn der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bestehende Streit zwischen dem Verhältnis des Rechts auf Herausgabe von Patientenakten nach § 630g BGB und Art. 15 DS-GVO ist durch die Entscheidung des EuGH geklärt, wonach Patientinnen und Patienten nicht mehr gemäß § 630g Abs. 2 S. 2 BGB Kosten für Abschriften von Patientenakten auferlegt werden können. Vielmehr ist die erste zur Verfügung gestellte Kopie unentgeltlich zu erteilen, die Patientin oder der Patient hat sein Herausgabebegehren nicht zu begründen sowie Anspruch auf eine vollständige Kopie der Akte.



Schiedsstellen nach § 18a KHG



In Nordrhein-Westfalen waren 2023 insgesamt 19 Verfahren anhängig: zwei in Westfalen-Lippe und 17 im Rheinland.

Wesentliche Streitpunkte bei diesen Verfahren waren:

- die Vergütungen für Sozialpädiatrische Zentren,
- die Instandhaltungspauschale nach § 17 Abs. 4b Satz 3 KHG,
- die krankenspezifischen Basisentgeltwerte mit und ohne Ausgleich nach B2 Nr. 34 der AEB-Psych,
- die Zuordnung der jeweiligen Krankenhäuser zur Basisnotfallversorgung nach der Notfallstufenvergütungsvereinbarung,
- der Fixkostendegressionsabschlag,
- der Corona-Ausgleich,
- die Gewährung von Zuschlägen für die Neueinstellung oder Aufstockung von

Pflegepersonal im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms nach 4 Abs. 8 KHEntGG.

Die anhängigen Verfahren hatten zum Teil ihre Ursprünge in vergangenen Jahren:

Die Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Rheinland hat bis 31. Dezember 2023 ihren Sitz bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW). Bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland waren 2023 insgesamt 17 Verfahren aus den Jahren 2015 bis 2023 anhängig. Davon wurden drei Verfahren nach mündlicher Verhandlung vor der Schiedsstelle durch Einigung der Vertragsparteien beendet. Vier Verfahren wurden nach mündlicher Verhandlung mit Schiedsspruch beendet. Fünf Verfahren endeten durch Rücknahme des Antrages, davon eins ohne vorangegangene Schiedsstellensitzung. Ein Verfahren ruht auf Antrag der Parteien bis zur Rechtswirksamkeit der Genehmigung der entsprechenden Budgetvereinbarungen durch die zuständige Bezirksregierung.

Vier Verfahren konnten 2023 nicht abgeschlossen werden.

Vor der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe, deren Geschäftsstelle bis 31. Dezember 2023 ihren Sitz bei der AOK NordWest hat, waren 2023 insgesamt zwei Verfahren aus den Jahren 2021 und 2022 anhängig. Davon wurde ein Verfahren ohne vorangegangene Schiedsstellensitzung durch Rücknahme des Antrages beendet. Ein Verfahren konnte nicht abgeschlossen werden.

Hinweis:

Ab 1. Januar 2024 gibt es nur noch eine Schiedsstelle für beide Landesteile Rheinland und Westfalen-Lippe gemeinsam. Die Krankenkassen und die KGNW haben sich in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium NRW (MAGS) darauf verständigt, dass diese Geschäftsstelle bei der KGNW geführt wird.

Bild- und Quellennachweise

Titel: KGNW

S. 4: KGNW

S. 6: „Wir in Linnich“ (Plakat), KGNW (Tabelle)

S. 8: Evangelisches Klinikum Niederrhein (oben), St. Johannes Hospital Dortmund, Evangelisches Klinikum Niederrhein, Klinikum Westfalen St. Marien-Hospital Hamm (unten von links nach rechts)

S. 9: KGNW (oben), C. Wolff/KGNW (unten)

S.10: KGNW (Luftaufnahme), C. Wolff/KGNW (Lauterbach-Plastik und Ingo Morell)

S. 11: KGNW (Danielle Bohm), C. Wolff/KGNW (übrige)

S. 12: C. Wolff/KGNW (beide)

S. 13: KGNW (Uhren-Grafik), KGNW (Grafik Diagramm Quelle: DKI/Deutsches Krankenhausbarometer 2023), KGNW (Foto)

S. 14: Ina Faßbender

S. 15: Ärzteblatt Online (14.02.2023) (links oben), SZ Online (14.02.2023) (links Mitte), RP Online (14.02.2023) (links unten), krankenkassen.de (14.02.2023) (rechts oben), kgnw.de (14.02.2023), Junge Welt Online (14.02.2023) (rechts unten) (Abruf 29.08.2024)

S. 16: KGNW/Prof. Dr. Boris Augurzky/Vebeto (Tabelle), Ralph Sondermann/KGNW (Foto)

S. 17: KGNW

S. 18: Wollenschläger

S. 19: MAGS

S. 20: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (Manne Lucha), Roberto Pfeil/KGNW (Raum mit Bildschirm)

S. 21: Roberto Pfeil/KGNW

S. 22/23: Roberto Pfeil/KGNW

S. 24: MAGS (Screenshots), Roberto Pfeil/KGNW (Foto)

S. 25: KGNW (Blum), WISO/Schmidt-Dominé (Laumann)

S. 26/27: BMG (Screenshot), RKI (Cover unten links), WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV (Cover oben rechts und Infografik)

S. 28/29: KGNW (alle Bilder linke Spalte), EVK Lippstadt (rechts oben), C. Wolff/KGNW (Plakat „Geiz“, Plakat „Wie weit?“, Plakat „Finanzstatus insolvent“, Foto Tilly/Morell, Foto Laumann/Menschenmenge), KGNW (Klimaschutz und Heidmeier/Fischer, Medica, Blick vom Rheinturm)

S. 30: KGNW (Logo und Grafik)

S. 31: KGNW (alle)

S. 32: KGNW (alle)

S. 33: KGNW

S. 34: KGNW (Fotos), DBU, verändert nach: SRU/UG/2012/Abb. 2–5 (Grafik)

S. 35: KGNW (alle)

S. 37: DBT/Marco Urban, BMG (Cover)

S. 38: RISE und secunet Security Networks AG (Konnektoren)

S. 39: C. Wolff/KGNW (Plakat), „Das digitale Krankenhaus“ (Infografik)

S. 40: KGNW - Wilfried Meyer

S. 41: BMG (Cover), BMG/Thomas Ecke (Foto)

S. 42: G-BA (Screenshots), Rosa Reibke/G-BA (Karin Maag)

S. 43: KGNW - Wilfried Meyer

S. 44/45: C. Wolff/KGNW (alle)

S. 46: Pflegekammer NRW

S. 47: KGNW (Grafik), DKI/Deutsches Krankenhaus Barometer 2021 (Quelle)

S. 48: MeKidS.best (Logo), Hannah Iserloh, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln (Foto)

S. 49: Marfan Hilfe (Tisch), Sebastian Kaulitzki – stock.adobe.com (Animation)

S. 50: KGNW (Tabelle)

S. 51: Bundesjustizministerium/Bundesamt für Justiz/Gesetze im Internet (Screenshot)

S. 52: Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Bundessozialgericht/Dirk Felmeden, Bundesgerichtshof/Stephan Baumann

S. 53: Bundesarbeitsgericht/M. F. Schmidt, Florian Bauer – stock.adobe.com (EUGH)

S. 54: KGNW (Grafik und Foto)

Impressum

Herausgeber: Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Geschäftsführer: Matthias Blum
Redaktion: Referat Politik, PR und Presse
Hilmar Riemenschneider
Gernot Speck
Michael Wacker

Anschrift: Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 4 78 19 - 0

Telefax: +49 211 4 78 19 - 99

E-Mail: info@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de

Gestaltung: Werbeagentur Ostermann GmbH, Euskirchen

Druck und Lektorat: addon4comm GmbH, Erkrath

KONTAKT

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 4 78 19 - 0

Telefax: +49 211 4 78 19 - 99

E-Mail: info@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de