

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

Geschäftsbericht 2012





KG NW

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
Krankenhausfinanzierung und -planung	14
Krankenhausorganisation, EDV und Statistik	31
Medizin	60
Rechts-, Vertrags- und Personalwesen	66
Politik / Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	81
Schiedsstellen nach §§ 18, 18a KHG	103
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien	108
Satzung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	135
Abkürzungsverzeichnis	147
Organigramm	152
Impressum	153
Kontakt	154



Vorbemerkung



KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum

Das Jahr 2012 war im Rückblick für die KGNW im Hinblick auf die Kampagne für eine ausreichende Krankenhausfinanzierung ein besonders ereignisreiches Jahr. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle ergab sich dies zusätzlich noch in besonderer Weise daraus, dass die Geschäftsstelle umgezogen ist und ein neues Erscheinungsbild der KGNW im Außenauftritt umgesetzt wurde.

Kampagne „Jobkiller Gesundheitspolitik“

Die gesundheitspolitischen Diskussionen auf Bundesebene wurden besonders durch das Gesetzgebungsverfahren zum Gesetz zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) bestimmt. Auch im Kontext der Tarifabschlüsse für die Beschäftigten in den Krankenhäusern rückten die mit diesem Gesetz verbundenen Forderungen der Krankenhäuser nach einer dauerhaften Finan-

zierung der Personalkostensteigerungen und nach der Einführung des seit 2009 gesetzlich verankerten Orientierungswerts in den Vordergrund. Massiv kritisiert wurden die seit 2010 beschlossenen Kürzungen im Krankenhausbereich sowie die von der Regierungskoalition vorgesehenen weiteren Kürzungsmaßnahmen für die Jahre 2013 und 2014 bei gleichzeitigen Milliardenüberschüssen der gesetzlichen Krankenkassen. Auf Bundesebene wurden vor diesem Hintergrund bundesweite Aktivitäten zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser initiiert, die maßgeblich durch die landesweite Kampagne „Jobkiller Gesundheitspolitik“ der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser unter Federführung der KGNW getragen wurden. Die Landtagswahl NRW am 13.05.2012 bildete den politischen Hintergrund für die Umsetzung der landesweiten Kampagne „Jobkiller Gesundheitspolitik“, die in einer Großveranstaltung am 25.04.2012 mit über 3.500 Teilnehmern gipfelte.

Im Ergebnis wurde durch die Landtagswahl 2012 die Koalition aus SPD und Grünen bestätigt. Beide Parteien haben am 15.06.2012 dem Koalitionsvertrag „Verantwortung für ein starkes NRW – Miteinander die Zukunft gestalten“ zugestimmt. Das Kabinett unter Ministerpräsidentin Hannelore Kraft wurde am 21.06.2012 vorgestellt. Neue und alte Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter ist Barbara Steffens. Die Ministerin hob als Ziel ihrer Gesundheitspolitik „eine flächendeckende, bedarfsgerechte und ohne Hürden zugängliche gesundheitliche und medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in NRW – unabhängig von sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht“ hervor.

Im Zusammenhang mit den Landtagswahlen hatte der Vorstand der KGNW einen einstimmigen Beschluss zur Durchführung öffentlichkeitswirksamer Aktivitäten gefasst, damit die Darstellung der finanziellen Problemlagen vieler Kliniken und die damit verbundenen gravierenden Folgen für die Patientenversorgung mit Nachdruck im politischen Raum und in der breiten Öffentlichkeit platziert werden und die erhoffte politische Signalwirkung zur Realisierung der Krankenhausforderungen erreicht werden konnte.

Die KGNW hat im Rahmen der Kampagne auf der Grundlage eines entsprechenden Vorstandsbeschlusses über eine Agentur in 167 Städten Großflächen für fast 3.100 Plakate gebucht. Mit diesen Großflächenplakaten wurden vom 17.04.2012 bis 30.04.2012 überwiegend an markanten und hoch frequentierten Orten die Botschaften der Krankenhäuser transportiert. Die Kampagne mit ihren Hintergründen wurde am 18.04.2012 im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt.

Die KGNW stellte zudem den Krankenhäusern Plakate in DIN-A1- und A2-Format zum Aushang in den Kliniken, Vorlagen für Schaltungen von Anzeigen in den örtlichen Medien, Muster-schreiben für die Bundestagsabgeordneten und die Kandidaten für die Landtagswahl NRW sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. In einer Sonderausgabe von KGNW Kompakt, einem Informationsmedium der Krankenhausgesellschaft, wurde noch einmal detailliert über die Forderungen der Krankenhäuser informiert, die mit Zahlen, Daten und Fakten belegt wurden.

Die immer wieder aufkommenden Vorwürfe hinsichtlich der Leistungsentwicklung in den Kliniken, der Organspendeskandal sowie die Personalsituation in den Kliniken im ärztlichen und pflegerischen Bereich erforderten eine eindeutige Positionierung im Interesse der Kliniken.

Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene waren aufgefordert, ein neues Vergütungssystem für allgemeine Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln. Das InEK wurde mit der Entwicklung des Vergütungssystems beauftragt und spätestens im dritten Quartal 2012 sollten die Abrechnungsbestimmungen vereinbart werden.

Im Rahmen der Entwicklung eines grundlegend neuen Systems haben sich in der ersten Jahreshälfte 2012 Fragen gestellt, die im Vorfeld der Datenauswertungen durch das InEK von den Vertragspartnern zu klären waren. Nach intensiven Vorberatungen der Selbstverwaltung mit dem InEK und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit haben die Vertragspartner eine Ergänzung zur „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)“ geschlossen. Im Mittelpunkt der Ergänzungsvereinbarung stand die Vorgabe eines fallbezogenen

Gruppierungsalgorithmus für die Zuordnung von Patientengruppen und Behandlungsleistungen zu Tagespauschalen. Hiermit war die Erwartung verbunden, dass bei einer fallbezogenen Gruppierung ein robusteres System, ein geringerer administrativer Aufwand und eine breitere Datenbasis für die Systementwicklung als bei einer tagesbezogenen Gruppierung zu erreichen ist. Der Deutsche Bundestag hat am 14.06.2012 das „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) verabschiedet.

Der erste Entwurf für das pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik 2013 (PEPP-Entgeltkatalog) wurde innerhalb der Gremien der KGNW intensiv diskutiert. Die KGNW kam ebenso wie der Vorstand der DKG zu dem Schluss, dass dem Katalog so nicht zugestimmt werden kann. Ausschlaggebend für die Entscheidung waren die ernsthaften Bedenken zu den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Versorgungsstrukturen.

Die wesentlichen Kritikpunkte am Katalogentwurf 2013 beinhalten u. a. den nicht ausreichenden Differenzierungsgrad des Entgeltkatalogs, die nicht ausreichende Abbildung der Psychosomatik und von Suchterkrankungen und die verweildauerabhängige Vergütung.

Verbunden mit der Ablehnung des PEPP-Entgeltkatalogs wurde dem BMG weiterhin mitgeteilt, dass angesichts der grundsätzlichen Bedenken gegen den Entgeltkatalog, trotz eines zwischen den Selbstverwaltungspartnern

auf Bundesebene gefundenen Konsenses, die Abrechnungsbestimmungen für das Jahr 2013 ebenfalls nicht vereinbart werden können. Eine Ersatzvornahme durch das BMG wird abgelehnt.

Um einen tragfähigen Katalog für einen optionalen Einstieg bereitstellen zu können, war es aus Sicht der KGNW notwendig, die gesetzlich geregelten Einführungsphasen um zwei Jahre zu verschieben. Um bis dahin die Entwicklung eines tragfähigen Katalogs zu ermöglichen, hat die DKG dem BMG gegenüber betont, sich für eine breite Beteiligung der Krankenhäuser an dem Kalkulationsverfahren einzusetzen, damit die Datenbasis verbessert werden kann.

Im Vorfeld der Anhörung zum Referentenentwurf der Bundesregierung für eine „Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 – PEPPV 2013)“, die am 12.11.2012 im BMG stattfand, hat die DKG unter Mitwirkung der KGNW dem BMG eine Stellungnahme zukommen lassen.

Das BMG wird in der Stellungnahme aufgefordert, keine Ersatzvornahme durchzuführen und in eine Phase der konstruktiven und bürokratie-sparenden Systementwicklung in den Händen der gemeinsamen Selbstverwaltung einzutreten, da eine erfolgreiche Einführung eines neuen Vergütungssystems nur möglich sein wird, wenn das System von den Betroffenen – zumindest mehrheitlich – akzeptiert wird.

Neuaufstellung des Krankenhausplans in Nordrhein-Westfalen

Neben diesen Schwerpunkten der Bundesebene stand die Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW im Hinblick auf die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten wohnortnahen medizinischen Versorgung im Mittelpunkt. Bereits in einem frühen Stadium der Gespräche zur Neuausrichtung der Krankenhausplanung hatte die KGNW ihre Position gegenüber dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in Bezug auf einen neuen Krankenhausrahmenplan dargelegt. Hier positionierte sich die KGNW nunmehr in Verhandlungen im Jahresverlauf auf der Basis der mehrfach bekräftigten Beschlusslage, dass eine Planung über die Gebiete nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztinnen und Ärzte (WBO) hinaus grundsätzlich nur dann vorgenommen werden soll, wenn es ansonsten zu einem Versorgungsmangel bzw. zu einer Unterversorgung kommt oder eine Planungsvorgabe – wie im Falle der Transplantationszentren – gesetzlich geregelt ist. Vor dem Hintergrund des staatlichen Sicherstellungsauftrags erschien für die KGNW darüber hinaus lediglich die Festlegung von Kapazitäten für schwer Brandverletzte, für schwer Hirnverletzte und Intensivpflegeeinheiten geboten. In Bezug auf zusätzliche Anforderungen zur Qualität wurde verdeutlicht, dass qualitative Vorgaben auf der Ebene der Krankenhausplanung nachweislich einer verbesserten Patientenversorgung dienen und dabei den wissenschaftlichen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin genügen müssen.

Weiterhin wurde seitens der KGNW zu dem in den Verhandlungen vorgelegten Konzeptentwurf „Struktur der Geburtshilfe und Neonatologie, Versorgung von Früh- und sonstigen Risikogeburten, Perinatalzentren“ und den quantitativen Eckwerten des MGEPA sowie den bereits bekannten Themenbereichen der Krankenhausplanung – ausgehend von den Grundsatzpositionen der KGNW – Stellung genommen. Ebenso positionierte sich die KGNW zum Thema „Allgemeine Qualitätsziele“ nach entsprechenden Beratungen in den Gremien – ebenfalls ausgehend von den Grundsatzpositionen der KGNW. Die grundsätzliche Zielrichtung der KGNW im Hinblick auf den Entwurf eines Krankenhausplanungskonzepts „Psychiatrie/Psychosomatik“ und die Kapazitäten zur „Psychiatrie/Psychosomatik“ sowie zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurden zudem im „KGNW-Positionspapier für den Bereich der Psychiatrie zur Aufstellung eines neuen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen“ festgelegt.

Critical Incident Reporting System (CIRS) für NRW

Die KGNW hatte beschlossen, gemeinsam mit den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zur Verbesserung der Patientensicherheit ein internetbasiertes landesweites Beinahe-Fehlermelde-System (CIRS) zu betreiben. Im September 2012 konnte eine Vereinbarung „zur Durchführung eines gemeinsamen Projekts der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. und des ÄZQ für die Einrichtung eines Berichts- und Lernsystems (CIRS-NRW)“ abgeschlossen werden.

Das „CIRS-NRW“ soll die lokalen CIRS in den Krankenhäusern und Arztpraxen ergänzen. Meldungen aus den lokalen CIRS können anonymisiert und webbasiert direkt in das landesweite CIRS-NRW eingestellt werden. Eingegangene Meldungen werden von einem Fachbeirat analysiert und mit fachlich qualifizierten Kommentaren und Hilfestellungen versehen. Die Träger des Projekts bedienen sich dazu des Sachverständigen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (AZQ).

Das CIRS-NRW wurde auf der Fachtagung „Praxisdialog CIRS im Krankenhaus“ Ende Oktober im Beisein der Gesundheitsministerin Barbara Steffens offiziell gestartet. Das CIRS-NRW ist das erste landesweite Melde- und Lernsystem für medizinische Beinahe-Fehler in einem Flächenland.

„Qualitätsinitiative NRW“

Auf der Ergebniskonferenz 2012 konnten die positiven Ergebnisse der „Qualitätsinitiative NRW“ zur Verbesserung des strukturierten Dialoges im Rahmen der stationären Qualitätssicherung in Düsseldorf vorgestellt werden. Für die Verfahrensjahre 2009 bis 2011 hatten die medizinischen Arbeitsgruppen, die AG QS-NRW und der Lenkungsausschuss QS NRW eine „Qualitätsinitiative NRW“ zur Verbesserung des strukturierten Dialogs im Rahmen der stationären Qualitätssicherung erarbeitet.

Aufgrund der erzielten Erfolge hat das Lenkungsgremium QS NRW für die Verfahrensjahre 2011 bis 2013 neue Qualitätsindikatoren, Ziele und Maßnahmen für eine „Qualitätsinitiative 2.0“ verabschiedet.

Determinanten der Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen (Teil 2): Regionale Besonderheiten

Das Thema Krankenhauskapazitäten in NRW war auch in diesem Jahr weiter in der öffentlichen Debatte präsent. Insbesondere wurden dabei regionale Unterschiede innerhalb NRWs diskutiert.

An den ersten Teil der Studie zu Determinanten der Krankenhaushäufigkeit aus dem Jahr 2011 anschließend, wurde daher das DKI beauftragt, in einer weiteren Untersuchung die ermittelten Determinanten der Krankenhaushäufigkeit auf der regionalen Ebene zu untersuchen. Der im Spätsommer fertiggestellte zweite Teil untersuchte die regionalen Unterschiede der Krankenhaushäufigkeit innerhalb Nordrhein-Westfalens. Um den Anteil der einzelnen ICD-10-Hauptdiagnosegruppen an der im Bundesdurchschnitt höheren Krankenhaushäufigkeit zu ermitteln, wurden für die Betrachtung der Determinanten die Krankenhaushäufigkeit entsprechend ihrer Assoziation mit Arbeitslosigkeit, Armut, Erwerbsminderung und Alter zusammengefasst und die Krankenhaushäufigkeit bezogen auf die Wohnbevölkerung betrachtet. Die Untersuchung basierte auf altersstandardisierten Kennzahlen, die sich für jeden Kreis an der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens orientieren. Es konnte ein deutlicher Zusammenhang auf der regionalen Ebene zwischen Krankenhaushäufigkeit und Altenquotient sowie Erwerbsminderung aufgezeigt werden, während Arbeitslosigkeit und Armut wie schon im ersten Teil der Untersuchung auch im regionalen Kontext in Kreisen mit erhöhter Krankenhaushäufigkeit eine stärkere Ausprägung aufweisen.

Die modellhafte Untersuchung zeigt, dass bis zu 96 Prozent der erhöhten Krankenhaus-häufigkeit mit soziodemografischen und sozioökonomischen Determinanten, den ihnen zugeordneten ICD-10-Hauptdiagnosegruppen und der damit in vielen Regionen Nordrhein-Westfalens erhöhten Morbidität assoziiert sind. Eine stärkere Ausprägung der Einflussfaktoren geht auch mit einer höheren Krankenhaushäufigkeit einher, sodass sich ein Zusammenhang zwischen beiden bestätigt.

Hygiene im Krankenhaus

Der Vorstand der KGNW hatte geeignete Strukturmerkmale und Qualitätsindikatoren zur Darstellung einer qualitätsgesicherten Hygiene auf den Websites der Krankenhäuser formuliert. Aufgrund derer konnte eine landesspezifische Qualitätsinitiative Hygiene im Rahmen des § 137 SGB V erarbeitet und durch den Lenkungsausschuss QS NRW beschlossen werden. Die bestehende Fachgruppe Chirurgie/Orthopädie der QS NRW wurde hierbei um zwei Fachärztinnen/Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin erweitert. Daneben wurde in Anlehnung an die Beschlussfassung der Landesgesundheitskonferenz 2011 eine intensivierte Surveillance in der Hygiene (z. B. durch Nutzung der Module des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) des „Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen“ an der Charité in Berlin) mittels Rundschreiben gefördert. Am 04.08.2011 traten Änderungen des Infektionsschutzes in Kraft, die eine Novellierung der Krankenhaushygieneverordnung NRW notwendig machten. Diese wurde federführend von dem Referat Medizin begleitet. Am

30.03.2012 wurde im Gesetz- und Verordnungsblatt (GV. NRW.) Nr. 8 die „Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)“ verkündet und die Krankenhaushygieneverordnung NRW außer Kraft gesetzt.

Umzug und neues Corporate Design

Neben der Bearbeitung und Umsetzung der inhaltlichen krankenhausspezifischen Themen war für die Geschäftsstelle der 20.04.2012 mit dem Umzug in die neuen Räumlichkeiten in der Humboldtstraße 31 in Düsseldorf nach umfangreichen Renovierungs- und Umbaumaßnahmen am Gebäude ein besonderer Tag. Im Rahmen der mit dem Umzug verbundenen Adressänderung wurde darüber hinaus der Gesamtauftritt der KGNW überprüft.

Auch vor dem Hintergrund des bereits seit vielen Jahren bestehenden Logos wurde eine komplette Überarbeitung des Corporate Designs mithilfe einer Agentur vorgenommen. Zudem wurde dann nach eingehender Prüfung von einer internen Arbeitsgruppe der KGNW-Geschäftsstelle in Zusammenarbeit mit einer Agentur das neue Corporate Design mit einem modernen Erscheinungsbild entwickelt sowie im Präsidium und Vorstand vorgestellt. Das neue Design wurde ab dem 23.04. 2012 umgesetzt und ebenso die KGNW-Homepage im neuen Design freigeschaltet.

Aktivitäten der landesweiten Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW“ in Österreich

Um in direkten Kontakt mit ausländischen Medizinerinnen und Krankenhäusern zu treten und Interessenten für die Facharztweiterbildung in Nordrhein-Westfalen zu gewinnen, beteiligten sich in diesem Jahr vom 22. bis 24.05.2012 wieder zahlreiche Kliniken und Klinikverbände aus Nordrhein-Westfalen an Jobmessen der Österreichischen Ärztekammer in Innsbruck, Graz und Wien. 15 Kliniken und Klinikverbände waren an den Jobmessen beteiligt. Die KGNW war neben der Organisation an den drei Messetagen wieder mit einem Vortrag in die Informationsveranstaltungen am Vormittag eingebunden. Die Veranstaltungen in Österreich wurden mit Unterstützung der Projektgemeinschaft der landesweiten Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW“ durchgeführt. Getragen wird diese vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), dem Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung (MIWF), dem Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW), der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO), der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) sowie der KGNW.

Landesweite Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW“ mit Griechenland als neuem Zielland

Die in Österreich begonnenen internationalen Aktivitäten wurden in diesem Jahr erstmals auch in Griechenland weitergeführt. Dort ist die Zahl der Hochschulabsolventinnen und -absolventen in der Medizin deutlich höher als

die dort zur Verfügung stehenden Stellen für eine Facharztweiterbildung. So müssen junge Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt bis zu acht Jahre lang warten, bis sie ihre Weiterbildung antreten können.

Dies hat zur Folge, dass die jungen Mediziner nach Möglichkeiten suchen, außerhalb Griechenlands tätig zu werden, um ihre Weiterbildung zu absolvieren. Schon jetzt bilden griechische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland die zweitgrößte Einzelgruppe nach ihren Kolleginnen und Kollegen aus Österreich.

Jobmesse und weitere Aktivitäten in Thessaloniki am 01./02.11.2012

Als konkrete Maßnahme wurde in einem ersten Schritt – gemeinsam mit der deutschen Arbeitsverwaltung – eine Jobbörse in Thessaloniki am 01. und 02.11.2012 unter Beteiligung von 13 Kliniken und Klinikverbänden aus NRW organisiert. Eine Delegation von Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums, der Ärzteschaft, des Landesentrums Gesundheit NRW, der KGNW, aus dem kommunalen und universitären Bereich sowie weiteren Organisationen und Institutionen des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens begleitete die Veranstaltung.

Die Jobbörse ermöglichte einen direkten Kontakt zwischen Interessentinnen und Interessenten aus Griechenland und Krankenhäusern aus Nordrhein-Westfalen.



Matthias Blum

Protest „Jobkiller Gesundheitspolitik“



Die Landtagswahl Nordrhein-Westfalen (NRW) war der Anlass für die landesweite Protest-Kampagne „Jobkiller Gesundheitspolitik“ in Düsseldorf am 25.04.2012 mit über 3.500 Teilnehmern. Das Ziel der Kampagne war die öffentliche Darstellung der finanziell schwierigen Situation vieler Krankenhäuser in NRW.



Die jüngsten Tarifabschlüsse reißen nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Finanzlücke von 1 Mrd. Euro in die Klinikfinanzen. Schafft die Bundesregierung nicht kurzfristig die gesetzliche Grundlage für den Tarifausgleich, werden sich die Kliniken wehren.

Krankenhausfinanzierung und -planung

Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts für das Land NRW

Landesbasisfallwert 2012

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

Die Verhandlung zum Landesbasisfallwert 2012 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW begann nach Aufforderung der KGNW am 21.10.2011. Krankenhausseitig wurden die Verhandlungen erneut von der Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ der KGNW geführt.

Da nach § 120 Abs. 1a SGB V bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts die Summe der für das jeweilige Jahr erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen ist, haben die Vertragsparteien den Landesbasisfallwert 2011 (2.912,65 Euro) um 1,18 Euro vorläufig berichtigt. Demzufolge betrug der zur Landesbasisfallwertverhandlung 2012 maßgebliche Ausgangsbetrag 2.911,47 Euro.

Ausgehend von diesem Betrag haben die Vertragsparteien den Landesbasisfallwert 2012 einschließlich der Finanzierungsbeträge des Pflegestellenförderprogramms und der Konvergenz auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor (§ 10 Abs. 8 Satz 7 KHEntgG) in Höhe von 2.961,26 Euro vereinbart.

Die Vereinbarung sieht für das Jahr 2012 eine Leistungssteigerung von 2,2 Prozent vor (4.592.984,722 Casemix-Punkte).

Soweit diese Leistungsmenge in Höhe von 4.592.984,722 Casemix-Punkten im Jahr 2012 jedoch überschritten wird, erfolgen im Jahr 2013 eine Berichtigung und ein Ausgleich in Höhe der Überschreitung der vereinbarten 4.592.984,722 Casemix-Punkte.

Die Berichtigung erfolgt mit einer Bewertung der überzähligen Casemix-Punkte mit 60 Prozent des Landesbasisfallwerts 2012 bis zu einer Überschreitung der vereinbarten 4.592.984,722 Casemix-Punkte von 0,3 Prozent (4.606.763,676 Casemix-Punkte). Darüber hinausgehende Überschreitungen werden mit einer Bewertung der überzähligen Casemix-Punkte mit 50 Prozent des Landesbasisfallwerts 2012 berichtigt. Der Ausgleich erfolgt mit einer Bewertung der überzähligen Casemix-Punkte mit 20 Prozent des Landesbasisfallwerts 2012 bis zu einer Überschreitung der vereinbarten 4.592.984,722 Casemix-Punkte von 0,3 Prozent (4.606.763,676 Casemix-Punkte). Darüber hinausgehende Überschreitungen werden mit einer Bewertung der überzähligen Casemix-Punkte mit 50 Prozent des Landesbasisfallwerts 2012 ausgeglichen.

Nach dem Abschluss des dreijährigen Pflegestellenförderprogramms zum 31.12.2011 waren die diesbezüglichen Finanzierungsbeträge in den Landesbasisfallwert zu überführen. Bei der Vereinbarung haben die

Vertragsparteien Finanzierungsbeträge für das Pflegestellenförderprogramm in Höhe von 135 Mio. Euro abschließend angesetzt.

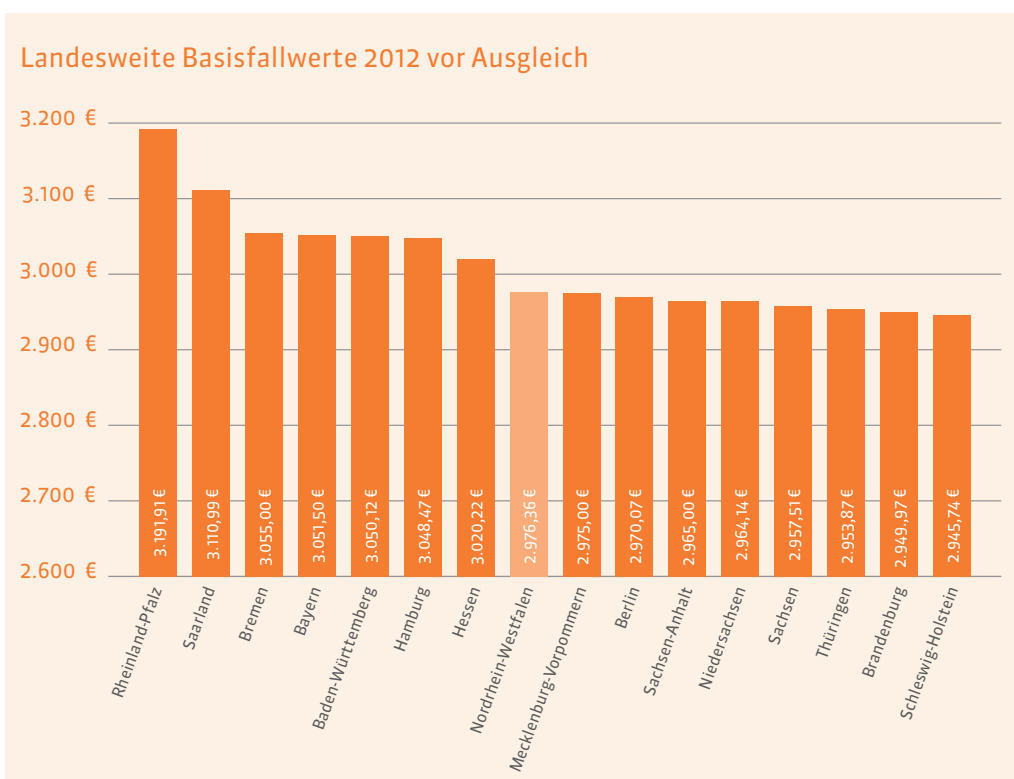
Da parallel zur Überführung des Pflegestellenförderprogramms in den Landesbasisfallwert die beiden neuen Zusatzentgelte ZE 130 und ZE 131 für hochaufwendige Pflege (PKMS) in den DRG-Entgeltkatalog 2012 aufgenommen wurden, hatten die Vertragsparteien dies bei der Vereinbarung zum Landesbasisfallwert 2012 ebenfalls zu berücksichtigen. Bei der Vereinbarung haben die Vertragsparteien für die beiden neuen Zusatzentgelte ZE 130 und ZE 131 für hochaufwendige Pflege (PKMS) einen Betrag in Höhe von 90 Mio. Euro vorläufig angesetzt.

Der verbleibende Betrag in Höhe von 45 Mio. Euro wurde vorläufig berücksichtigt und ist im Landesbasisfallwert 2012 enthalten.

Bei den Vereinbarungen des landesweiten Basisfallwerts für die Jahre 2013, 2014 und 2015 erfolgen Berichtigungen und Ausgleiche aufgrund von Fehlschätzungen des für die beiden neuen Zusatzentgelte ZE 130 und ZE 131 für hochaufwendige Pflege (PKMS) zugrunde gelegten Betrags in Höhe von 90 Mio. Euro.

Darüber hinaus erfolgen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts 2013 Berichtigungen und Ausgleiche der für die Jahre 2011 und 2012 erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschalen nach § 120 Abs. 1a SGB V.

Das MGEPA hat den von den Vertragsparteien vereinbarten landesweiten Basisfallwert für das Jahr 2012 mit Wirkung zum 01.03.2012 genehmigt.



Quelle: Eigene Abfrage, KGNW

Der Deutsche Bundestag hat im Rahmen des Psychiatrie-Entgeltgesetzes am 14.06.2012 eine anteilige Tarifrefinanzierung mittels nachträglicher Erhöhung der Landesbasisfallwerte 2012 beschlossen.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich gem. § 10 Abs. 5 KHEntgG auf eine Erhöhungsrates für das Jahr 2012 in Höhe von 1,52 Prozent verständigt. Die anteilige Refinanzierung wird umgesetzt, indem der Landesbasisfallwert 2012 um ein Drittel der vereinbarten Erhöhungsrates erhöht wird (0,51 Prozent).

Die Vertragsparteien haben sich im September 2012 auf eine entsprechende Erhöhung des Landesbasisfallwerts 2012 ver-

ständigt. Der Landesbasisfallwert 2012 einschließlich der Finanzierungsbeträge des Pflegestellenförderprogramms und der Konvergenz auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor (§ 10 Abs. 8 Satz 7 KHEntgG) beträgt 2.976,36 Euro.

Das MGEPA hat den von den Vertragsparteien erhöhten landesweiten Basisfallwert für das Jahr 2012 mit Wirkung zum 01.10.2012 genehmigt.

Landesbasisfallwert 2013

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2013 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin am 19.11.2012.

G-DRG-System

Abrechnungsbestimmungen 2013 (FPV 2013)

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich im Oktober 2012 auf eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 (FPV 2013) verständigen können. Damit werden für das kommende Jahr die Abrechnungsbestimmungen und der Fallpauschalenkatalog sowie die übrigen Entgeltkataloge durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben. Unterstützt wurde die Verhandlung der DKG-Seite unter Beteiligung von KGNW-seitigen Mitgliedern durch die Beratungen in der Kommission Leistungsentgelte der DKG. Die Abrechnungsbestimmungen entsprechen hierbei im Wesentlichen denen des Vorjahrs. Parallel zu den Abrechnungsbestimmungen wurden auch die Klarstellungen zur FPV 2013 wie im Vorjahr vereinbart.

Die Verhandlungen der Abrechnungsbestimmungen konzentrierten sich für das Jahr 2013 primär auf das Thema „Fallzusammenführung aufgrund von Komplikationen“ und die Umsetzung einer bundesweiten Lösung für die „Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren“. Bezüglich der Fallzusammenfüh-

rung aufgrund von Komplikationen wurde innerhalb des § 2 Abs. 3 FPV 2013 eine neue Fußnote aufgenommen. Notwendig wurde diese Fußnote aufgrund zweier Urteile des Bundessozialgerichts vom 12.07.2012 zur Fallzusammenführung wegen Komplikationen. Aufgrund der zum Zeitpunkt der Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern noch nicht vorliegenden Urteilsbegründungen des BSG verständigten sich die Selbstverwaltungspartner darauf, eine Absichtserklärung innerhalb der FPV aufzunehmen, um darin festzuhalten, dass nach Vorliegen der Urteilsbegründung des BSG zeitnah Gespräche mit dem Ziel einer Neufassung des § 2 Abs. 3 FPV auf Selbstverwaltungsebene aufzunehmen sind.

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2011

Krankenhäuser	Krankenhäuser insgesamt			Öffentliche Krankenhäuser			Freigemeinnützige Krankenhäuser			Private Krankenhäuser		
	KH	Betten	Betten je 100.000 Einw.	KH	Betten	Betten je 100.000 Einw.	KH	Betten	Betten je 10.000 Einw.	KH	Betten	Betten je 100.000 Einw.
Bundesland												
Deutschland	2.045	502.029	625,4	621	242.769	302,4	746	172.219	214,5	678	87.041	108,4
Baden-Württemberg	285	56.910	542,2	109	38.323	365,1	67	12.212	116,4	109	6.375	60,7
Bayern	370	75.827	610,8	179	54.735	440,9	48	8.513	68,6	143	12.579	101,3
Berlin	79	19.905	602,8	2	7.759	235	34	8.433	255,4	43	3.713	112,4
Brandenburg	53	15.242	620,3	19	8.304	337,9	16	2.811	114,4	18	4.127	168
Bremen	14	5.134	787,6	5	3.068	470,7	7	1.773	272	2	293	45
Hamburg	47	12.071	705,1	2	1.334	77,9	14	3.932	229,7	31	6.805	397,5
Hessen	174	35.941	600,9	50	17.459	291,9	47	9.420	157,5	77	9.062	151,5
Mecklenburg-Vorpommern	39	10.375	644,1	6	2.986	185,4	13	1.932	119,9	20	5.457	338,8
Niedersachsen	197	42.204	542,7	51	17.349	223,1	80	16.360	210,4	66	8.495	109,2
Nordrhein-Westfalen	401	121.556	692,8	85	37.522	213,9	269	76.206	434,3	47	7.828	44,6
Rheinland-Pfalz	95	25.375	635,6	17	8.481	212,4	60	15.189	380,5	18	1.705	42,7
Saarland	23	6.451	645,2	9	3.919	392	14	2.532	253,2	-	-	-
Sachsen	80	26.467	651,9	36	17.100	421,2	17	2.981	73,4	27	6.386	157,3
Sachsen-Anhalt	49	16.388	716,6	17	9.376	410	17	3.486	152,4	15	3.526	154,2
Schleswig-Holstein	94	15.990	570,8	19	7.092	288,9	32	3.176	113,4	43	4.722	168,6
Thüringen	45	16.193	739,9	15	6.962	318,1	11	3.263	149,1	19	5.968	272,7

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jahr 2011

Im Zusammenhang mit der Vergütung der Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren konnte zu dem in der Vergangenheit sowohl auf Orts- als auch auf Landesebene teilweise sehr konfliktären Thema erstmals eine bundesweite Lösung getroffen werden. Zur Um-

setzung erfolgte eine Anpassung innerhalb der Anlage 4 bzw. 6 der Abrechnungsbestimmungen. Darüber hinaus wurde eine neue ergänzende Anlage 7 aufgenommen, welche sich speziell mit dem Bereich der Blutgerinnungsstörungen befasst.

Fallpauschalenkatalog 2013

Ende September 2012 einigten sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf den Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2013. Der G-DRG-Katalog 2013 wurde von den Vertragspartnern auf Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart.

Die dem InEK zur Verfügung stehende Kalkulationsbasis ging mit 241 Krankenhäusern gegenüber 245 Krankenhäusern im Vorjahr leicht zurück. Im Jahr 2013 stehen insgesamt 1.187 Fallpauschalen zur Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen zur Verfügung. Damit ist der Gesamtum-

Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit im Jahr 2012 – insgesamt 173,6 Mrd. Euro

Stationäre Leistungen 60,1 Mrd. Euro (35,6 %)

Krankenhausbehandlung	61,8 Mrd. €	35,6 %
-----------------------	-------------	--------

Ambulante Leistungen 81,1 Mrd. Euro (46,7 %)

Ärztliche Behandlung	28,4 Mrd. €	16,3 %
----------------------	-------------	--------

Heil- und Hilfsmittel	11,5 Mrd. €	6,6 %
-----------------------	-------------	-------

Arzneimittel	29,4 Mrd. €	16,9 %
--------------	-------------	--------

Zahnarzt und Zahnersatz	11,8 Mrd. €	6,8 %
-------------------------	-------------	-------

Übrige Leistungen (17,7 %)	30,8 Mrd. €	17,7 %
----------------------------	-------------	--------

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

fang des Katalogs gegenüber seiner Vorgängerversion wiederum leicht rückläufig. Der Katalog für Hauptabteilungen umfasst 1.142 Fallgruppen, weitere 40 in der Anlage 3a enthaltene Fallpauschalen sind in Bezug auf ihre Vergütungshöhe auf Ortsebene zu vereinbaren. Für teilstationäre Leistungen stehen fünf Fallgruppen zur Verfügung, davon konnte wie im Vorjahr mit der DRG L90C (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse) nur eine bewertet werden. Vier weitere teilstationäre DRGs verbleiben weiterhin als unbewertete Leistungen in der Anlage 3b. Der Katalog für die belegärztliche Versorgung enthält mit 835 Fallgruppen neun weniger als im Vorjahr, davon konnten 74, vier weniger als im Vorjahr, eigenständig kalkuliert werden. Diese decken rund 66 Prozent des belegärztlich versorgten Fallspektrums, wie es anhand der Daten nach § 21 KHEntgG dokumentiert wird, ab.

Die Abbildungsqualität des Systems konnte noch einmal leicht gesteigert werden. Auch nach der zehnten Kalkulationsrunde gab es bedeutende Systemumbauten, sodass der G-DRG-Katalog 2013 wiederum einen weiteren Entwicklungsschritt zu einem sachgerechten pauschalierenden Vergütungssystem darstellt.

Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene sind gem. § 17d KHG beauftragt, ein neues Vergütungssystem für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln. Mit der „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems

für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)“ hatten sich die Selbstverwaltungspartner bereits am 30.11.2009 über die Grundstrukturen und das Verfahren zur Ermittlung der Bewertungsrelationen verständigt.

Mit dieser Vereinbarung wurde das InEK mit den Entwicklungsaufgaben beauftragt und es wurden als Ausgangsbasis für die Entwicklung die Daten nach § 17d Abs. 9 KHG vorgegeben. Zudem hatten sich die Vertragspartner bereit erklärt, die Abrechnungsbestimmungen spätestens im dritten Quartal 2012 zu vereinbaren und, sofern grundsätzliche Abrechnungsbestimmungen mit Auswirkung auf die Systementwicklung im Jahr 2012 vorab zu klären sind, dieses zeitnah sicherzustellen.

Im Rahmen der Entwicklung eines grundlegend neuen Systems haben sich in der ersten Jahreshälfte 2012 Fragen gestellt, die im Vorfeld der Datenauswertungen durch das InEK von den Vertragspartnern zu klären waren. Da noch keine belastbaren Daten zur Verfügung standen, mussten die Vertragspartner von Annahmen und Erwartungen ausgehen, die im Verlauf der Datenanalysen zur Systementwicklung zu überprüfen sind. Nach intensiven Vorberatungen der Selbstverwaltung mit dem InEK und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit haben die Vertragspartner nach § 17b KHG eine Ergänzung zur „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG

(Psych-Entgeltsystem)“ geschlossen. Im Mittelpunkt der Ergänzungsvereinbarung steht die Vorgabe eines fallbezogenen Gruppierungsalgorithmus für die Zuordnung von Patientengruppen und Behandlungsleistungen zu Tagespauschalen. Hiermit war die Erwartung verbunden, dass bei einer fallbezogenen Gruppierung ein robusteres System, ein geringerer administrativer Aufwand und eine breitere Datenbasis für die Systementwicklung als bei einer tagesbezogenen Gruppierung zu erreichen sind.

Der Deutsche Bundestag hat am 14.06.2012 das „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)“ verabschiedet. Das Gesetz wurde im Bundesgesetzblatt Teil I Nr.35 vom 25.07.2012, Seite 1613 ff., veröffentlicht und tritt in wesentlichen Teilen zum 01.01.2013 in Kraft.

Da die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene mit § 17d Abs. 3 KHG beauftragt wurden, das neue Entgeltsystem und die Abrechnungsbestimmungen für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung mit Wirkung zum 01.01.2013 zu vereinbaren, hat das InEK am 28.08.2012 den Entwurf für den ersten Katalog für das pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik 2013 (PEPP-Entgeltkatalog) an die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG übermittelt und am 04.09.2012 im Rahmen einer Präsentation erläutert.

In der Folge wurde der Katalogentwurf in den Gremien der DKG und der KGNW intensiv diskutiert.

Der Vorstand der DKG hat am 04.10.2012 letztmalig über die Vereinbarung des PEPP-Entgeltkatalogs für das Jahr 2013 beraten und beschlossen, dass die DKG dem Katalog nicht zustimmen kann. Mit Schreiben vom 05.10.2012 wurde dem Staatssekretär im BMG, Herrn Thomas Ilka, dieser Beschluss mitgeteilt. Ausschlaggebend für die Entscheidung sind die ernsthaften Bedenken zu den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Versorgungsstrukturen.

Die wesentlichen Kritikpunkte am Katalogentwurf 2013 beinhalten u. a. den nicht ausreichenden Differenzierungsgrad des Entgeltkatalogs, die nicht ausreichende Abbildung der Psychosomatik und von Suchterkrankungen und die verweildauerabhängige Vergütung.

Verbunden mit der Ablehnung des PEPP-Entgeltkatalogs wurde dem BMG weiterhin mitgeteilt, dass angesichts der grundsätzlichen Bedenken gegen den Entgeltkatalog, trotz eines zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene gefundenen Konsenses, die Abrechnungsbestimmungen für das Jahr 2013 ebenfalls nicht vereinbart werden können. Eine Ersatzvornahme durch das BMG wird abgelehnt.

Um einen tragfähigen Katalog für einen optionalen Einstieg bereitstellen zu können, ist es aus Sicht der DKG notwendig, die gesetzlich geregelten Einführungsphasen um

zwei Jahre zu verschieben. Um bis dahin die Entwicklung eines tragfähigen Katalogs zu ermöglichen, hat die DKG dem BMG gegenüber betont, sich für eine breite Beteiligung der Krankenhäuser an dem Kalkulationsverfahren einzusetzen, damit die Datenbasis verbessert werden kann. Die DKG ist weiterhin bereit, um den Krankenhäusern praxisnahe Analysen ermöglichen zu können, gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern eine Probeversion des Systems mit Groupersoftware auf den Weg zu bringen und ein geregeltes Vorschlagsverfahren zu implementieren.

Das BMG hat den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene und in großem Umfang den betroffenen Verbänden mit Schreiben vom 29.10.2012 einen Referententwurf des Ministeriums für eine „Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 – PEPPV 2013)“ übersandt. Am 12.11.2012 hat hierzu eine Anhörung im BMG stattgefunden. Im Vorfeld der Anhörung hat die DKG dem BMG eine Stellungnahme zukommen lassen, in der die wesentlichen Gründe für die breite Ablehnung des Katalogentwurfs in gekürzter Form nochmals aufgezeigt werden:

- Nicht die Hauptdiagnose, sondern die Behandlungsleistungen müssen maßgeblich für die Vergütung sein und stärker berücksichtigt werden.
- Der unzureichende Differenzierungsgrad des Entgeltkatalogs führt zu dem

- Fehlanreiz, aufwendige Fälle zugunsten einfacher Fälle zu vermeiden.
- Suchterkrankungen werden im Entgeltkatalog unzureichend abgebildet. Für diesen bedeutsamen Versorgungsbe- reich ist ein umfassenderer Lösungsan- satz als wenige Tagespauschalen erfor- derlich.
- Die durch eine mangelhafte Kalkula- tionsbasis bedingte undifferenzierte Abbildung der Psychosomatik ist auch als Startversion aufgrund der falschen Signalwirkung für nicht gerechtfertigte Umverteilungen im System nicht zu ver- antworten.
- Die verweildauerabhängige Vergütung mit z.T. stark abnehmenden Tagessätzen setzt Fehlanreize für vorzeitige Entlas- sungen mit negativen Auswirkungen auf die Versorgungssituation.

Das BMG wird in der Stellungnahme aufge- fordert, keine Ersatzvornahme durchzuführen und in eine Phase der konstruktiven und bürokratiesparenden Systementwicklung in den Händen der gemeinsamen Selbstver- waltung einzutreten, da eine erfolgreiche Einführung eines neuen Vergütungssystems nur möglich sein wird, wenn das System von den Betroffenen – zumindest mehrheitlich – akzeptiert wird.

Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V

Die Preise der regionalen Euro-Gebühren- ordnung, die unabhängig von der Kassen- zugehörigkeit für alle gesetzlich kranken- versicherten Patienten gleichermaßen zur Anwendung kommen, ergeben sich aus der Multiplikation der EBM-Punktzahlen mit einem Punktwert. Hierfür hat der EBM- Bewertungsausschuss einen bundesweiten Orientierungswert vorzugeben. Der Erwei- terte Bewertungsausschuss legte den Ori- entierungswert für die Jahre 2011 und 2012 unverändert auf 3,5048 Cent fest.

Nachdem die AOK Rheinland/Hamburg bereits mit Schreiben vom 02.11.2010 mitge- teilt hat, dass der Abrechnungspunktwert in den Jahren 2011 und 2012 für Leistungen nach § 115b SGB V und § 116b SGB V für die

Landesverbände der Krankenkassen im Rheinland unverändert 3,5048 Cent betra- gen soll, behielt sich die Arbeitsgemein- schaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe vor, auch im Jahr 2012 ledig- lich den Abrechnungspunktwert für jeweils ein Quartal mitzuteilen.

Der AOP-Vertrag wurde mit Wirkung zum 01.06.2012 neben einigen sprachlichen An- passungen – dem gesetzgeberischen Auf- trag im GKV-Versorgungsstrukturgesetz entsprechend – um Regelungen zu Koopera- tionsmöglichkeiten zwischen Krankenhäu- sern und Vertragsärzten ergänzt. Es wird nunmehr klargestellt, dass Krankenhäuser die im Katalog nach § 3 des Vertrags aufge- führten ambulant durchführbaren Operati-

onen, sonstigen stationersetzenden Eingriffe und anästhesiologischen Leistungen/Narkosen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbringen können. Krankenhäuser können daher im Rahmen eines entsprechenden Kooperationsvertrags mit einem nie-

dergelassenen Arzt diesen sowohl zur Erbringung der eigentlichen Hauptleistung, d. h. der Operation oder des sonstigen stationersetzenden Eingriffs, als auch allein zur Erbringung der anästhesiologischen Leistungen/Narkosen im Rahmen eines von Krankenhausärzten durchgeführten Eingriffs nach § 115b SGB V hinzuziehen.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 hat u. a. § 116b SGB V umfangreiche Änderungen erfahren, die zum 01.01.2012 in Kraft getreten sind. Der nun als „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ benannte, in § 116b SGB V geregelte Leistungsbereich eröffnet einen zusätzlichen Behandlungssektor neben den klassischen Sektoren der stationären und ambulanten Versorgung.

In Ablösung des bis zum 31.12.2011 geltenden Verfahrens der Bestimmung zur Teilnahme an der Leistungserbringung durch die Landesplanungsbehörden, das mit erheblichen Zeitverzögerungen einherging, wurde das Verfahren auf ein Anzeigeverfahren umgestellt („Wer kann, der darf.“). Gleichberechtigt sollen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser berechtigt sein, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu erbringen.

Für die Vergütung sollen perspektivisch diagnosebezogene Gebührenpositionen vereinbart werden. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nicht ärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.

Bisher hat der G-BA, der mit der Erarbeitung einer entsprechenden Richtlinie zur näheren Regelung der spezialfachärztlichen Versorgung beauftragt ist, diese noch nicht vorgelegt. Insgesamt entsteht durch die neuen Regelungen wie bspw. durch die Bildung eines erweiterten Landesausschusses und dessen Aufgaben ein erheblicher Verwaltungsaufwand.

Streitbefangen war bei der Abrechnung der Leistungen im Rahmen von Zulassungen bis zum 31.12.2011 die Abrechnung von mehr als einer Grundpauschale bei der Leistungserbringung durch Krankenhäuser. Die KBV hat sich in einem Schreiben zur Abrechnung von Grundpauschalen bei interdisziplinärer Leistungserbringung geäußert. Darin wird erklärt, dass bei einer interdisziplinären Leistungserbringung im vertragsärztlichen Bereich für jeden an der Mit- und Weiterbehandlung beteiligten Vertragsarzt der Anspruch auf Abrechnung der jeweils für ihn einschlägigen Grundpauschale bestehe, wenn eine Überweisung durch den die Behandlung beginnenden Vertragsarzt erfolgt sei.

Aus Sicht der DKG steht den Krankenhäusern nach dem Grundsatz der einheitlichen Vergütung für 116b-Leistungen zwar die Möglichkeit der mehrfachen Abrechnung der Grundpauschale ebenfalls zu. Die Krankenkassen sind jedoch der Auffassung, dass nur eine Grundpauschale für die gesamte Behandlung nach § 116b SGB V ab-

rechenbar ist. Eine abschließende Klarstellung der abweichenden Auffassungen von Kranken-

kassen und Krankenhäusern konnte allerdings noch nicht erreicht werden.

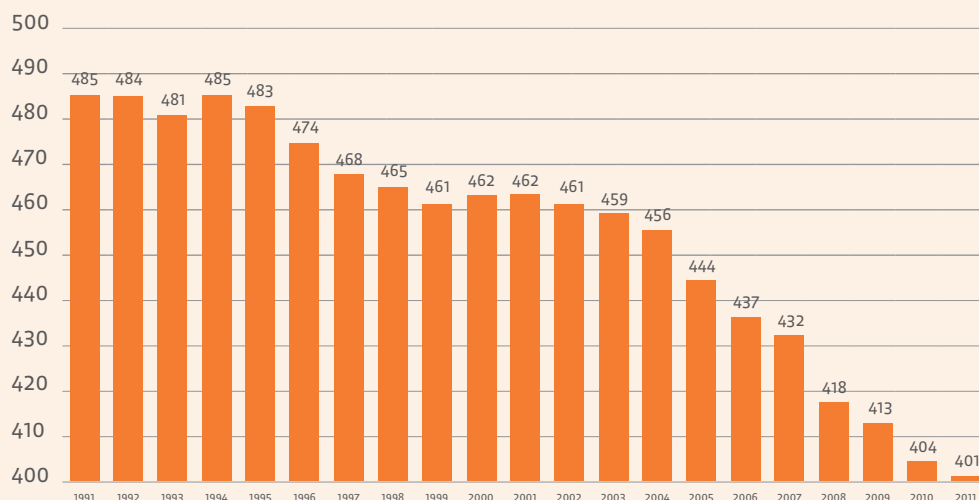
Heilmittelvertrag

Der Vorstand der KGNW hat in seiner 210. Sitzung am 27.09.2011 beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein (gem. § 125 Abs. 2 SGB V)“ fristgerecht zum 31.12.2011 zu kündigen, und die Geschäftsstelle beauftragt, die Preisverhandlungen für das Jahr 2012 mit den Landesverbänden der Kostenträger im Landesteil Nordrhein aufzunehmen.

In den sich anschließenden Verhandlungen wurde mit den nordrheinischen Kostenträgern eine Preissteigerung in Höhe von 1,98 Prozent ab dem 01.02.2012 vereinbart.

In seiner 214. Sitzung am 26.06.2012 hat der Vorstand der KGNW beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein (gem. § 125 Abs. 2 SGB V)“ fristgerecht zum 31.12.2012 zu kündigen, und die Geschäftsstelle beauftragt, Verhandlungen für die Preise für das Jahr 2013 mit den Landesverbänden der Kostenträger im Landesteil Nordrhein einzuleiten. Die Verhandlungen wurden im Oktober 2012 aufgenommen.

Anzahl der Krankenhäuser in NRW 1991–2011



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2011

Krankenhausplanung

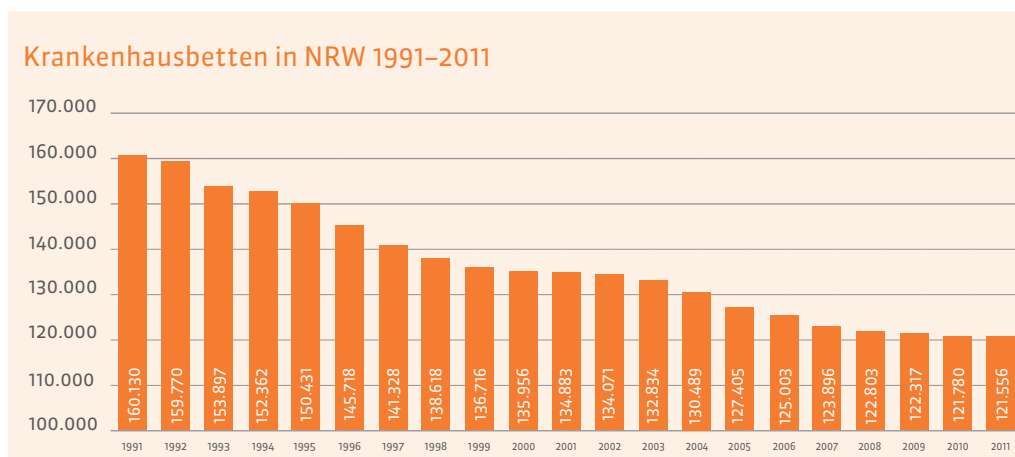
Vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) am 29.12.2007 haben in bislang 22 Arbeitsgruppensitzungen der Arbeitsgruppe des Landesausschusses für Krankenhausplanung Beratungen sowohl über die Ausgestaltung der Planungsgrundsätze als auch über weitere Festlegungen im Krankenhausrahmenplan und zur Bemessung der zukünftig notwendigen Kapazitäten stattgefunden.

Bereits in einem frühen Stadium der Gespräche zur Neuausrichtung der Krankenhausplanung hat die KGNW mit Schreiben vom 20.06.2008 ihre Position in Bezug auf einen neuen Krankenhausrahmenplan dargelegt. Eine Planung über die Gebiete nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztinnen und Ärzte (WBO) hinaus soll grundsätzlich nur dann vorgenommen werden, wenn es ansonsten zu einem Versorgungsmangel bzw. zu einer Unterversorgung kommt oder eine

Planungsvorgabe – wie im Falle der Transplantationszentren – gesetzlich geregelt ist. Vor dem Hintergrund des staatlichen Sicherstellungsauftrags erscheint darüber hinaus lediglich die Festlegung von Kapazitäten für schwer Brandverletzte, schwer Hirnverletzte und Intensivpflegeeinheiten geboten.

In Bezug auf zusätzliche Anforderungen zur Qualität wurde verdeutlicht, dass qualitative Vorgaben auf der Ebene der Krankenhausplanung nachweislich einer verbesserten Patientenversorgung dienen und dabei den wissenschaftlichen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin genügen müssen.

Am 09.02.2012 wurden die Beratungen in der Unterarbeitsgruppe des Landesausschusses für Krankenhausplanung mit der 13. Sitzung fortgesetzt, nachdem im Jahr 2011 drei Sitzungstermine stattgefunden hatten.



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik NRW, 2011

Im März 2012 wurde den Mitgliedern der Unterarbeitsgruppe mit einiger Verzögerung das Gutachten der IGES Institut GmbH im Auftrag des Strategiezentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen „Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung“ zugesandt, welches in der 14. Sitzung der Unterarbeitsgruppe Beratungsgegenstand war. Aus Sicht der KGNW bietet das Gutachten der IGES Institut GmbH allerdings keine abschließende Entscheidungsgrundlage für die Krankenhausplanung, da es bestehende grundsätzliche Zweifel nicht ausräumen kann und in seinen Aussagen betont vage bleibt, wenn es um die Aufnahme von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung geht.

Vor diesem Hintergrund hat sich die KGNW erneut mit Schreiben vom 10.05.2012 an das MGEPA zu den Positionen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zur Krankenhausplanung geäußert und dabei die von den Gremien der KGNW mehrfach bekräftigte Beschlusslage der KGNW nochmals deutlich zum Ausdruck gebracht:

Die bisherige, grundsätzliche Positionierung der KGNW, dass eine Planung über die Gebiete nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztinnen und Ärzte hinaus grundsätzlich nur in den vier nachfolgend aufgeführten Bereichen für erforderlich gehalten wird, wird beibehalten:

- Versorgungsmangel bzw. Unterversorgung,
- schwer Brand- und schwer Hirnverletzte,
- Intensivpflegeeinheiten,
- gesetzliche Vorgabe (z. B. Transplantationszentren).

Vorgaben und Strukturen im Sinne eines zusätzlichen „Mini-G-BA“ auf Landesebene sind strikt abzulehnen. Die wesentlichen Qualitäts- und Strukturvorgaben erfolgen ohnehin über die Bundesebene. Die nordrhein-westfälische Krankenhausversorgung darf nicht durch zusätzliche, isolierte Vorgaben vom Rest der Republik abgekoppelt werden („keine Insellösungen“).

Erstmals in der 15. Sitzung der Unterarbeitsgruppe und weiter in der 16. Sitzung wurde der Entwurf eines Konzepts zur Verbesserung der stationären geriatrischen Versorgung des MGEPA diskutiert.

Themenschwerpunkt der 17. Sitzung der Unterarbeitsgruppe am 14.06.2012 war der Entwurf eines Krankenhausplanungskonzepts „Psychiatrie/Psychosomatik“. Die grundsätzliche Zielrichtung des MGEPA ist eine gemeinsame Planung der Disziplinen Psychiatrie und Psychosomatik. In insgesamt drei Sitzungen der Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“ der KGNW wurden der Entwurf eines Krankenhausplanungskonzepts „Psychiatrie/Psychosomatik“ und die Kapazitäten zur nun gemeinsam zu planenden „Psychiatrie/Psychosomatik“ sowie zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie beraten. Das „Positionspapier der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen für den Bereich der Psychiatrie zur Aufstellung eines neuen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen“, welches dem MGEPA bereits am 14.07.2011 zugesandt wurde, wurde im Hinblick auf eine gemeinsame Planung der Disziplinen Psychiatrie und Psychosomatik weiterentwickelt.

In der 18. Sitzung der Unterarbeitsgruppe wurde erstmals ein Konzeptentwurf „Struktur der Geburtshilfe und Neonatologie, Versorgung von Früh- und sonstigen Risikogeburten, Perinatalzentren“ diskutiert. Das Ministerium beabsichtigt, mit dem Konzept zukünftig eine zweistufige Planung für Nordrhein-Westfalen, bestehend aus Geburtskliniken und Perinatalzentren, festzulegen.

Die quantitativen Eckwerte des MGEPA wurden erstmals in der 20. Sitzung der Unterarbeitsgruppe vorgestellt. In der 21. und 22. Sitzung der Unterarbeitsgruppe wurden die diesbezüglichen Diskussionen vertieft.

Am 02.11.2012 fand die 47. Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung in Essen statt. Die Sitzung zum Krankenhausrahmenplan NRW mit Planungshorizont 2015 wurde von Ministerin Barbara Steffens geleitet.

Im Vorfeld der Sitzung hat die KGNW nach entsprechenden Beratungen in den Gremien gegenüber dem MGEPA zu den bis dato bekannten Themenbereichen der Krankenhausplanung noch einmal zusammenfassend – ausgehend von den Grundsatzpositionen der KGNW – Stellung genommen. Da den Mitgliedern des Landesausschusses kurzfristig vor der 47. Sitzung des Landesausschusses am 02.11.2012 ministeriumsseitig noch eine zuvor in der Unterarbeitsgruppe nicht erörterte Unterlage zum Thema „Allgemeine Qualitätsziele“ zur Kenntnis übermittelt wurde, hat die KGNW im Nachgang zur Sitzung des Landesausschusses auch hierzu nach entsprechenden Beratungen in den Gremien – ausgehend von den Grundsatzpositionen der KGNW – Stellung genommen.

Das MGEPA beabsichtigt nach wie vor, den Krankenhausrahmenplan bis zum Ende des Jahres fertigzustellen.

Krankenhausförderung

Haushaltsplan 2012

Zur Öffentlichen Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses des Landtags Nordrhein-Westfalen am 19.01.2012 hat die KGNW eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2012 vorgelegt.

Der gesamte Haushaltsansatz für das Jahr 2012 in Höhe von 497.182.000 Euro übersteigt die Höhe des Haushaltsansatzes des Jahres 2011 (496.932.000 Euro) kaum merklich. Nach wie vor bleibt festzustellen, dass das Volumen des bereits im Haushalt 2010 um 13 Mio. Euro eingekürzten Einzelplans 15 (ehemals Einzelplan 11 in 2009: 506.200.000 Euro) nicht das Ziel einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser erreichen kann. Die strukturelle Unterfinanzierung – und der damit einhergehende Substanzverzehr in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern – wird fortgeschrieben.

Für den wiederum für das Jahr 2012 in den Haushaltsplan eingestellten „Sonderfonds Krankenhäuser“, der zur modellhaften Identifizierung und Realisierung von Qualitätsoptionen in Krankenhäusern, vor allem durch erhöhte Nutzer- und Patientenorientierung, dienen soll (im Mittelpunkt sollen dabei die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, von älteren Patientinnen und Patienten sowie Genderaspekte stehen), waren zunächst 5 Mio. Euro veranschlagt.

Bedauerlicherweise sieht hingegen der Haushaltsplanentwurf 2012, der nach den Landtagswahlen vorgelegt wurde, einen um 500.000 Euro gekürzten Haushaltsansatz vor, nachdem die bereits für den „Sonderfonds Krankenhäuser“ im Haushalt 2011 bereitgestellten Mittel in Ermangelung eines Konzepts zur Ausgestaltung des „Sonderfonds Krankenhäuser“ nicht verausgabt worden sind.

Über den Stand der Konzeptentwicklung zur Ausgestaltung des „Sonderfonds Krankenhäuser“ liegen bislang keine weiterführenden Informationen vor. Ob und wenn ja, nach welchem Modus im Jahr 2012 eine Mittelnutzung möglich sein wird, ist derzeit unklar.

Um sicherzustellen, dass die Mittel im entsprechenden Haushaltsjahr auch tatsächlich den Krankenhäusern und damit der Patientenversorgung zugutekommen, hat die KGNW im Rahmen der Haushaltsberatungen eine Deckungsfähigkeit mit den Titelgruppen 61 und/oder 70 vorgeschlagen. Gemäß § 8 Abs.4 der Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) könnten diese Mittel dann am Jahresende noch an die Krankenhäuser ausgezahlt werden. Gleiches wäre im Übrigen auch für Haushaltsmittel der Titelgruppe 66 (Förderung der Investitionskosten durch besondere Beträge nach dem KHGG NRW, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben

notwendig und ausreichend ist) zu prüfen. Die hierfür eingestellten Beträge wurden in den vergangenen Jahren regelmäßig nicht vollständig verausgabt.

Investitionsprogramm 2012

Das Investitionsprogramm 2012 wurde im Ministerialblatt Nr. 20 vom 31.07.2012 veröffentlicht. Die Mitgliedskrankenhäuser wurden mit KGNW-Rundschreiben Nr. 314/2012 vom 04.09.2012 über das Investitionsprogramm 2012 informiert.

Mit Schreiben vom 01.06.2012 an das MGEPA hat die KGNW zum Entwurf des Investitionsprogramms 2012 Stellung genommen.

Mit dem Investitionsprogramm 2012 ist die Auszahlung der Baupauschale für effektiv 383 Krankenhäuser vorgesehen und somit erhalten erstmals alle förderfähigen Krankenhäuser in NRW die Baupauschale. Es sind – wie zum Zeitpunkt der Einführung der Baupauschale geplant – Auszahlungen in Höhe von 190 Mio. Euro als Baupauschalenzahlung veranschlagt. Die Weiterfinanzierung der vor 2005 begonnenen Krankenhausbaumaßnahmen ist nicht mehr vorgesehen. Für die pauschale Förderung kurzfristiger Anlagegüter wurden wie in den vergangenen Jahren 293 Mio. Euro bereitgestellt.

Monitoring zur Baupauschale – Abfrage 2012

Der Vorstand der KGNW hat sich bereits im Jahr 2010 dafür ausgesprochen, die im Jahr 2009 durchgeführte Befragung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zur Baupauschale (Baupauschalenabfrage 2009) im Jahr 2012 fortzuführen und somit die Wiederholung der Fragebogenaktion zum Monitoring der Baupauschale umzusetzen. Mit dem Jahr 2012 erhalten nach Auslaufen des Übergangszeitraums bezüglich der Auszahlung der Baupauschale alle nordrhein-westfälischen Plankrankenhäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V Fördermittel nach den Regelungen der Verordnung für die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO).

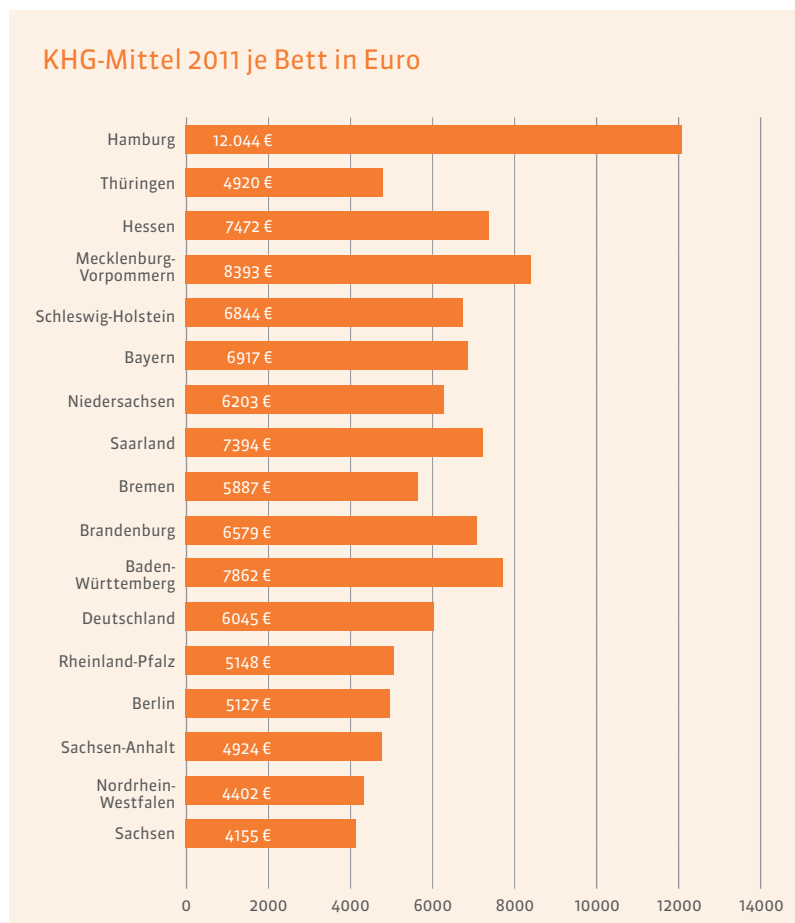
Mit Schreiben vom 29.03.2012 hat die Geschäftsstelle der KGNW den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern den Fragebogen übermittelt.

Im Anschluss an die Datenaufbereitung und -auswertung der Antworten konnten im September 2012 bereits erste Ergebnisse der Befragung durch die Geschäftsstelle im Fachausschuss für Planung und Förderung vorgestellt werden.

Durch die sehr hohe Rücklaufquote von 76 Prozent konnte erfreulicherweise erneut ein repräsentatives Bild bezüglich der Fördersystematik gezeichnet werden.

Bereits aus den ersten Auswertungsergebnissen lässt sich feststellen, dass die Förderung mittels Baupauschale von den antwortenden Krankenhausvertretern nach wie vor grundsätzlich positiv bewertet wird. Dennoch hat die anfängliche „Euphorie“ in Bezug auf die Einführung der Baupauscha-

le im Laufe der Übergangsphase bis ins Jahr 2012 abgenommen. Die Baupauschale in dem derzeit vom Haushaltsgesetzgeber bereitgestellten Volumen bietet nach wie vor keine auskömmliche Investitionsförderung und vermag es nicht, den Investitionsstau zu beheben.



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

Stellungnahme zur Evaluation des KHGG NRW

Sowohl das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) als auch die Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) sehen Berichtspflichten vor. Die Landesregierung berichtet dem Landtag zum 31.12.2012 über die Erfahrungen mit dem KHGG NRW. Das MGEPA wiederum hat der Landesregierung bis zu diesem Datum über die Auswirkungen der PauschKHFVO zu berichten. Das MGEPA hat vor diesem Hintergrund die an der Krankenhausversorgung unmittelbar Beteiligten (vgl. § 15 Abs. 1 KHGG NRW) aufgefordert, bei Bedarf eine Stellungnahme abzugeben.

Die KGNW hat dem Ministerium eine diesbezügliche Stellungnahme übersandt und das Augenmerk dabei im Wesentlichen auf die beiden „Kernthemen“ des KHGG NRW, die Krankenhausplanung und die Krankenhausfinanzierung, gelegt. Die Spitzenverbände haben im Vorfeld der Stellungnahme insbesondere ihre Erfahrungen aus den regionalen Planungskonzepten eingebracht.

Die Stellungnahme der KGNW zur Evaluation des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen wurde den Mitgliedskrankenhäusern mit Rundschreiben Nr. 291/2012 vom 13.08.2012 zur Verfügung gestellt.

Krankenhausorganisation, EDV und Statistik

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Externe stationäre Qualitätssicherung

Seit nunmehr zehn Jahren ist die externe stationäre Qualitätssicherung in allen Bundesländern etabliert. Die insgesamt 30 Leistungsbereiche reichen von der ambulant erworbenen und im Krankenhaus behandelten Pneumonie bis zur Geburtshilfe und Versorgung Frühgeborener. Bundesweit wurden ca. 4 Mio. Datensätze zu 430 Qualitätskennzahlen erhoben, davon fast 1 Mio. in Nordrhein-Westfalen. Sie bilden die Basis eines umfassenden Qualitätsvergleichs, der auch international einzigartig ist. Die QS-Arbeitsgruppen führen mit den Krankenhäusern einen intensiven Strukturierten Dialog, um aus auffälligen Ergebnissen zu lernen. Auf der 10. Ergebniskonferenz am 19.10.2012 in Düsseldorf konnte eine ausgesprochen positive Bilanz gezogen werden, die Ansporn für weitere Verbesserungen in den kommenden Jahren ist.

Datenerfassung (Verfahrensjahr 2011)

An dem externen stationären Qualitätssicherungsverfahren gem. § 137 SGB V haben sich für das Verfahrensjahr 2011 insgesamt 364 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen beteiligt. Von diesen wurden in den 20 auf Landesebene betreuten indirekten Leistungsbereichen 920.345 Datensätze (2010: 917.111; +0,4 Prozent) für die Berechnung der Qualitätsindikatoren mit zusammen 307 Qualitätskennzahlen nach einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert. Auf dieser Datenbasis wurden von der Geschäfts-

stelle QS NRW 4.232 Klinikauswertungen elektronisch an die Kliniken versandt. Zu den zehn auf Bundesebene betreuten direkten Leistungsbereichen kommt noch einmal eine größere Anzahl von Datensätzen für 123 Qualitätskennzahlen hinzu.

Datenvalidierung (Verfahrensjahr 2011)

Im Rahmen der Datenvalidierung in den Leistungsbereichen „Hüft-Endoprothesen- und -komponenten-Wechsel“ sowie „Neonatalogie“ wurden in 19 Krankenhäusern 265 Datensätze aus den Patientenakten erneut erfasst und mit der ursprünglichen QS-Dokumentation verglichen. Es wurden keine systematischen Falschdokumentationen festgestellt. Zum zweiten Mal wurde im Rahmen des Strukturierten Dialogs auch nach den Ursachen von „Über- und Underdokumentation“ gefragt, d.h., welche Gründe dazu führen, dass mehr oder weniger Datensätze dokumentiert wurden als in der Sollstatistik dargelegt.

Strukturierter Dialog (Verfahrensjahr 2011)

In 3.316 von 66.338 geprüften Fällen (2010: 3.656; -0,7 Prozent) wurde in NRW aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten der „Strukturierte Dialog“ eingeleitet. In diesem Zuge wurden 688 Hinweise versandt und 2.943 Stellungnahmen angefordert. Dabei zeigte sich erneut, dass die Kliniken die Qualität der Leistungserbringung kontinuierlich verbessert haben. Im Rahmen des „Strukturier-

ten Dialogs“ werden Krankenhäuser auf Auffälligkeiten hingewiesen, zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, in wenigen Fällen ergänzend Klinikgespräche geführt und bei Verbesserungsbedarf Zielvereinbarungen geschlossen.

Abschlussbericht über den Strukturierten Dialog zum Verfahrensjahr 2010

Von der Geschäftsstelle QS NRW wurde ein Bericht über die Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen für das Verfahrensjahr 2010 in der vorgegebenen bundeseinheitlichen Form erstellt und an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesandt. Der Bericht enthält u. a. auch Detailanalysen zu neun Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene. Der Bericht der Geschäftsstelle QS NRW an den G-BA wurde auf Beschluss des Lenkungsausschusses QS NRW wie schon im Vorjahr auch im Internet veröffentlicht.

„Qualitätsinitiative NRW“

Für die Verfahrensjahre 2009 bis 2011 hatten die medizinischen Arbeitsgruppen, die AG QS NRW und der Lenkungsausschuss QS NRW eine „Qualitätsinitiative NRW“ zur Verbesserung des Strukturierten Dialogs im Rahmen der stationären Qualitätssicherung erarbeitet. Durch Setzung von Themenschwerpunkten mit konkreten Zielen wurden die Qualitätsverbesserungsmaß-

nahmen stärker auf bestimmte Indikatoren mit Verbesserungspotenzial fokussiert. Diese „Qualitätsinitiative NRW“ hat bundesweite Beachtung gefunden und wurde sowohl auf der Qualitätssicherungskonferenz des G-BA als auch auf der AQUA-Konferenz „Qualität kennt keine Grenzen“ vorgestellt. Die positiven Ergebnisse konnten schließlich auf der Ergebniskonferenz 2012 in Düsseldorf präsentiert werden.

Aufgrund der erzielten Erfolge hat das Lenkungsgremium QS NRW für die Verfahrensjahre 2011 bis 2013 neue Qualitätsindikatoren, Ziele und Maßnahmen für eine „Qualitätsinitiative 2.0“ verabschiedet.

10. Ergebniskonferenz QS NRW

Die 10. Ergebniskonferenz QS NRW über die Ergebnisse des Verfahrensjahres 2010 am 19.09.2012 in Düsseldorf besuchten über 300 Teilnehmer aus Krankenhäusern, Selbstverwaltung und Politik. Anlässlich des 10. Jubiläums nahm mit Barbara Steffens erstmals eine NRW-Gesundheitsministerin an der Konferenz teil. Neben einem Rückblick auf die vergangenen zehn Jahre QS NRW wurde erstmals die Qualitätsinitiative 2.0 vorgestellt. Am Nachmittag wurden in vier parallelen Workshops die Ergebnisse des Verfahrensjahres 2011 und der „Qualitätsinitiative 1.0“ mit dem Fachpublikum diskutiert.

Sonderexport für die Erprobung der Pseudonym-Erzeugung für Follow-up-

Verfahren

Erstmals wurden im Erfassungsjahr 2011 in sechs Leistungsbereichen PID-Daten (Patienten-Identifikationsdaten) erhoben. Diese mussten ab dem 01.04.2012 in dem neuen, für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung entwickelten XML-Verfahren übermittelt werden. Betroffen waren die Leistungsbereiche „Geburtshilfe“, „Neonatalogie“, „Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“, „Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponenten-Wechsel“, „Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation“ und „Knie-Endoprothesen-Wechsel und -komponenten-

ten-Wechsel“. Rechtzeitig vor dem Start der Erprobung hatte am 01.02.2012 die Vertrauensstelle nach § 299 SGB V ihren Betrieb aufgenommen. Ab dem 01.04.2012 wurden die Daten der genannten sechs Leistungsbereiche zur Pseudonymisierung und Weitergabe an die Bundesauswertungsstelle für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung entgegengenommen. Die ursprünglich bis zum 31.05.2012 geplante Übermittlungsphase musste aufgrund zahlreicher noch zu lösender Probleme bei Softwareanbietern, Datenannahmestelle, Vertrauensstelle und Bundesauswertungsstelle bis zum 18.06.2012 verlängert werden.

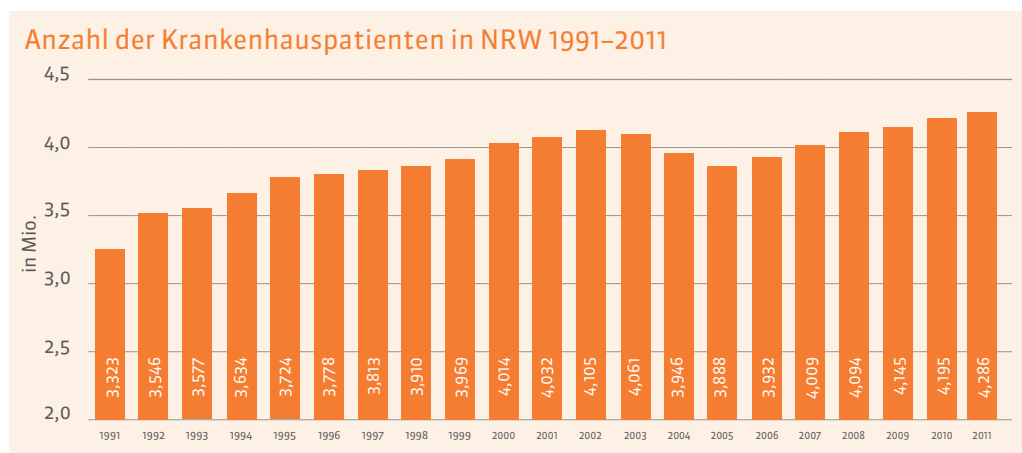
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

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

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 wurden die Voraussetzungen geschaffen, sektorenübergreifend die Qualität der Leistungserbringer zu über-

prüfen (vgl. Begründung zum GKV-WSG). Im Jahr 2010 hatte der G-BA die RL „Richtlinie gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V“ (Qesü-RL) verabschiedet.

Entwicklungsaufträge und Erprobung neuer Verfahren



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik NRW, 2011

Der G-BA hat der Institution gem. § 137a SGB V seit Dezember 2009 folgende Aufträge zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren und -instrumenten (Status Ende 2012 in Klammern) erteilt:

- Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiografie (Probetrieb 2013)
- Konisation (Probetrieb 2012 mangels Software nicht durchgeführt)
- Kataraktoperation (Probetrieb 2012 im vertragsärztlichen Bereich)
- Kolorektales Karzinom (Abschlussbericht 2011)
- Arthroskopie am Kniegelenk (Abschlussbericht 2012)
- Hüft-Endoprothesen-Versorgung (Abschlussbericht 2012)
- Knie-Endoprothesen-Versorgung (Abschlussbericht 2012)
- Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen (Abschlussbericht 2012)
- Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen (Indikatorenregister inkl. Literaturrecherche 2012)
- Psychische Erkrankungen (Scoping Workshop 2012)

Für zwei dieser Verfahren waren für das Jahr 2012 Probetriebe vorgesehen:

- Kataraktoperationen (Erprobung im vertragsärztlichen Bereich)
- Konisation (keine Erprobung mangels verfügbarer Software)

Ab dem 01.01.2013 wird das Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiografie erprobt (Vertragsärzte und Krankenhäuser).

Landesarbeitsgemeinschaft für Nordrhein-Westfalen: Verhandlungen über einen LAG-Vertrag

In Nordrhein-Westfalen haben Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaft im ersten Quartal 2012 die Gespräche zur Bildung einer Landesarbeitsgemeinschaft für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung weitgehend zum Abschluss gebracht. Bis zum Start der ersten Routineverfahren voraussichtlich ab 01.01.2014 bedarf es noch einer Finanzierungsvereinbarung und der Beauftragung der Geschäftsstelle.

Beteiligung an den Probetrieben zu den ersten Qesü-Verfahren

Auf Beschluss des Vorstands der KGNW hat sich die Geschäftsstelle aktiv am Probetrieb zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Rahmen der Qesü-Richtlinie des G-BA beteiligt. Die KGNW war Ende 2011 zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für die Erprobung der Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie“ ausgewählt worden. Die KGNW hat im Jahr 2012 aktiv interessierte Krankenhäuser geworben und parallel dazu die Voraussetzungen geschaffen, als Datenannahmestelle für die vom G-BA

beschlossenen Probebetriebe fungieren zu können. Organisatorische und technische Probleme haben den Beginn der Probebetriebe für die drei Verfahren vom G-BA und der Institution gem. § 137a SGB V mehrfach verzögert bzw. für das Verfahren „Konisation“ sogar ganz ausgesetzt.

Werbung von Mitgliedshäusern zur Teilnahme an den Probebetrieben in den Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie“

Verfahren „Konisation“: Gegenüber der Geschäftsstelle hatten vier Krankenhäuser ihr Interesse an einer Teilnahme am Probebetrieb bekundet. Davon mussten zwei Krankenhäuser ihre Teilnahme absagen, weil der KIS-Software-Hersteller das benötigte QS-Modul nicht zur Verfügung stellen konnte. Im Juni musste die Erprobung dann ausgesetzt werden, weil aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte keine Teilnehmer gewonnen werden konnten.

Verfahren „Kataraktoperation“: Gegenüber der Geschäftsstelle haben fünf Krankenhäuser ihr Interesse an einer Teilnahme am Probebetrieb bekundet. Davon mussten drei Krankenhäuser ihre Teilnahme absagen, weil der Software-Hersteller das benötigte QS-Modul nicht zur Verfügung stellen konnte. Mit den beiden verbleibenden Häusern wurden unter Einbeziehung der KGNW vertragliche Vereinbarungen mit der Institution gem. § 137a SGB V abgeschlossen. Aus technischen Gründen wurde die Datenerfassung für dieses Verfahren auf das dritte

Quartal 2012 verschoben. Ende Juni haben dann auch die Software-Hersteller der beiden verbliebenen Krankenhäuser mitgeteilt, dass das benötigte QS-Modul nicht zur Verfügung gestellt werden kann. Im Ergebnis wurde das Verfahren „Kataraktoperation“ nun nur von einer größeren Anzahl Arztpraxen erprobt, die von einem Software-Hersteller betreut werden, der ein entsprechendes QS-Modul zur Verfügung stellt.

Verfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiografie“: Gegenüber der Geschäftsstelle haben zehn Krankenhäuser ihr Interesse an einer Teilnahme am Probebetrieb bekundet. Da inzwischen fast alle Software-Hersteller ihre Zusagen für den Probebetrieb aufgekündigt haben, blieben davon nur noch drei Krankenhäuser übrig, deren Software-Hersteller zugesagt hat, das benötigte QS-Modul zur Verfügung zu stellen. Mit diesen sollen nun bis Ende des Jahres vertragliche Vereinbarungen abgeschlossen werden. Die Datenerfassung soll dann in diesen drei Häusern zum 01.01.2013 beginnen.

QR-Check: Gemeinsames Projekt der Krankenhauszweckverbände und der KGNW zur Qualitätssicherung mit Routinedaten

Weiterentwicklung des Indikatorensets

Im Berichtszeitraum 2012 hat die KGNW das Projekt „QR-Check“ in Zusammenarbeit mit den Zweckverbänden weiter vorangetrieben. Das QR-Check-Indikatorenset besteht aus ausgewählten Indikatoren auf der Basis der §-21-Daten, die routinemäßig für administrative Zwecke erhoben werden. Die Zweckverbände im Landesteil Nordrhein und in Westfalen-Lippe stellen ihren Mitgliedshäusern Auswertungen der QR-Check-Indikatoren zur Verfügung, welche die Krankenhäuser für das interne Qualitätsmanagement und die Qualitätsdiskussionen mit den Krankenkassen, insbesondere im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen, nutzen können.

Die Weiterentwicklung der QR-Check-Indikatoren erfolgte in der Arbeitsgruppe „QR-Check“ unter dem Vorsitz des Zweckverbands Rheinland. Der Schwerpunkt der Weiterentwicklung lag 2012 auf der Verschärfung des QR-Check-Indikatorensets. Durch die vertraglich vereinbarte nicht kommerzielle Nutzung der G-IQI-Indikatoren hat sich das Set auf 276 Indikatoren erweitert. Ziel der noch nicht abgeschlossenen Diskus-

sion in der Arbeitsgruppe ist es, die bereitgestellten Indikatoren auf ein handhabbares Maß von ca. 150 Indikatoren zu begrenzen.

Weiterentwicklung des Strukturierten Qualitätsberichts gem. § 137 SGB V

Der G-BA hat mit einer Überarbeitung der Anforderungen zur Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts begonnen. Die von der DKG eingesetzte Arbeitsgruppe „Strukturierter Qualitätsbericht“, in der die KGNW mit drei Personen vertreten ist, hat die Krankenhausvertreter in den G-BA-Gremien beraten und Verbesserungsvorschläge erarbeitet mit dem Ziel, den Arbeitsaufwand für die Erstellung des Qualitätsberichts für die Krankenhäuser zu reduzieren.

Die Beratungen im G-BA sind zum Berichtszeitpunkt (16.11.2012) noch nicht abgeschlossen. Konsentiert ist aber bereits, dass der Teil D „Qualitätsmanagement“ gestrichen und durch Ausfüll-Listen im krankenhäuserübergreifenden Teil A ersetzt wird. Die derzeitige Beschlusslage sieht außerdem einen einzigen Abgabetermin für den Strukturierten Qualitätsbericht 2012 zum Ende des Jahres 2013 vor.

Deutsches Krankenhausverzeichnis: Aktualisierung der Daten zu Struktur, Leistungsspektrum und Qualitätssicherung

Auch im Jahr 2012 hatten die Krankenhäuser die Möglichkeit, aktuelle Leistungsdaten und Änderungen in der personellen und organisatorischen Struktur ihres Hauses in das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) einzupflegen. Auch hier hat die KGNW ihre Mitglieder durch telefonische und elektronische Beratung unterstützt.

Verfahren zur Direktmeldung an das Epidemiologische Krebsregister NRW

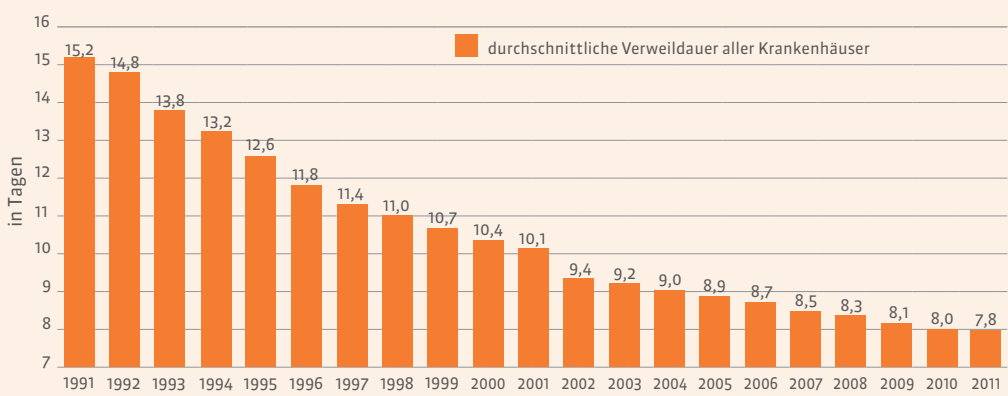
Nachdem die Gespräche zu Direktmeldungen der Krankenhäuser an das Epidemiologische Krebsregister NRW 2010 wieder aufgenommen worden waren, war ein erstes Ergebnis, die Vereinbarung einer Meldevergütung für Krankenhäuser, die bereits technisch in der Lage sind, ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand elektronische Direktmeldungen an das Krebsregister zu übermitteln, vereinbart zu haben. Im Jahr 2012 überarbeitete die KGNW in einer

gemeinsamen Empfehlung mit dem EKR NRW die Struktur der Meldevergütung. Die Empfehlung sieht eine an dem Meldeaufwand orientierte, abgestufte Meldevergütung für die Krankenhäuser pro gemeldete onkologische Neuerkrankung vor.

Bezüglich der Schaffung der technischen Voraussetzungen konnten erhebliche Fortschritte erzielt werden. Im Landesteil Nordrhein wurden die unterschiedlichen Meldewege über KV-SafeNet 2.0 und GridCard erprobt und mit dem Uniklinikum Aachen eine ADT- statt GEKID-Datensatz-Anbindung getestet.

Zum Umsetzungsstand KV-SafeNet im Landesteil Nordrhein konnten noch offene Fragen zwischen KGNW und EKR NRW geklärt werden. Die KGNW prüft derzeit, ob der Meldeweg KV-SafeNet 2.0 jetzt auch in Nordrhein funktioniert.

Verweildauer der Krankenhauspatienten in NRW 1991–2011



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik NRW, 2011

Auch der Meldeweg GridCard, so die Auskunft des EKR NRW, steht nach Fertigstellung der KVWL-seitigen Softwarefunktionalität jetzt zur Verfügung. Hauptaugenmerk ist jedoch, ob das Netz der KV Nordrhein nach dem Start von KV-SafeNet 2.0 für die Übermittlung genutzt werden kann. Die entwickelte und im Juli 2011 veröffentlichte BQS-Spezifikation

soll in der aktuellen Fassung unverändert in den Jahren 2012 und 2013 genutzt werden. Somit sind die Hersteller aufgefordert, die Filterspezifikationen in ihre Dokumentationssoftware zu implementieren, um somit den Häusern eine automatisierte und aufwandsarme Meldung an das EKR NRW zu ermöglichen.

6. Krankenhaus-Qualitätstag NRW



Einen Überblick über die Zertifizierungsverfahren für Qualitätsmanagement-Systeme gab Dr. Bettina Hahne, Qualitätsmanagerin bei der Marienhaus-Gruppe St. Wendel

Das neue Patientenrechtegesetz, Patientensicherheit, stabile Prozesse im Krankenhaus und Zertifizierungsverfahren waren die Themen des 6. Qualitätstages der

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen am 04.07.2012 im Zentrum für IT-Sicherheit in Bochum.

CIRS-NRW: Landesweites einrichtungsübergreifendes Lern- und Berichtssystem für Beinahe-Fehler



Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, zu Gast auf der CIRS-Fachtagung

Die Anregung, zusammen mit den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zur Verbesserung der Patientensicherheit ein internetbasiertes landesweites Beinahe-Fehlermelde-System (CIRS) zu betreiben, wurde nach einem Beschluss des Vorstands der KGNW in mehreren Gesprächen mit den Geschäftsstellen der beiden Ärztekammern umgesetzt. Im September 2012 konnte eine Vereinbarung „zur Durchführung eines gemeinsamen Projekts der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. und des ÄZQ für die Einrichtung eines Berichts- und Lernsystems (CIRS-NRW)“ abgeschlossen werden.

Das „CIRS-NRW“ soll die lokalen CIRS in den Krankenhäusern und Arztpraxen ergänzen. Meldungen aus den lokalen CIRS können anonymisiert und webbasiert direkt in das landesweite CIRS-NRW eingestellt werden.

Eingegangene Meldungen werden von einem Fachbeirat analysiert und mit fachlich qualifizierten Kommentaren und Hilfestellungen versehen. Die Träger des Projekts bedienen sich dazu des Sachverstands des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin.

Das CIRS-NRW wurde auf der Fachtagung „Praxisdialog CIRS im Krankenhaus“ offiziell gestartet. Weitere Maßnahmen zur Förderung des gemeinsamen Lernens aus Beinahe-Fehlern werden zwischen den beteiligten Institutionen abgestimmt.

Fachtagung „Praxisdialog CIRS im Krankenhaus“

Am 30.10.2012 veranstaltete die KGNW mit Unterstützung der Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein die Fachtagung „Praxisdialog CIRS im Krankenhaus“. Im Beisein der Gesundheitsministerin Barbara

Steffens wurde von den Vizepräsidenten der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der KGNW das CIRS-NRW als erstes landesweites Melde- und Lernsystem für medizinische Beinahe-Fehler in einem Flächenland gestartet. Annähernd 100 Qualitäts- und Risikomanager nutzten diese Fachtagung außerdem zu einem Informations- und Erfahrungsaustausch zu Beinahe-Fehler-Meldesystemen. Auf dem

„Markt der Möglichkeiten“ hatten engagierte Einrichtungen die Gelegenheit, interessante CIRS-Fälle von der Meldung bis zur umgesetzten Maßnahme vorzustellen, aktiv genutzte Analysemethoden für CIRS-Fälle zu beschreiben und Maßnahmen zur Begleitung der Einführung eines CIRS zu präsentieren. Diese Veranstaltungsreihe soll auch im nächsten Jahr fortgesetzt werden.

Telematik und IT im Krankenhaus

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Online-Rollout (Stufe 1)

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nach § 291a SGB V beinhaltet die bundesweite Etablierung einer interoperablen und kompatiblen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematik-Infrastruktur i. S. v. § 291a Abs. 7 Satz 1 SGBV) im deutschen Gesundheitswesen. Unter der Bezeichnung „Gesundheitstelematik“ sollen diese Strukturen in den nächsten Jahren stufenweise entwickelt und eingeführt werden.

Auf Beschluss der Gesellschafterversammlung der gematik noch im Dezember 2011 zur Erprobung einer ersten Stufe der Telematik-Infrastruktur erfolgte im April 2012 in drei Losen die Ausschreibung eines Teilnahmewettbewerbs im Vergabeverfahren zur Erprobung des Online-Rollouts (Stufe 1). Diese umfasste die Entwicklung, den

Aufbau und den Betrieb einer Telematik-Infrastruktur unter Einbeziehung aller relevanten Akteure, darunter u. a. neben den sonstigen Leistungserbringern auch die deutschen Krankenhäuser und ihre Verbände. Die Erprobung wird nach Abschluss des Teilnehmerwettbewerbs und dem sich anschließenden Verhandlungs- und Vergabeverfahren voraussichtlich in den zwei vorgesehenen Testregionen durch beauftragte Industriekonsortien frühestens ab dem zweiten. Halbjahr 2013 erfolgen. Dabei sollen die Kriterien Praxistauglichkeit, Akzeptanz, Betriebstauglichkeit und Datenschutz beim Datenabgleich und -austausch der Versichertenstammdaten (VSDM) und bei der neuen Funktionalität einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES) überprüft sowie die Anbindung von Bestandsnetzen unter Berücksichtigung systembedingter Anforderungen umgesetzt werden. NRW soll nach der Planung der Bund-Länder-

Arbeitsgruppe Telematik gemeinsam mit Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen eine der beiden zukünftigen Testregionen bilden.

Die Erkenntnisse aus dem in Form eines Feldtests durchgeführten Erprobungsverfahren sollen anschließend in die fachliche, technische und logistische Umsetzung des bundesweiten Online-Rollouts (Stufe 1) einfließen. Dabei werden die getesteten Funktionen der eGK in der Folge für alle Beteiligten verfügbar gemacht.

In 2012 wurde gleichzeitig die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte durch die Krankenversicherungen an ihre Mitglieder fortgesetzt. Der Einsatz dieser neuen Karten erfolgt in den NRW-Krankenhäusern offenbar störungsfrei, was aus ausbleibenden Rückfragen geschlossen werden kann. Bis zum Ende des Jahres 2012 sollen aufgrund der entsprechenden Festlegung im GKV-Finanzierungsgesetz insgesamt 70 Prozent der Versicherten mit einer eGK nach § 291a SGB V ausgestattet werden.

Stufenplan „Nutzung der Telematik-Infrastruktur durch die NRW-Krankenhäuser“

Die Aufträge zu den Test- und Erprobungsverfahren wirken sich ab 2013 auch direkt auf die Leistungserbringer in der Testregion Nord aus. Vor diesem Hintergrund hat die KGNW mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) abgestimmt, dass die Krankenhäuser grundsätzlich eine gleichberechtigte Position bei der Konzeption und

Durchführung der Tests in NRW einnehmen. Das MGEPA beabsichtigt, in Anlehnung an die Beschlüsse des Ärztlichen Beirats zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur (TI) für das Gesundheitswesen in NRW und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen, in der hiesigen Testregion neben den von der Telematik vorgesehenen Test- und Erprobungsverfahren u. a. nutzerorientierte Telematik-Anwendungen wie den elektronischen Arztbrief (eArztbrief), den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA mit QES) und insbesondere die Elektronische Fallakte (EFA) testen zu lassen. Hierfür erarbeitet die KGNW aktuell in Abstimmung mit dem MGEPA einen strukturierten Stufenplan „Nutzung der Telematik-Infrastruktur durch die NRW-Krankenhäuser“. Dies erfolgt unter dem vom Vorstand der KGNW formulierten Vorbehalt, dass durch das MGEPA eine hinreichende Finanzierung seitens des Landes Nordrhein-Westfalen gewährleistet wird.

Der Stufenplan soll als organisatorische Grundlage für die anstehenden Test- und Erprobungsverfahren dienen, einen strukturierten Ablauf sicherstellen und u. a. auch gewährleisten, dass die Auswahl der Testteilnehmer Krankenhäuser und Vertragsärzte aus der gemeinsamen und gleichberechtigten Perspektive der niedergelassenen Ärzte und der mit Ärztenetzen zusammenarbeitenden Kliniken erfolgt. Der aktuelle Entwurf sieht die vier Arbeitspakete „Technik“, „Finanzierung“, „Medizinische Use Cases“ und „Organisation/Stufenplan“ vor, deren inhaltliche Ausgestaltung jeweils durch eine entsprechende Arbeitsgruppe, bestehend

aus fachlich zuständigen Vertretern der KGNW, des MGEPA und externen Experten, erfolgt. Der Stufenplan, der die Belange der Krankenhäuser umfänglich berücksichtigen soll, verfolgt das Ziel, alle relevanten Akteure erfolgreich einzubinden und insbesondere Krankenhäuser zur Teilnahme an den Testverfahren zu motivieren. Darüber hinaus sollen „Schwachstellen“ aufgedeckt und dadurch auch eine Nachhaltigkeit der Investitionen in die TI und in TI-Anwendungen gewährleistet werden.

Nach entsprechenden Vorgesprächen fanden in der zweiten Jahreshälfte 2012 bereits Auftaktsitzungen der Arbeitsgruppen „Organisation/Stufenplan“ und „Finanzierung“ statt. Für Anfang Dezember ist ein erstes Treffen der AG „Medizinische Use Cases“ geplant. Ziel der weiteren Arbeiten ist es, das Konzept für den Stufenplan in den vier Arbeitsgruppen weiterzuentwickeln bzw. vor Beginn der gematik-Tests in 2013 fertigzustellen.

Mitarbeit in den NRW-Gremien zur Einführung der eGK und im Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen

Die KGNW-Geschäftsstelle hat die Interessen der Krankenhäuser im Rahmen der eGK-Einführung in NRW und insbesondere in der Testregion Bochum/Essen im Rahmen der zahlreichen Gremien und Arbeitsgruppen vertreten, z. B. in der ARGE eGK/HBA-NRW und deren Arbeitsausschuss, sowie im „Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen“. Letzterer setzt sich aus Vertretern der Ärzteschaft des stationären und ambulanten Sektors und des MGEPA sowie aus Experten zusammen und soll u. a. den Aufbau einer Telematik-Infrastruktur begleiten mit dem Ziel, die Praxistauglichkeit der Telematik-Anwendungen in der Testregion zu sichern.

Die Vorausplanungen für die anstehenden gematik-Feldtests der Leistungserbringer in der Testregion Nord, zu der neben NRW die Länder Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz gehören, haben vonseiten der ARGE eGK/HBA-NRW im Rahmen des Ausschreibungs- und Verhandlungsverfahrens bereits begonnen. Hier engagiert sich die KGNW in einem gemeinsamen Arbeitskreis, der die möglichen Leistungen der Leistungserbringer eruiert und im Gegenzug Forderungen der Testregion und Testteilnehmer an die voraussichtlich im Frühjahr 2013 ausgewählten Gewinner des Verfahrens aus der Industrie formuliert.

Mitarbeit in der Landesinitiative „eGesundheit.NRW“ – Elektronische Akten – Verein Elektronische Fall Akte

Nach der vom MGEPA in die Wege geleiteten Landesinitiative „eGesundheit NRW“ stellen einrichtungsübergreifend verfügbare elektronische Fall- und Patientenakten ein Kernelement moderner Gesundheitssysteme für eine bessere Kommunikation, Koordination und Dokumentation der Versorgung von Patientinnen und Patienten dar.

Das Projekt „Elektronische Fall Akte“ (EFA), das ab 2006 von mehreren privaten Klinikträgern mit Unterstützung des Fraunhofer-Instituts ISST in Dortmund konzipiert wurde, ist im Berichtszeitraum vom Verein elektronische FallAkte e. V., dem neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft u. a. auch die KGNW als Mitglied angehört, in 2012 kontinuierlich weiterentwickelt worden. Hieran sind auch mehrere NRW-Krankenhäuser beteiligt.

Die in 2009 vereinbarte enge Kooperation zwischen dem EFA-Verein und dem vom NRW-Gesundheitsministerium maßgeblich unterstützten Projekt einer elektronischen Patientenakte (EPA 2015) dient der Nutzung von Synergien zwischen beiden Initiativen und wurde seit 2010 u. a. durch die Gründung gemeinsamer Arbeitsgruppen umgesetzt. Ziel beider Projekte ist der Aufbau einer Referenzarchitektur, die herstellerunabhängige (Sicherheits-)Standards und Interoperabilitätsregeln für den Informationsaustausch festlegt sowie die

Einbindung in etablierte Branchenprodukte ermöglicht. Das konsentrierte Referenzschema und die daraus abgeleiteten Schnittstellendefinitionen sollen Voraussetzungen für zukunftssichere Investitionen bei den Unternehmen und für mehr Planungssicherheit der Leistungserbringer bei einer einrichtungsübergreifenden Vernetzung schaffen. Die KGNW hat ihre unterstützende Mitarbeit auch im Jahr 2012 u. a. durch ihre Mitgliedschaft im EFA-Verein und durch die Beteiligung in verschiedenen EFA- und EPA-Arbeitsgremien auf der Landesebene fortgesetzt.

Software als Medizinprodukt

Bedingt durch den rasanten Fortschritt in der Informationstechnologie, der zahlreiche Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität bietet, bringt dieser Wandel auch eine fortschreitende Technisierung der Prozesse im Krankenhaus mit sich. Um die Krankenhäuser in NRW auf die zunehmenden regulatorischen Unklarheiten in diesem Bereich vorzubereiten, erstellte die Geschäftsstelle der KGNW unter Einbeziehung der Kommission „IT im Krankenhaus“ einen Leitfaden zum Thema. Es ist zu konstatieren, dass die rechtskonforme Handhabung dieser veränderten Vorgaben nur durch ein engeres Zusammenrücken von IT-Abteilung und der für die Medizintechnik zuständigen Abteilung in den Häusern zu gewährleisten

sein wird. Ein besserer Austausch zwischen den Abteilungen ist wünschenswert und eine Überarbeitung bestehender Prozesse in den IT-Abteilungen notwendig

Der KGNW-Leitfaden „Software als Medizinprodukt“ wird, bedingt durch eine Präzisierung seitens der Europäischen Kommission, derzeit durch die Geschäftsstelle der KGNW überarbeitet und den Mitgliedskrankenhäusern, vorbehaltlich eines entsprechenden Gremienbeschlusses, im Sommer 2013 in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.

Risikomanagement in medizinischen IT-Netzwerken

Als neue Norm beschreibt die im November 2011 in deutscher Sprache erschienene „DIN EN 80001-1:2011 – Anwendung des Risikomanagements für IT-Netzwerke, die Medizinprodukte beinhalten“, wie Krankenhäuser als Betreiber von Medizinprodukten in IT-Netzwerken ein Risikomanagement für die Integration von Medizinprodukten in ihre IT-Netzwerke einführen und umsetzen können. Der Krankenhausleitung werden hierbei konkrete Verantwortlichkeiten, wie z. B. die Benennung eines Risikomanagers und die Bereitstellung ausreichender Kapazitäten und Ressourcen, übertragen.

Die KGNW engagiert sich auf nationaler Ebene in dem für die Ausarbeitung der Norm und der ergänzenden Technical Reports zuständigen Arbeitskreis bei der Deutschen Kommission Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik im DIN und VDE (DKE) in Frankfurt und in verschiedenen Arbeitsgruppen auf der Landes- und Bundesebene.

Nach der Fertigstellung der nationalen Übersetzung der Norm und der gemeinsamen Erarbeitung der DKG-Broschüre „Anwendung des Risikomanagements für IT-Netzwerke, die Medizinprodukte beinhalten (DIN EN 80001-1:2011)“ als praktikable und praxisnahe Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser in 2011 stand im vergangenen Jahr die Mitarbeit auf nationaler und internationaler Ebene an den sog. Technischen Berichten zur Norm (Technical Reports) im Vordergrund. Hierbei konzentriert sich die internationale Mitarbeit der entsprechenden Arbeitskreise der DKE unter KGNW-Beteiligung aktuell auf die Dokumente „ISO/TR 80001-2-x: Application of risk management for IT-networks incorporating medical devices – Part 2-x: Guidance on distributed alarm systems“ und „Guidance for responsibility agreements“.

KGW-Fachtagung „Risikomanagement für IT-Netzwerke mit Medizinprodukten – Die Umsetzung der neuen DIN EN 80001-1:2011 im Krankenhaus“ am 27.02.2012

Die neue Norm DIN EN 80001-1:2011 gibt den Krankenhäusern Empfehlungen für ein systematisches Risikomanagement bei der Integration von Medizinprodukten in ihre IT-Netzwerke. Die Norm sieht für Geschäftsführung, Medizintechnik, IT und Einkauf von Krankenhäusern konkrete Verantwortlichkeiten, Risikomanagementprozesse und das Führen einer Risikomanagementakte vor.

Vor dem Hintergrund dieser für die Krankenhäuser wichtigen Neuerung veranstaltete die KGW am 27.02.2012 im Radisson Blu Scandinavia Hotel Düsseldorf eine KGW-Fachtagung, die sich an Geschäftsführer und die Leiter der Bereiche IT, Medizintechnik und Risikomanagement in den Kliniken richtete. Unter der Überschrift „Risikomanagement für IT-Netzwerke mit Medizinprodukten – Die Umsetzung der neuen DIN EN 80001-1:2011 im Krankenhaus“ konnten sich

die Teilnehmer in fünf Fachvorträgen über den rechtlichen Änderungsrahmen sowie über praktische Umsetzungsmöglichkeiten informieren und ihre individuellen Fragen mit den Experten diskutieren.

Aufnahme des Themenfelds Medizintechnik in die Arbeit der Kommission IT

Mit der zunehmenden Verzahnung der Themenfelder Informationstechnik und Medizintechnik und den damit einhergehenden gemeinsamen Themen wächst der Bedarf eines fachübergreifenden Dialogs – auch in den Gremien der KGW. Dieser Entwicklung wird mit der thematischen Erweiterung der Kommission „IT im Krankenhaus“ Rechnung getragen.

Datenübermittlung nach § 301 SGB V – Erweiterung um Regelungen zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Auch im Jahr 2012 war eine Reihe von Schlüsselentscheidungen und Nachträgen umzusetzen. Hierbei sind insbesondere die Änderungen infolge der Umsetzung der im PsychEntgG enthaltenen Regelungen zur

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und die Dokumentation der Leistungen für Psychiatrische Institutsambulanzen entsprechend der

Vereinbarung zu § 295 Abs. 1b SGB V erwähnenswert. Daneben erfolgte die Umsetzung der Regelungen für das Verfahren zur Abrechnung ambulanter Vergütungen für die Hochschulambulanzen und psychiatrischen Institutsambulanzen.

Datenübermittlung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

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

Für die Kalkulation des Landesbasisfallwerts werden die DRG-Daten jährlich auch von der KGNW erhoben, um im Rahmen der Verhandlungen der Argumentation der Kostenträger oder auch in einem potenziellen Schiedsstellenverfahren begegnen zu können. Für das Jahr 2011 stellten bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung (15.11.2010) 90 Prozent der dazu aufgeforderten Häuser ihre Daten für dieses Projekt zur Verfügung. Die Daten werden im Rahmen eines gemeinsamen Projekts der deutschen Landeskrankenhausgesellschaften zentral von der dazu beauftragten Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH in Saarbrücken strukturiert, gruppiert und aufbereitet.

Veränderung der Datenerhebung zur Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV)

Die KGNW erhebt jährlich von allen Mitgliedskrankenhäusern die Grunddaten zur Krankenhausstatistik gem. § 3 und § 4 KHStatV. Diese Daten werden auch an Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) übermittelt. Um dieses jährlich wiederkehrende Verfahren der Datenübermittlung für die Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger zu vereinfachen, wurde nun die Möglichkeit geschaffen, dass diese Daten der KGNW über IT.NRW zur Verfügung gestellt werden. Dadurch müssen die Daten nur an eine Stelle versandt werden und zugleich vereinheitlicht sich dadurch auch die Datenbasis von IT.NRW und KGNW. Diese Änderung betrifft alle Grunddaten rückwirkend ab dem Berichtsjahr 2011, sofern der jeweilige Krankenhausträger zugestimmt hat.

Datenerhebung für die Verhandlungen zum landesweiten Basisfallwert

Zur Vorbereitung der Verhandlungen zum landesweiten Basisfallwert erhebt die KGNW in jedem Jahr die Vereinbarungsdaten der ca. 350 beim Landesbasisfallwert berücksichtigungsfähigen DRG-Krankenhäuser. Die Daten werden entweder direkt bei den Krankenhäusern oder über die Krankenhauszweckverbände erhoben und intern in einer eigens hierfür entwickelten Datenbank verarbeitet und aufbereitet.

Informationsbörse der KGNW zu krankenhausindividuellen Entgelten

Die KGNW führt seit mehreren Jahren eine Datensammlung zu den vereinbarten krankenhausindividuellen Entgelten nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bei den Mitgliedskrankenhäusern und den Krankenhauszweckverbänden durch und wertet die Ergebnisse für die beteiligten Krankenhäuser zur Vorbereitung der nächsten Budgetverhandlungen statistisch aus.

In 2012 erfolgte die Bekanntgabe der Auswertungsergebnisse für das Budgetjahr 2011 an zwei Terminen im August.

IT-Trends – Fachforum der KGNW

Im Rahmen des Kongresses „IT-Trends Medizin/Health Telematics 2012“ am 12.09.2012 in Essen beteiligte sich die KGNW als Kooperationspartner und wirkte aktiv bei der Themenfindung mit. Neben einigen Referenten, die über Projekte in Krankenhäusern in NRW

berichteten, stellte die KGNW auch Moderatoren für einzelne Fachforen. Veranstalter der IT-Trends sind das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG), die Essener Wirtschaftsförderungsgesellschaft (EWG) und die Messe Essen mit Unterstützung des NRW-Gesundheitsministeriums. Im Rahmen eines moderierten Dialogs zum Thema „Nutzerorientierung im Gesundheitswesen“ stimmten die Diskutanten, unter ihnen Herr Dr. med. Andreas Sander stellvertretend für die KGNW, die Kongressbesucherinnen und -besucher auf die Fachvorträge und Diskussionen des diesjährigen Fachkongresses ein. Die knapp 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hörten Beiträge zu aktuellen Telematik-Anwendungen im Gesundheitswesen, Telemedizin, einrichtungsinternen und sektorübergreifenden Kommunikationslösungen, dem elektronischen Gesundheitsberuferegister (eGBR) und Heilberufsausweisen sowie zu den Themen Mobile Health und Prozessoptimierung im Gesundheitswesen durch IT.

Datenschutz-Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme – Arbeitsgruppe Datenschutz der KGNW

Im Frühjahr 2011 veröffentlichten die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder die „Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme“ (OH KIS). Sie soll den datenschutzkonformen Umgang mit elektronischen Patientendaten im Krankenhaus regeln und den Landesbeauftragten für den Datenschutz Leitlinien an die Hand geben, an-

hand derer die Prüfung der bestehenden Systeme in den Krankenhäusern vorgenommen werden kann. Die Geschäftsstelle der KGNW begleitet das Thema sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene, um in der Diskussion mit den Datenschützern Regelungen zu finden, die der Realität in den Krankenhäusern entsprechen und für diese umsetzbar sind.

Um die Diskussion über die Forderungen der Datenschützer zu bewerten und einen intensiven Praxisbezug herstellen zu können, wurde im Auftrag des Vorstands der KGNW die „Arbeitsgruppe Datenschutz“ ins Leben gerufen. Dieser gehören IT-Leiter und Datenschutzbeauftragte aus Krankenhäusern in NRW an. Im Rahmen dieses Expertengremiums wurde die gesamte „Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme“ durchgearbeitet und zu jedem einzelnen Punkt Stellung genommen. In vielen Punkten besteht Konsens zwischen Datenschützern und den Krankenhäusern, da viele der formulierten Anforderungen in den Häusern bereits gelebt werden. Allerdings sind in der OH KIS viele Formulierungen enthalten, die den aktuellen Handlungsabläufen und Strukturen der Häuser mitnichten gerecht werden und schlichtweg nicht abbildbar sind.

Das Ergebnis der Kommentierung der OH KIS durch die Arbeitsgruppe Datenschutz diente neben den Konsultationen auf Landesebene mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationssicherheit auch in den Beratungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit den Vertretern der, für die OH KIS zuständigen, Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit als Basis. Für das Jahr 2013 ist eine Überarbeitung der OH KIS geplant. Die Krankenhausvertreter wurden von den Vertretern der Datenschützer dazu eingeladen, an dieser Überarbeitung aktiv mitzuwirken. Im Sinne einer Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme, die für alle Krankenhäuser in NRW umsetzbar ist.

Mitwirkung in der AG Krankenhaus-Informationstechnik der DKG

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft initiierte auf Empfehlung ihres Fachausschusses für „Daten-Information und -Kommunikation“ eine Arbeitsgruppe „Krankenhaus-IT“, die sich zukünftig mit den in der Krankenhaus-IT vorherrschenden Themen befassen soll und im Sinne aller Krankenhäuser in Deutschland Handlungsleitfäden und Umsetzungshinweise zu speziellen aktuellen Themen erarbeiten soll. Somit sollen neben einem einheitlichen Vorgehen der Krankenhäuser auch Informationsdefizite in den Häusern behoben werden, die keine Möglichkeit haben, jede Entwicklung auf Basis gesicherter Kenntnisse mitzunehmen.

Um einen Überblick über die derzeitige Situation der IT-Abteilungen in Deutschland zu erhalten, initiierte die DKG eine umfassende Befragung einzelner, durch Stichprobenziehung ausgewählter Häuser zum Status quo der Krankenhaus-IT und zu den Erwartungen seitens der IT-Verantwortlichen. Diese Befragung wird im Jahr 2013 ausgewertet. Die Ergebnisse sollen neben der Unterstützung der Verbandsarbeit auf Bundes- und Landesebene auch einer Themenpriorisierung für die Arbeitsgruppe Krankenhaus-IT dienen. In der zweiten Hälfte des Jahres befasste sich die Arbeitsgruppe schwerpunktmäßig mit dem Thema Datenschutz bei Zugriffen auf elektronische Patientendaten und der „Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme“ der Beauftragten für den Datenschutz und Informationsfreiheit des Bundes und der Länder. Die im Rahmen der Arbeitsgruppe erarbeiteten

Positionen dienen der DKG als Basis für die weiteren Gespräche mit den Datenschützern. Ziel der Bestrebungen ist es, für die Krankenhäuser umsetzbare Vorgaben nach dem Prinzip „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ zu erarbeiten. Es soll ein Gleichgewicht zwischen Wahrung der Patientensicherheit, den datenschutzrechtlichen Vorgaben und einer für die Häuser leistbaren Bürokratie gefunden werden. Die KGNW beteiligt sich aktiv an einer gemeinsamen Überarbeitung der Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme durch Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Länder und der Kirchen, Vertreter der Hersteller und Krankenhausvertreter im kommenden Jahr.

Datenanalyse

Krankenhausstatistik: Auswertung der planungsrelevanten Daten 2011

Für das Berichtsjahr 2011 wurden, wie in den vorangegangenen Jahren, die Daten gemäß Krankenhausstatistikverordnung von den KGNW-Mitgliedskrankenhäusern erhoben. Die überwiegende Mehrheit der Mitgliedshäuser nutzte dafür das Programm der DKG und übermittelte die Daten in elektronischer Form.

Die Prüfung und Auswertung der planungsrelevanten Daten wird im Januar 2013 abgeschlossen und wird dann im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung stehen.

DKI-Studie „Determinanten der Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen (Teil 2): Regionale Besonderheiten“

Im Zuge von Diskussionen um die Ursachen für die leicht erhöhte Krankenhaushäufigkeit (Fallzahl je 10.000 Einwohner) in Nordrhein-Westfalen (im Jahr 2009 um 5,9 Prozent über dem Bundesdurchschnitt) ist das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) bereits im Vorjahr den Ursachen (Determinanten) nachgegangen. In einer ersten Untersuchung hat das DKI im Auftrag der KGNW Literatur und Daten zusammengetragen, um die möglichen Einflussfaktoren auf die Krankheitslast (Morbidität) der Bevölkerung und letztlich die Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen näher zu untersuchen.

Neben Alter und Geschlecht wurden Arbeitslosigkeit und Armut als Determinanten der Krankenhaushäufigkeit identifiziert. Die Ergebnisse des ersten Teils zeigen, dass bereits 28,8 Prozent der Erhöhung der Krankenhaushäufigkeit mit dem sozioökonomischen Erbe Nordrhein-Westfalens und den damit verbundenen Determinanten Arbeitslosigkeit und Armut in Verbindung stehen.

An den ersten Teil anschließend, wurde das DKI beauftragt, in einer weiteren Untersuchung die ermittelten Determinanten der Krankenhaushäufigkeit auf der regionalen

Ebene zu untersuchen. Der im Spätsommer fertiggestellte zweite Teil untersucht also die regionalen Unterschiede der Krankenhaushäufigkeit innerhalb Nordrhein-Westfalens. Um den Anteil der einzelnen ICD-10-Hauptdiagnosegruppen an der im Bundesdurchschnitt höheren Krankenhaushäufigkeit zu ermitteln, wurden für die Betrachtung der Determinanten die Krankenhaushäufigkeit entsprechend ihrer Assoziation mit Arbeitslosigkeit, Armut, Erwerbsminderung und Alter zusammengefasst und die Krankenhaushäufigkeit bezogen auf die Wohnbevölkerung betrachtet. Die Untersuchung basiert auf altersstandardisierten Kennzahlen, die sich für jeden Kreis an der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens orientieren. Im Unterschied zum ersten Teil kann auch ein deutlicherer Zusammenhang auf der regionalen Ebene zwischen Krankenhaushäufigkeit und Altenquotient sowie Erwerbsminderung aufgezeigt werden, während Arbeitslosigkeit und Armut wie schon im ersten Teil der Untersuchung auch im regionalen Kontext in Kreisen mit erhöhter Krankenhaushäufigkeit eine stärkere Ausprägung aufweisen. Die modellhafte Untersuchung zeigt, dass bis zu 96 Prozent der erhöhten Krankenhaushäufigkeit mit soziodemografischen und sozioökonomischen Determinanten, den ihnen zugeordneten ICD-10-Hauptdiagnosegruppen und der damit in vielen Regionen Nordrhein-Westfalens erhöhten Morbidität assoziiert sind. Eine stärkere Ausprägung der Einflussfaktoren geht auch mit einer höheren Krankenhaushäufigkeit einher, sodass sich ein Zusammenhang zwischen beiden bestätigt.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass:

- in NRW die in der Literatur beschriebene starke Assoziation zwischen Armut, Arbeitslosigkeit, Altenquotient und Anteil der Erwerbsminderungsrenten auf der einen Seite und Krankenhaushäufigkeit auf der anderen Seite vorliegt und somit ein erheblicher Anteil der leicht erhöhten Krankenhaushäufigkeit mit dem soziokulturellen Erbe NRWs und den damit verbundenen Determinanten verknüpft ist.
- Armut, Arbeitslosigkeit, Alter und Erwerbsminderung maßgeblich für die Erhöhung sind, aber weitere Einflussfaktoren (z. B. Berufskrankheiten, Raucheranteil, Adipositas) die Ergebnisse stützen.
- ein Einflussfaktor allein die höhere Krankenhaushäufigkeit nicht erklären kann, da die Zusammenhänge zwischen den demografischen und den sozioökonomischen Faktoren einerseits und der Krankenhaushäufigkeit andererseits multifaktoriell sind, also keine monokausalen Erklärungen möglich sind.

Die Ergebnisse und ein Bericht wurden der Ministeriumsspitze durch das DKI im Oktober 2012 vorgestellt sowie über die Verteiler der KGNW veröffentlicht. Zudem wurden die Methoden und Ergebnisse auf der Jahrestagung des Arbeitskreises für Medizinische Geografie und der Arbeitsgruppe Räumliche Statistik, die im Herbst in Remagen bei Bonn stattfand, bei positiver Resonanz durch die KGNW-Geschäftsstelle vorgestellt.

DKI-/KGNW-Studie „Einfluss der haus- und fachärztlichen Versorgung auf die Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen“

In einer weiteren Untersuchung wird in einem Gemeinschaftsprojekt von DKI und KGNW der „Einfluss der haus- und fachärztlichen Versorgung auf die Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen“ thematisiert. Gleichmaßen Ausgangspunkt und Motivation für die Bearbeitung dieser Fragestellung ist die zunehmende Nachfrage nach den Wechselwirkungen zwischen den Strukturen und Leistungen des ambulanten und des stationären Sektors. Publikationsfähige Ergebnisse werden für das Jahresende erwartet.

Themenfeld „Regionalanalysen in der Versorgungsforschung“

Der bereits 2011 beschriebene Trend zur kartografischen Aufbereitung von Krankheitslasten und Versorgungsstrukturen auf Basis von Sekundärdatenanalysen hat sich auch in diesem Jahr bekräftigen. Diese Entwicklung bestätigt die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz beabsichtigte „Sicherstellung der wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung und einer zielgenaueren und regionalen Besonderheiten

Rechnung tragenden flexiblen Ausgestaltung der Bedarfsplanung“. Daher erheben solche Untersuchungen zusehends den Anspruch, Instrumente zur Versorgungsplanung und -steuerung zu liefern. Trotz unterschiedlichster Herangehensweise ähneln sich die Ergebnisse, sodass vielmehr die Frage der Ergebnisaufbereitung und -interpretation verstärkt in den Fokus gerückt ist. Insbesondere ist eine Zunahme der vergleichend-kartografischen Darstellungen zu beobachten. Einfach zu bedienende Visualisierungssoftware und fehlende Standards haben zur Formierung einer Initiative zur „Guten kartografischen Praxis im Gesundheitswesen“ (GKPiG) geführt, die den Anspruch haben soll, eben diese zu setzen und zu vermitteln. Die KGNW-Geschäftsstelle engagiert sich aktiv im Entwicklungsprozess dieser Initiative.

Die KGNW-Geschäftsstelle wird diese Entwicklungen weiterhin kritisch verfolgen, um planungsrelevante Ergebnisse frühzeitig bewerten zu können und ihrerseits proaktive Auswertungen der ihr verfügbaren Routinedaten vorzunehmen.

Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit

Begleitung des Forschungsauftrags „Analyse der Eliminationsmöglichkeiten von Arzneimitteln in den Krankenhäusern in NRW“ des NRW-Umweltministeriums

Das Forschungsprojekt „Analyse der Eliminationsmöglichkeiten von Arzneimitteln in den Krankenhäusern in NRW“ des Ministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz NRW (MKLUNV) untersucht den Eintrag von Arzneimitteln in Kläranlagen und Oberflächengewässer über das Abwasser von Krankenhäusern.

Durch frühzeitige Intervention war es der KGNW gelungen, das ursprüngliche Forschungskonzept einer Vollerhebung der Arzneimittelverbräuche in allen Krankenhäusern zu verändern. Die KGNW konnte

erreichen, dass nur wenige Krankenhäuser zum Arzneimittelverbrauch befragt wurden und an 20 Krankenhäusern durch mengenproportionale Dauerprobenahme die Arzneimittelfrachten im Abwasser gemessen wurden. Damit sollte die Validität eines mathematischen Modells zur theoretischen Berechnung der Eintragsmengen von Arzneimitteln in das Krankenhausabwasser überprüft werden. Nach einiger Verzögerung waren im Sommer alle Proben gezogen und analysiert. Erste Detailergebnisse wurden auf dem 8. Krankenhaus-Umwelttag vorgestellt. Die vom Umweltministerium beauftragten Forschungsinstitute erstellen derzeit den Abschlussbericht für das Forschungsprojekt. Welche umweltpolitischen Konsequenzen aus den Forschungsergebnissen gezogen werden, lässt sich noch nicht absehen.

8. Krankenhaus-Umwelttag NRW



Dr. Johannes Watterott, Kliniken Essen-Mitte, referierte über „Modulare Aufgabenbeschreibungen für Abfall- und Umweltbeauftragte“

Schwerpunkte des 8. Krankenhaus-Umwelttages am 25.09.2012 im Horion-Haus beim Landschaftsverband Rheinland in Köln mit über 80 Teilnehmern waren umweltgerechte Logistik und Beschaffung, Arzneimittel im Krankenhausabwasser sowie Energieeffizi-

enz im Krankenhausbau. Der Krankenhaus-Umwelttag wurde ausgerichtet von der KGNW, dem Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW und dem Fachverband Krankenhaustechnik (FKT).

Weitere Themen der Krankenhausorganisation

Netzwerk Patientenberatung

Im „Netzwerk Patientenberatung NRW“ (NePa) hatten sich die Ärztekammern, die KGNW und Einrichtungen der Patientenberatung sowie Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen, um in einem gemeinschaftlichen und abgestimmten Prozess Transparenz über Beratungsangebote und -strukturen herzustellen, Vernetzungen und Kooperationen zwischen Beratungseinrichtungen zu initiieren und die Diskussion über

Standards guter Beratung sowie deren Umsetzung voranzutreiben. Anfang 2012 wurde bei einer Standortbestimmung festgestellt, dass das Engagement der beteiligten Einrichtungen nachgelassen habe. Außerdem hätten sich die politischen Rahmenbedingungen geändert. Mit der Einrichtung der Unabhängigen Patientenberatung seien neue Beratungsstrukturen etabliert worden. Das Netzwerk Patientenberatung hat daher seine Aktivitäten eingestellt.

IT-Service für Mitglieder und Geschäftsstelle

Webbasierter Mitgliederservice

Die Geschäftsstelle betreut in dem in den Webauftritt der KGNW integrierten Mitgliederservice ca. 900 Benutzer aus den Mitgliedskrankenhäusern und Mitgliedsorganisationen. Dort werden die Rundschreiben und Informationen der KGNW zentral in einem geschützten Bereich bereitgestellt. Die Benutzer erhalten automatisiert Informationen zu neu eingestellten Dokumenten, so-

dass kein zusätzlicher Aufwand durch den papierbasierten Versand von Informationsschreiben entsteht.

Ergänzend werden „Pressezugänge“ für Mitglieder angeboten, die es den Krankenhäusern ermöglichen, ihre Pressemeldungen selbst einzustellen; diese werden durch die KGNW-Geschäftsstelle freigegeben.

Elektronischer Versand von Gremienunterlagen

Die Gremienmitglieder der KGNW erhalten seit diesem Jahr ihre Gremienunterlagen mittels elektronischen Versands. Zum einen stehen den Mitgliedern der Gremien somit fortan sämtliche Unterlagen auch vergangener Gremien seit Umstellung auf den elektronischen Versand online zur Verfügung und zum anderen entfällt der zeit- und materialaufwendige Postversand der Unterlagen an die Teilnehmer.

IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle

Der Umzug der Geschäftsstelle der KGNW bedeutete auch für die Verantwortlichen in der IT eine besondere Herausforderung vor allem in der Planung der IT-Infrastruktur der neuen Immobilie. Die Koordination der hierfür zuständigen Gewerke oblag der Geschäftsstelle und ermöglichte es, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KGNW verbesserte Arbeitsbedingungen zu schaffen. Zudem oblag auch die Koordination der technischen Planung der Konferenzräume in der neuen Immobilie der Geschäftsstelle, sodass hier den besonderen Anforderungen durch Sitzungen, in denen multimediale Inhalte wiedergegeben werden sollen, Rechnung getragen werden konnte.

Im vergangenen Jahr vollzog die Geschäftsstelle zudem einen Wechsel der kompletten Serverinfrastruktur. Zukünftig setzt die KGNW auf eine sog. virtuelle Umgebung, um den gestiegenen Anforderungen an Datenmanagement, Datenanalyse, Datensiche-

rung, E-Mail-Erreichbarkeit und die Archivierung von digitalen Dokumenten gerecht werden zu können. Damit können zukünftig neue Standards in puncto Datensicherheit und Performanz erreicht werden. Der Umstieg wird voraussichtlich im ersten Quartal 2013 komplett abgeschlossen sein.

Um für die Zukunft eine einheitliche IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle zu etablieren und strategisch weiterentwickeln zu können, wurde die Erstellung eines IT-Rahmenkonzepts weiter vorangetrieben.

Interne Datenservices/Mitgliederverwaltung

Die Vorhaltung und Verwaltung der KGNW-Mitgliederdaten erfolgt in hierzu eigens entwickelten Datenbanken. In 2012 wurde mit der kompletten Überarbeitung und Konsolidierung dieser in den zurückliegenden Jahren aufgebauten Datenbanken begonnen, um mögliche Redundanzen auszuschließen und Auswertungsmöglichkeiten weitgehend zu standardisieren und zu verbessern. Parallel dazu wird die Usability der Benutzeroberfläche in Zusammenarbeit mit den Anwenderinnen und Anwendern optimiert. Die Überarbeitung wird in 2013 fortgesetzt und abgeschlossen.

Krankenhausstatistik

Auswertung der Betten und Patientenbewegungen 2011

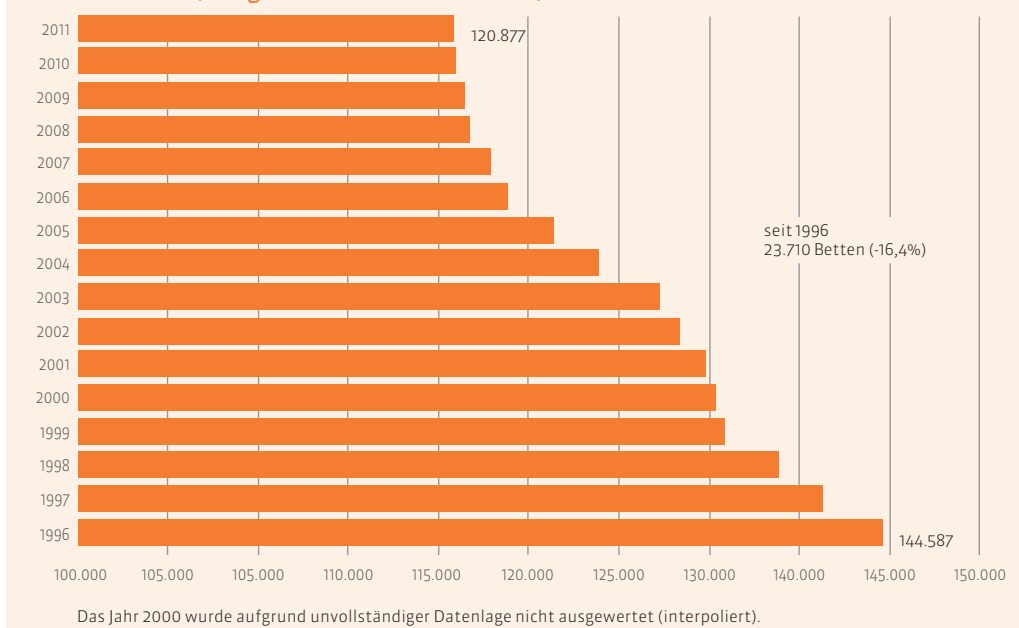
Die KGNW hat, wie in den vergangenen Jahren, auch für das Berichtsjahr 2011 die Grunddaten gemäß Krankenhausstatistikverordnung von ihren Mitgliedskrankenhäusern erhoben. Über 90 Prozent der Mitgliedshäuser übermittelten die Daten in elektronischer Form.

Die Prüfung und Auswertung der Daten bezüglich der Krankenhausbetten, der Berechnungs- und Belegungstage sowie der Patientenbewegung (vollstationär) nach Fachgebieten wurde abgeschlossen und steht seitdem im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung.

Die wesentlichen Ergebnisse, die teilweise von den offiziellen Befunden des Statistischen Bundesamts und dem Geschäftsbereich Statistik sowie Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) abweichen, sind nachfolgend im Überblick dargestellt:

Bei den vollstationär behandelten Patienten war im Jahr 2011 erneut ein Anstieg zu verzeichnen. Die Fallzahl stieg um 2,4 Prozent auf insgesamt 4.276.024 Fälle. Die Berechnungs- und Belegungstage sind geringfügig um 0,3 Prozent gegenüber dem Jahr 2010 angestiegen. Während die Zahl der Krankenhausfusionen weiter zugenommen hat, blieb die Zahl der Krankenhausbetten nahezu konstant. Die aufgestellten Betten reduzierten sich von 120.955 im Jahr 2010 auf nunmehr 120.877 im Jahr 2011 (Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der aufgestellten Betten in NRW seit 2002 (Mitgliedshäuser der KGNW)



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

Wie sich in unserem Mitgliederbereich die Krankenhausbetten der Allgemeinkrankenhäuser derzeit auf die Krankenhausträger verteilen, verdeutlicht die Abbildung 2. Im Verlauf der vergangenen Jahre hat sich die Krankenhauslandschaft vielfältig gewandelt. Aus der Abbildung 3 wird ersichtlich, wie sich die Zahl der Betten je Träger in der Zeit von 2002 bis 2011 verändert hat. Die Bettenauslastung ist im Jahr 2011 leicht

gestiegen von 75,6 Prozent im Jahr 2010 auf nunmehr 75,9 Prozent. Die Verweildauerreduzierung der vergangenen Jahre hat sich auch 2011 fortgesetzt. Sowohl in den Allgemeinkrankenhäusern, wo sich die Verweildauer um 2,0 Prozent auf durchschnittlich 7,20 Tage verringerte, als auch in den psychiatrischen Sonderkrankenhäusern, in denen eine Reduzierung um 1,7 Prozent auf 23,7 Tage erreicht werden konnte.

Abbildung 2: Aufgestellte Betten 2011 in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)

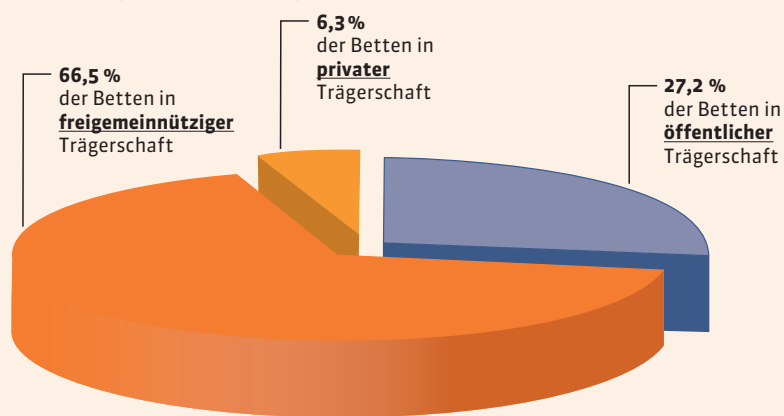
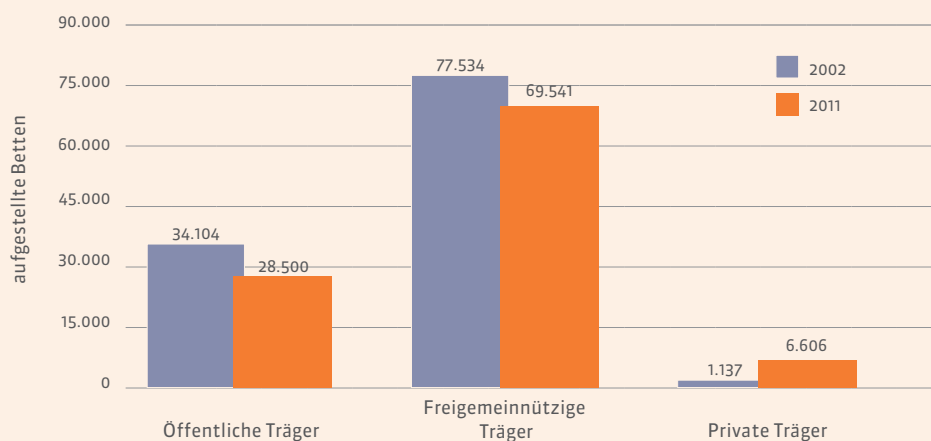


Abbildung 3: Bettenveränderung der Allgemeinkrankenhäuser Vergleich der Jahre 2002 und 2011 nach Trägerschaft



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

Die Verweildauer in unserem Mitgliederbereich betrug 2011 durchschnittlich 7,83 Tage. Wie aus der Abbildung 4 ersichtlich ist, differiert die durchschnittliche Verweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern mit einer Krankenhaus-

größe über 100 Betten nur in geringem Umfang. Die Abbildung 5 zeigt, wie sich die Verweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern, abhängig von der Trägerschaft, seit 2002 verändert hat. Eine Verteilung unserer Mitgliedsranken-

Abbildung 4: Verweildauer der Allgemeinkrankenhäuser 2011 nach Krankenhausgröße (Mitgliedshäuser der KGNW)

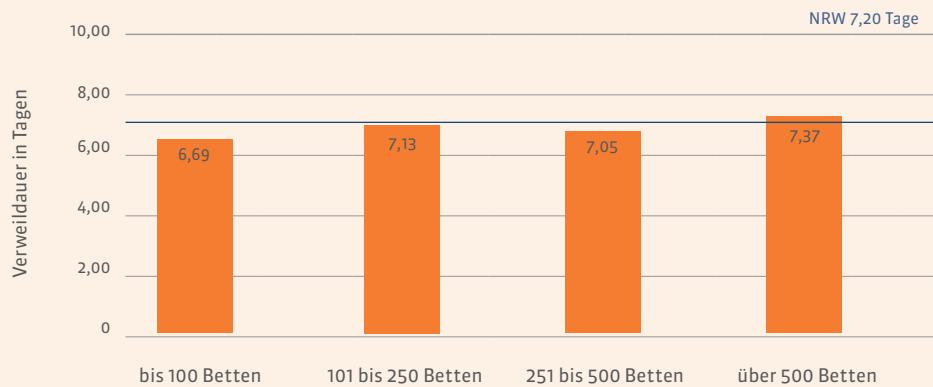
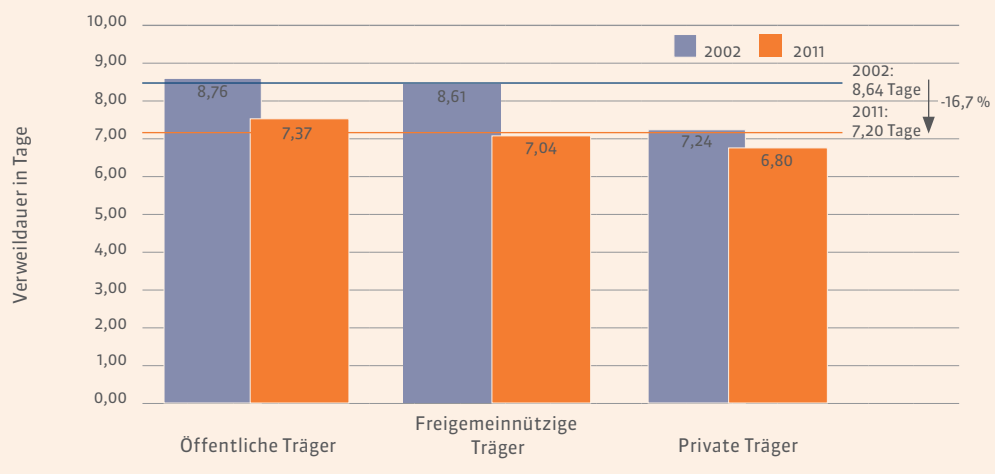


Abbildung 5: Verweildauer der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft Vergleich der Jahre 2002 und 2011 (Mitgliedshäuser der KGNW)



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

häuser auf Fallzahl-Gruppen, basierend auf den im Jahr 2011 behandelten stationären Patienten, wird in der Abbildung 6 dargestellt. In welchen Fachgebieten und in welchem z. T. erheblichen Umfang die Verweildauer in den vergangenen Jahren in All-

gemeinkrankenhäusern sich reduziert hat, macht ein Vergleich der Jahre 2002 und 2011 deutlich (Tabelle 1). Abbildung 7 verschafft zusammenfassend einen Überblick über die Entwicklung der statistischen Kennziffern unserer Mitgliedskrankenhäuser seit 1996.

Abbildung 6: Aufteilung der Krankenhäuser in Fallzahl-Gruppen (vollstationäre Fälle) (Mitgliedshäuser der KGNW)

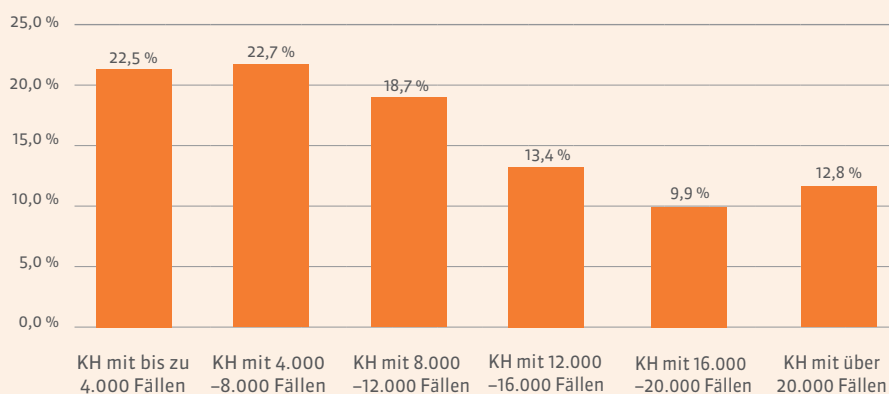
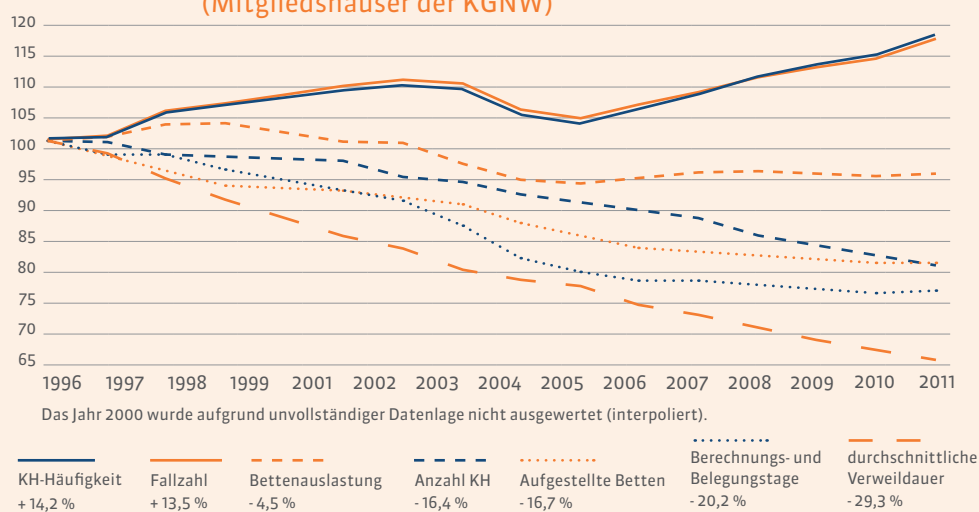


Abbildung 7: Entwicklung der Betten- und Belegungsdaten seit 1996 (Index) (Mitgliedshäuser der KGNW)



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

**Tabelle 1: Verweildauerreduzierung in den Allgemeinkrankenhäusern je Fachgebiet
Vergleich 2002 und 2011 (Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)**

Gebiet	Allgemeinkrankenhäuser			
	Verweildauer 2002	Verweildauer 2011	Reduzierung in Tagen	Reduzierung in %
Augenheilkunde	3,87	2,87	-1,00	-25,8 %
Chirurgie	9,00	7,05	-1,95	-21,7 %
darunter Gefäßchirurgie	10,32	9,32	-1,00	-9,7 %
darunter Thoraxchirurgie	12,00	9,83	-2,17	-18,1 %
darunter Unfallchirurgie	9,47	7,02	-2,45	-25,9 %
darunter Viszeralchirurgie	9,55	7,37	-2,18	-22,8 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,75	4,61	-1,14	-19,8 %
darunter Frauenheilkunde	5,79	4,78	-1,01	-17,4 %
darunter Geburtshilfe	5,64	4,45	-1,19	-21,1 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,73	4,01	-0,72	-15,2 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	9,10	6,15	-2,95	-32,4 %
Herzchirurgie	9,76	12,57	2,81	28,8 %
Innere Medizin	8,65	6,55	-2,10	-24,3 %
darunter Angiologie	7,86	7,23	-0,63	-8,0 %
darunter Endokrinologie	10,18	9,91	-0,27	-2,7 %
darunter Gastroenterologie	8,20	6,29	-1,91	-23,3 %
darunter Hämatologie	8,12	7,62	-0,50	-6,2 %
darunter Kardiologie	6,39	5,61	-0,78	-12,2 %
darunter Nephrologie	8,81	5,93	-2,88	-32,7 %
darunter Pneumologie	7,53	6,89	-0,64	-8,5 %
darunter Rheumatologie (I)	14,32	9,33	-4,99	-34,8 %
darunter Klinische Geriatrie	15,41	-	-	-
Klinische Geriatrie*	-	15,22	-0,19	-1,2 %
Kinderchirurgie	4,90	3,76	-1,14	-23,3 %
Kinderheilkunde	5,81	4,66	-1,15	-19,8 %
darunter Kinderkardiologie	7,19	5,42	-1,77	-24,6 %
darunter Neonatologie	11,66	11,69	0,03	0,3 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	43,11	34,09	-9,02	-20,9 %
Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	5,74	4,85	-0,89	-15,5 %
Neurochirurgie	10,14	9,17	-0,97	-9,6 %
Neurologie	9,70	7,07	-2,63	-27,1 %
Nuklearmedizin (Therapie)	4,68	3,52	-1,16	-24,8 %
Orthopädie	10,98	7,64	-3,34	-30,4 %
darunter Rheumatologie (O)	9,84	6,25	-3,59	-36,5 %
Plastische Chirurgie	7,05	5,88	-1,17	-16,6 %
Psychiatrie und Psychotherapie	24,70	22,74	-1,96	-7,9 %
darunter Suchtkrankheiten ¹⁾	-	12,39	-	-
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	52,73	49,50	-3,23	-6,1 %
Strahlentherapie	8,25	8,83	0,58	7,0 %
Urologie	6,79	5,30	-1,49	-21,9 %
Sonstige Fachbereiche	10,15	6,32	-3,83	-37,7 %
Insgesamt	8,65	7,20	-1,45	-16,8 %

Quelle: Daten gem. KHStatV, eigene Berechnung

* ab Berichtsjahr 2007 Hauptfachabteilung (Reduzierung bezieht sich auf die Innere Medizin/Teilgebiet „Klinische Geriatrie“)

¹⁾ In den Jahren 2002 bis 2006 nicht erhoben.

Medizin

Im Rahmen der Tätigkeit des Referats „Medizin“ wurden zahlreiche Themen bearbeitet, die schwerpunktmäßig in anderen Referaten der KGNW angesiedelt sind. Dabei handelt es sich z. B. um die fachliche Begleitung der externen vergleichenden Qualitätssicherung, der vorbereitenden Maßnahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, des Epidemiologischen Krebsregisters, der Landesgesundheitskon-

ferenz, der Versorgungs- und Krankenhausplanung, der MDK-Prüfverfahren nach § 275 SGB V sowie der Gutachten zur Krankenhausinanspruchnahme. Das Referat Medizin ist in dem Fachausschuss für Krankenhausorganisation und Personalwesen, der Kommission Medizin, der Kommission Hygiene, der Kommission Psychiatrie und der AG Organspende der DKG vertreten.

QR-Check und Qualitätssicherung mit Routinedaten

In Zusammenarbeit mit dem Referat II – Krankenhausorganisation, EDV und Statistik – der KGNW beschäftigte sich das Referat III – Medizin – mit der Weiterentwicklung und Pflege des QR-Check-Indikatorensets. Innerhalb der gemeinsamen Arbeitsgruppe mit dem Zweckverband Rheinland e. V. erfolgten schwerpunktmäßig eine Integration der aktuellen Version der G-IQI (German Inpatient Quality Indicators) in das Indikato-

renset und erste systematische Überlegungen zu einer kriteriengestützten Reduktion der mittlerweile mehr als 300 Indikatoren. In Anbetracht der Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie nach § 17d KHEntgG wurde eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Kennzahlen aus Routinedaten in der Psychiatrie gegründet und Vorschläge der Geschäftsstelle für Psychiatrische Kennzahlen aus Routinedaten beraten.

Hygiene im Krankenhaus

Nach Formulierung geeigneter Strukturmerkmale und Qualitätsindikatoren durch den Vorstand der KGNW zur Darstellung einer qualitätsgesicherten Hygiene auf den Websites der Krankenhäuser konnte eine landesspezifische Qualitätsinitiative Hygiene im Rahmen des § 137 SGB V erarbeitet und durch den Lenkungsausschuss QS NRW beschlossen werden. Die bestehende Fachgruppe Chirurgie/Orthopädie der QS NRW

wurde hierbei um zwei Fachärztinnen/Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin erweitert. Daneben wurde in Anlehnung an die Beschlussfassung der Landesgesundheitskonferenz 2011 eine intensiviertere Surveillance in der Hygiene (z. B. durch Nutzung der Module des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) des „Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen“ an der Charité in

Berlin) mittels Rundschreiben gefördert. Die durch die am 04.08.2011 in Kraft getretenen Änderungen des Infektionsschutzgesetzes notwendige Novellierung der Krankenhaushygieneverordnung NRW wurde federführend durch das Referat Medizin begleitet.

Am 30.03.2012 wurde im Gesetz- und Verordnungsblatt (GV. NRW.) Nr. 8 die „Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)“ verkündigt und die Krankenhaushygieneverordnung NRW außer Kraft gesetzt.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der Arbeitsschwerpunkt des medizinischen Referats im Rahmen der Disease-Management-Programme lag 2011 in der Unterstützung und Beratung bei der Erstellung von Feedbackberichten für die an den DMP teilnehmenden Arztpraxen durch die DMP-Fachkreise sowie des Qualitätssicherungsberichts 2010 durch die DMP-Redaktionsgruppe. Der Qualitätssicherungsbericht

wurde Anfang Dezember 2011 veröffentlicht. Ein bereits im Jahr 2010 gestartetes Projekt der DMP-Kurzfeedbackberichte wurde in 2011 in der Gemeinsamen Einrichtung und den DMP-Fachkreisen weiter diskutiert und entwickelt. Ziel ist es, die Langversion der Feedbackberichte zukünftig sukzessive einzustellen und nur noch auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Förderung der Organspende

Nach einem erfreulichen Anstieg der Organspendezahlen in NRW zwischen den Jahren 2005 und 2009 durch die gemeinsamen Anstrengungen der Krankenhäuser, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, des MGEPA, der Krankenkassen und der KGNW stagnierten die Spenden in den Jahren 2010 und 2011. Für das Jahr 2012 ist ein Rückgang zu befürchten. Hierbei scheint jedoch dieser bundesweite Trend in NRW weniger stark ausgeprägt zu sein.

Das am 01.08.2012 in Kraft getretene TPG-Änderungsgesetz soll durch zahlreiche strukturelle und organisatorische Ände-

rungen im Organspendeprozess die Anzahl der Organspenden erhöhen. Grundlegende Inhalte sind die verpflichtende Bestellung einer bzw. eines Transplantationsbeauftragten und die Einführung der Entscheidungslösung. Eine zusätzliche Initiative auf der Bundes- und Landesebene zur Förderung der Organspende ist das Projekt „Inhousekoordination“ für einen intensivierten und strukturierten Dialog zwischen den Krankenhäusern und der DSO.

Bedauerlicherweise haben die anhaltenden Untersuchungen zu möglichen Manipulationen in der Transplantationsmedizin in den Universitätskliniken in Göttingen und Re-

gensburg zu einer erheblichen Verunsicherung der Bevölkerung geführt.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat nach mehrmaligen Spitzengesprächen mit den Selbstverwaltungspartnern einen einvernehmlichen Maßnahmenkatalog für eine verbesserte Transparenz

und Kontrolle in der Organentnahme, Vermittlung und Transplantation formuliert.

In die zur Umsetzung dieser Maßnahmen notwendigen Beratungen bei der DKG und im MGEPA ist das Referat Medizin eng eingebunden.

Deutsche Codierrichtlinien für das Jahr 2013

Wie in den Vorjahren standen im Sinne einer einheitlichen Codierung Klarstellungen und Anpassungen an die ICD-10-GM, den OPS sowie an das G-DRG-System 2013 im Vorder-

grund. Seit Jahren strittige Fragen, z. B. zur Beatmung, konnten jedoch weiterhin nicht gelöst werden.

ICD-10-GM-Version 2013 und OPS-Version 2013

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 26.09.2012 die amtlich gültige Fassung der ICD-10-GM-Version 2013 auf seinen Internetseiten veröffentlicht. Änderungen ergeben sich u. a. für den hereditären Mangel an Blutgerinnungsfaktoren, Vorhofflattern und Vorhofflimmern, Hämorrhoiden, ventrale Hernien, Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten am Verdauungssystem, Binnenschädigungen des Kniegelenks, Anpassung und Handhabung von kardialen (elektronischen) Geräten und Erregern mit bestimmten Antibiotikaresistenzen.

Die endgültige Fassung des OPS 2013 des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sieht u. a. Codierungsänderungen für Operationen

an Herz und herznahen Gefäßen, Kolonresektionen, Vakuumversiegelungen, Transfusionen von Plasma, in den Bereichen ECMO und Endoprothetik sowie für Intensivbehandlungen bzw. erhöhten Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen vor. Für die „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ wurden neue Codes definiert. Die Mindestmerkmale des OPS 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) erfahren eine relevante Ausweitung. Im Rahmen der aktivierend-therapeutischen Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal muss mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180

Stunden sowie eine mindestens sechsmonatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen. Sofern diese Qualifikationen nicht vorliegen, ist zur Aufrechterhaltung bestehender geriatrischer Ver-

sorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2014 eine zweijährige Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung ausreichend.

DRG-System 2012

Bei annähernd unveränderter Kalkulationsbasis wurde die Gesamtzahl der DRGs geringfügig reduziert (n= 1187).

Die wenigen teilstationären Leistungen mit/ ohne Bewertungsrelation sind unverändert.

Der Homogenitätskoeffizient für die VWD sistiert auf hohem Niveau. Demgegenüber ist für die Fallkosten ein eindeutiger Anstieg der Homogenitätskoeffizienten festzustellen. Dies spricht für eine hohe Daten- und somit Katalogqualität. Der Ausdifferenzierungsgrad der Relativgewichte bleibt ebenfalls konstant hoch.

Insgesamt wurden die diesjährigen Abstimmungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern zum Katalogwechsel durch eine unverändert bestehende unzureichende Finanzierung der Gabe von Blutprodukten bei erworbenen Gerinnungsstörungen und eine aktuelle Rechtsprechung des BSG (B 3

KR 15/11 R sowie B 3 KR 18/11 R), wie bei einer Fallzusammenführung zu verfahren ist, erschwert.

Bezüglich der CCL-Matrix wurden zwar wie in den Vorjahren Diagnosen aufgenommen (A04.3, Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli – EHEC) oder entfernt (I12.0-Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz, I13.1-Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz), jedoch hat sich das InEK in diesem Jahr auf eine CCL-Anpassung auf Ebene der DRGs konzentriert. Hierbei erfolgt eine Abwertung oder Aufwertung von Nebendiagnosen nur für ausgewählte DRGs und nicht für das gesamte System.

Zur Kalkulationsbasis merkt das InEK an, dass im Bereich der Geriatrie und der Wirbelsäulen Chirurgie zur Darstellung des realen Versorgungsgeschehens zukünftig mehr Datensätze wünschenswert wären.

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP)

Das Vergütungssystem nach § 17d KHG soll laut dem Auftrag an die Selbstverwaltungspartner durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend sein. Voll- und teilstationäre Leistungen sind mit dem Ziel tagesgleicher Pauschalen in der Psychiatrie und Psychosomatik zu berücksichtigen.

In diesem Jahr wurde erstmalig ein Entgeltkatalog für die Psychiatrie und Psychosomatik kalkuliert (PEPP-Entgeltkatalog). Mit dem 01.01.2013 beginnt eine optionale und budgetneutrale Einführungsphase bis zum Ende des Jahres 2014. Bis zum Jahr 2016 schließt sich eine verpflichtende budgetneutrale Einführungsphase an. Die Konvergenzphase zum Landesbasisentgeltwert erstreckt sich von 2017 bis 2022.

Die Datengrundlage umfasst 63 Kalkulationshäuser (31 Fachabteilungen, 32 psych. Fachkrankenhäuser, 30 Fachabteilungen KJP, 20 Fachabteilungen Psychosomatik). Insgesamt wurden ca. 155.000 stationäre und teilstationäre Behandlungsfälle in die Kalkulation aufgenommen.

Die PEPPs werden nach einem vollstationären oder teilstationären Behandlungssetting und nach Maßgabe der Fachabteilung (Allgemeinpsychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie – KJP) in Strukturkategorien unterschieden. Bei einer geringen Anzahl von Behandlungsfällen besteht ein erhöhter Betreuungsaufwand unabhängig von der Diagnose. Hierfür wurde

die Sondergruppe „0“ (Prä-PEPP) eingerichtet. Wenn eine fehlerhafte oder unmögliche Groupierung vorliegt, kommt die Sondergruppe „F“ (Fehler-PEPP) zum Tragen. Durch die Ergänzung der Strukturkategorien mit Diagnosengruppen bilden sich Basis-PEPPs, die wiederum in Abhängigkeit von somatischen und psychiatrischen Nebendiagnosen, Prozeduren und dem Patientenalter nach unterschiedlichem (Behandlungs-) Schweregrad untergliedert werden. Der vorliegende erste Entgeltkatalog enthält 75 PEPPs (50 stationäre, 25 teilstationäre), von denen 99 Prozent bewertet sind. Für zahlreiche PEPPs wurde eine verweildauerabhängige Kostendegression definiert.

Die zentralen Kritikpunkte am PEPP-Entgeltkatalog sind die nicht nachvollziehbare sehr unterschiedliche Abbildung der Psychiatrie und Psychosomatik sowie die verweildauerabhängige Kostendegression. Zahlreiche Kalkulationshäuser können, laut eigener Aussage, die InEK-Kalkulation nicht anhand ihrer Daten nachvollziehen. Auch das InEK spricht von einer noch nicht zufriedenstellenden Datenbasis in der KJP und Psychosomatik. Im Jahr 2013 sollten deshalb eine stärkere Beteiligung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen an der Kalkulation und ggf. eine Überarbeitung des Kalkulationshandbuchs angestrebt werden.

Entlassmanagement

Ein geregeltes Entlassmanagement ist mehrfach gesetzlich fixiert (§ 11 Abs. 4 SGB V, § 39 Abs. 1 SGB V und § 3 des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen).

Sowohl die Landesgesundheitskonferenz 2012 (Schwerpunkt: Entlassmanagement und Arzneimitteltherapiesicherheit) als auch das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V beschäftigen sich intensiv mit einer verbesserten und strukturierten Kommunikation und verlustfreien Informationsweitergabe zwischen den Sektoren.

Im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V wurde hierfür eine spezielle Arbeitsgruppe zur Erarbeitung geeigneter Formulare eingerichtet. Nachdem entsprechende Dokumente für den ärztlichen Kurzbericht der/des einweisenden und entlassenden Ärztin/Arztes erstellt wurden, sollen zeitnah weitere Bögen, z. B. bei Vorhandensein multiresistenter Erreger, formuliert werden.

Rechts-, Vertrags- und Personalwesen im Krankenhaus

Rechtsberatung der Mitglieder zu den Themenschwerpunkten

Das Referat Recht und Personal hat zu konkreten Rechtsfragen im Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrecht, Sozialrecht, Chefarztvertragsrecht, Datenschutzrecht sowie zu haftungsrechtlichen Fragen Stellung genommen und die Mitglieder über die aktuelle krankenhausrchtsrelevante Rechtsprechung informiert.

Abrechnungsprüfung nach §§ 275 ff. SGB V

Eine Vielzahl der Einzelanfragen der Mitgliedskrankenhäuser betraf auch im Jahr 2012 wieder das Abrechnungsverfahren und insbesondere das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nach §§ 275 ff. SGB V. Die Anfragen basierten dabei oftmals auf der Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit aus dem Jahr 2012. In diesem Zusammenhang sind vor allem die Entscheidungen des 3. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) zur Sechs-Wochen-Frist nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V als Ausschlussfrist (Urteil des BSG vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 14/11 R; vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 297/2012 vom 20.08.2012) und zur Zahlungspflicht der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V für MDK-Prüfungen, die auf Zwischenrechnungen beruhen (Urteil des BSG vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 12/11 R; vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 294/2012 vom 15.08.2012), hervorzuheben.

Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V

Mit vorgenanntem Urteil vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 12/11, hat das BSG entschieden, dass die Aufwandspauschale auch dann zu zahlen ist, wenn eine erfolglose MDK-Prüfung auf Grundlage einer Zwischenrechnung erfolgt. Entscheidend sei, dass die Prüfung auf eine Minderung des Rechnungsbetrags abzielt. Dies werde unwiderleglich vermutet, wenn der dem MDK erteilte Prüfauftrag eine Herabsetzung der geforderten Krankenhausvergütung zur Folge haben kann und der Krankenkasse im Zeitpunkt der Beauftragung des MDK eine ordnungsgemäße und bezifferte Rechnung vorliegt. Das Urteil des BSG hat somit eine viel diskutierte Frage zugunsten der Krankenhäuser entschieden und entspricht der seit Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 unter Bezugnahme auf den Wortlaut der Vorschrift von der KGNW und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vertretenen Rechtsauffassung, dass die Aufwandspauschale bei der erfolglosen Prüfung sowohl von Zwischen- als auch von Schlussrechnungen anfallt, da § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V nicht nach der Art der Rechnung, die Gegenstand der MDK-Prüfung ist, unterscheidet.

Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V

Ein kontrovers diskutiertes Urteil ist das vorgenannte Urteil des BSG vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 14/11 R. Das BSG hat entschieden, dass die Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eine Ausschlussfrist ist. Die Ausschlusswirkung des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V erfasse jedoch nur Prüfaufträge des MDK auf der dritten. Stufe der Abrechnungsprüfung. Die Frist entfalte also nur Wirkung, wenn der MDK die für die gutachtlichen Stellungnahme erforderlichen Unterlagen beim Krankenhaus nach § 276 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V angefordert habe. Die Ausschlussfrist gelte demnach lediglich auf der Ebene der Sachverhaltserhebung durch den MDK unter Einbeziehung des Krankenhauses. Auf den beiden vorgeschalteten Prüfebene verbleibe es hingegen bei der allgemeinen Verpflichtung der Krankenkassen, die von den Krankenhäusern vorgelegten Abrechnungen zügig auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen. Beschränkt seien sie hierbei nach Ablauf der Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V aber insoweit, als der medizinische Sachverhalt nicht mehr durch Ermittlungen des MDK gem. § 276 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V überprüft oder weiter aufgeklärt werden könne. Entsprechende Prüfaufträge an den MDK seien unzulässig und die Krankenhäuser nicht mehr zur Übermittlung von Sozialdaten verpflichtet. Korrespondierend dazu hat das BSG entschieden, dass das Versäumen der Sechs-Wochen-Frist zu einer Beschränkung der Amtsermittlungspflicht nach § 103 SGG im Sozialgerichtsverfahren führe. Der Nachweis der fehlenden

Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung bzw. in deren Rahmen erbrachten Leistungen kann von der Krankenkasse dann nur noch anhand der vom Krankenhaus übermittelten Daten nach § 301 SGB V oder in diesem Zusammenhang übermittelten weiteren Daten erfolgen. Die Einsicht in die Krankenakte durch den MDK und deren Verwertung vor Gericht seien unzulässig.

Beginn der Ausschlussfrist/ Ordnungsgemäße Rechnung

Des Weiteren hat das BSG entschieden, dass die Ausschlussfrist nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V nur in Gang gesetzt werde, wenn das Krankenhaus die ihm obliegenden Informationspflichten im Verhältnis zur Krankenkasse ordnungsgemäß erfüllt. Dies sei nicht der Fall, wenn das Krankenhaus bei Abrechnung von Leistungen, die grundsätzlich Gegenstand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sind, keine Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gründen gemacht habe, die Anlass für die stationäre Versorgung des Versicherten hätten geben können. Die Entscheidung des BSG hinsichtlich der gesteigerten Begründungspflicht bei grundsätzlich der – ambulanten – vertragsärztlichen Versorgung zugehörigen Leistungen wird erhebliche Auswirkung auf die zukünftige Abrechnungs- und Prüfpraxis entfalten. Neben dem Problem der technischen Umsetzung im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V ist insbesondere die Auseinandersetzung mit weiteren Rechtsfragen bezüglich dieser Thematik zu erwarten, die maßgeblich vom Umgang der Krankenkassen mit diesem Urteil abhängen werden.

„Zeitnahe“ Prüfung nach § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V

Des Weiteren ist auch die Frage der „zeitnahen“ Durchführung einer MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V Gegenstand vieler Einzelanfragen gewesen. In diesem Zusammenhang hat es im Jahr 2012 zwei einschlägige Gerichtsentscheidungen gegeben. Das Bayerische Landessozialgericht (LSG) hat mit Urteil vom 04.10.2011 (Az.: L 5 KR 14/11) entschieden, dass weit über sieben Monate nach Ankündigung eines MDK-Prüfverfahrens nach § 275 SGB V das in § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V geregelte Kriterium der zeitnahen Durchführung der Fallprüfung nicht mehr erfüllbar sei. Nach Ablauf dieses Zeitraums ist das Krankenhaus nach Treu und Glauben auf Dauer berechtigt, die Überprüfung durch den MDK zu verweigern (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 077/2012 vom 16.02.2012). Das Landessozialgericht für das Saarland hat mit Urteil vom 21.03.2012 (Az.: L 2 KR 72/11) den Zeitraum des Begriffs „Zeitnähe“ noch weiter eingeschränkt und entschieden, dass eine Einzelfallprüfung nur dann als zeitnah anzusehen sei, wenn sie innerhalb von zwölf Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens abgeschlossen werde. Nach Ablauf dieser Frist gewonnene Sachverhaltserkenntnisse dürfen nicht mehr verwertet werden (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 237/2012 vom 02.07.2012).

Gegen die beiden vorgenannten Landessozialgerichtsurteile ist Revision eingelegt worden. Das BSG hat mit Urteil vom 13.11.2012 (Az.: B 1 KR 24/11 R) das Urteil des Bayerischen LSG vom 04.10.2011 (Az.: L 5 KR 14/11) aufgehoben. Dem diesbezüglichen

Terminbericht Nr. 59/12 vom 14.11.2012 ist zu entnehmen, dass das BSG die Auffassung vertritt, die Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V begründe für Krankenhäuser keine eigenständige Einwendung. Die Norm sanktioniere lediglich die Missachtung der Sechswochen-Frist nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V, gelange bei Abrechnungsprüfaufträgen ohne folgende Abrechnungskürzungen zu einer pauschalen Aufwandspauschale und lasse nach erfolgter rechtskonformer Einleitung der Prüfung die kurze Verjährungsfrist (entsprechend § 45 SGB I) als Zeitgrenze eingreifen. Die Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V eröffne hingegen Krankenhäusern keinen Raum dafür, sich etwa wegen zögerlicher Prüfbearbeitung des MDK auf Verwirkung oder sonstige auf Treu und Glauben gestützte Einwendungen zu berufen. Krankenkassen müssen sich dementsprechend das Verhalten des MDK bei Abrechnungsprüfungen ausschließlich hinsichtlich der nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V gebotenen Prüfanzeige zurechnen lassen. Krankenhäuser können sich gegenüber Krankenkassen insoweit auf das Unterlassen oder die Verspätung der Prüfanzeige durch den MDK als rechtserhebliche Mängel des Prüfverfahrens berufen. Hinsichtlich der weiteren Entscheidungsgründe ist die Veröffentlichung des schriftlichen Urteils des BSG abzuwarten.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (neue Fassung)

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) hat u. a. § 116b SGB V umfangreiche Änderungen erfahren, die zum 01.01.2012 in Kraft getreten sind.

Gemäß § 116b SGB V (neue Fassung) sind Vertragsärzte und Krankenhäuser zukünftig gleichermaßen zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gem. § 116b SGB V berechtigt, soweit sie die hierfür maßgeblichen – durch den G-BA festgelegten – Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. § 116b Abs. 2 SGB V sieht nunmehr ein sog. „Anzeigeverfahren“ vor. Demnach haben die Leistungserbringer dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 SGB V unter Beifügung entsprechender Belege lediglich anzuzeigen, dass sie die maßgeblichen Anforderungen für die Teilnahme erfüllen. Zwei Monate nach Eingang der Anzeige ist der Leistungserbringer zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt, sofern ihm innerhalb dieser Frist nicht mitgeteilt worden ist, dass er die Voraussetzungen nicht erfüllt. Zuständige Stelle für die Prüfung der Anzeigen ist, im Gegensatz zur alten Regelung des § 116b SGB V, nicht mehr die Landesplanungsbehörde, sondern der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 SGB V.

Gemäß § 116b Abs. 3 SGB V setzt sich der erweiterte Landesausschuss aus dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

nach § 90 Abs. 1 SGB V, erweitert um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl, wie sie nach § 90 Abs. 2 SGB V jeweils für Vertreter der Krankenkassen und Ärzte vorgesehen ist, zusammen. Folglich besteht der erweiterte Landesausschuss aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, drei Vertretern der Ersatzkrankenkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen, einem gemeinsamen Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkassen und Knappschaft-Bahn-See (also neun Vertretern der Krankenkassen) sowie neun Vertretern der Krankenhäuser. Nach § 116b Abs. 3 Satz 2 SGB V werden die Vertreter der Krankenhäuser von der Landeskrankengesellschaft bestellt.

Als Trägerorganisation oblag der KGNW somit die Aufgabe, zusammen mit den weiteren Trägerorganisationen des erweiterten Landesausschusses für den Landesteil Nordrhein wie auch für den Landesteil Westfalen-Lippe die Besetzung des erweiterten Landesausschusses und damit auch die Konstituierung desselbigen vorzubereiten sowie eine Geschäftsordnung zu erarbeiten. Zu diesem Zweck ist auf Landesebene die Arbeitsgruppe „Erweiterter Landesausschuss nach § 116b SGB V“ gegründet worden. An der Arbeitsgruppe nehmen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein (KVNo) und Westfalen-Lippe (KVWL), der

Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, AOK NORDWEST, vdek) und der Geschäftsstelle der KGNW teil. Der ersten Sitzung am 01.06.2012 folgten in regelmäßigen Abständen weitere Sitzungen, in denen kontinuierlich die Inhalte der Geschäftsordnung diskutiert, beraten und abgestimmt worden sind. Die Festsetzung der Geschäftsordnung ist für Dezember 2012 vorgesehen. Die Konstituierung der erweiterten Landesausschüsse in beiden Landesteilen ist ebenfalls im Dezember 2012 geplant. Das Besetzungsverfahren hinsichtlich der krankenhauseseitig zu benennenden Mitglieder wird von der Geschäftsstelle koordiniert. Die KGNW muss die krankenhauseseitigen Mitglieder nebst Stellvertreter des erweiterten Landesausschusses sowie des in der Geschäftsordnung vorgesehenen Entscheidungsausschusses, der nach der Geschäftsordnung als verkleinertes Gremium über die Anzeigen der Leistungserbringer grundsätzlich abschließend entscheiden soll, bis Anfang Dezember 2012 gegenüber den anderen Trägerorganisationen benennen.

Des Weiteren hat die Geschäftsstelle parallel zur Arbeitsgruppe auf Landesebene eine Arbeitsgruppe auf Bundesebene, die LKG-AG „§ 116b SGB V“, ins Leben gerufen, an der Vertreter der 16 Landeskrankenhausesellschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) teilnehmen. Neben dem Austausch über den jeweiligen Verhandlungsstand in den einzelnen Bundesländern dient die Arbeitsgruppe dazu, sich über die im Rahmen des § 116b SGB V (neue Fassung) auftretenden Rechtsprobleme auszutauschen und die diesbezüglich verschiedenen

Rechtsansichten zu diskutieren. Die jeweiligen Bewertungen der Rechtsfragen sowie die Beratungsergebnisse aus den Sitzungen werden in einem internen Arbeitspapier der Landeskrankenhausesellschaften zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V festgehalten, welches von der Geschäftsstelle gepflegt wird. Bei dem internen Arbeitspapier handelt es sich um ein sog. „lernendes“ Papier, das einer fortlaufenden Überarbeitung und Aktualisierung unterliegt. Die Landeskrankenhausesellschaften tauschen sich daneben regelmäßig über eine bei der KGNW errichtete interne Internetplattform im Mitgliederbereich der KGNW-Website aus.

Die konkrete Ausgestaltung des Anzeigen- und Prüfverfahrens nach § 116b SGB V i. d. F. vom 01.01.2012 ist ebenfalls Gegenstand in den Sitzungen der Arbeitsgruppen auf Landes- und Bundesebene. Die konkreten Inhalte und tiefer gehende Beratungen sind allerdings von der noch ausstehenden G-BA-Richtlinie nach § 116b Abs. 4 und 5 SGB V abhängig. Bereits jetzt liegen Aussagen der Bundesebene vor, dass die G-BA-Richtlinie nicht zum 31.12.2012 in dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen in Kraft treten wird.

Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung

Auf Grundlage des § 140d Abs. 1 Satz 1 SGBV (a. F.) haben zahlreiche Krankenkassen für die Jahre 2004 bis 2008 Kürzungen in Höhe von bis zu 1 Prozent von Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Behandlungen zur sog. Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung vorgenommen. Diese Regelung hat zu einer Vielzahl von streitigen Rechtsfragen geführt.

Aufgrund der Masse der betroffenen Abrechnungen sowie der immer noch überwiegend ungeklärt gebliebenen Rechtsfragen hat sich die Geschäftsstelle für eine Lösung dieser Problematik durch Landesvergleiche mit den jeweils betreffenden Landesverbänden der Krankenkassen entschieden. So ist es der Geschäftsstelle gelungen, mit den Ersatzkassen (mit Ausnahme der hkk), der AOK Rheinland/Hamburg sowie IKK Nordrhein für den Landesteil Nordrhein und dem BKK Landesverband Landesvereinbarungen zur Anschubfinanzierung gem. § 140d SGB V abzuschließen, denen die Mitgliedskrankenhäuser beitreten konnten. Der Beitritt hatte u. a. eine prozentuale Rückzahlung der für die Jahre 2004 bis 2008 bei dem einzelnen

beigetretenen Krankenhaus einbehaltenen Mittel der Anschubfinanzierung zur Folge.

Ende des Jahres 2011 ist die Geschäftsstelle mit der IKK classic in Verhandlungen getreten, die zum Abschluss einer Landesvereinbarung für den Landesteil Westfalen-Lippe geführt haben. Angesichts des Beitritts von über 90 Prozent der Mitgliedskrankenhäuser im Landesteil Westfalen-Lippe hat die IKK classic dem Inkrafttreten der Landesvereinbarung ausdrücklich zugestimmt, sodass die besagte Landesvereinbarung Anfang Februar 2012 in Kraft getreten ist.

Mittels der „Vergleichslösung“ konnte somit eine Vielzahl der streitigen Fälle ohne großen finanziellen oder administrativen Aufwand und unter Vermeidung des Prozessrisikos erledigt werden.

Abschließend sei angemerkt, dass mit der Knappschaft keine Verhandlungen stattgefunden haben, da insbesondere im Landesteil Westfalen-Lippe flächendeckend von den Mitgliedskrankenhäusern gegen die IV-Verträge der Knappschaft Klage erhoben wurde.

Sanierungsbeitrag (erstes Quartal 2007)

Nachdem das Bundessozialgericht entschieden hat, dass der Rechnungsabschluss nach § 8 Abs. 9 KHEntgG (a. F.) grundsätzlich verfassungsgemäß ist, und das Bundesverfassungsgericht die Verfassungsbeschwerden

nicht zur Entscheidung angenommen hat, war im Jahr 2012 nur noch die Frage der Verfassungsmäßigkeit des rückwirkenden Inkrafttretens des Rechnungsabschlags zum 01.01.2007 offen.

Das Anfang des Jahres 2012 noch vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen anhängige Klageverfahren mit dem Az. „L 16 KR 8/09“, welches ausschließlich das erste Quartal 2007 zum Streitgegenstand hatte und damit die Rückwirkungsproblematik des § 8 Abs. 9 KHEntgG (a. F.), ist dabei als „Musterverfahren“ von der Geschäftsstelle begleitet worden. Unter Berufung auf das vorgenannte Verfahren ist es den Mitgliedskrankenhäusern gelungen, die in der unteren Sozialgerichtsbarkeit anhängigen Verfahren zum Sanierungsbeitrag (weiterhin) ruhend zu stellen bzw. zu erwirken, dass diese nicht weiter betrieben werden. Zu diesem Zweck hat die Geschäftsstelle u. a. einen Muster-schriftsatz per Rundschreiben zur Verfügung gestellt (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 023/2012 vom 17.01.2012).

Angesichts der Klagewelle einzelner BKKen zum Jahresende 2011 bestand auch im Jahr 2012 erhöhter Beratungsbedarf der Mitgliedskrankenhäuser in Sachen Sanierungsbeitrag. Die Geschäftsstelle hat zur Unterstützung der Mitgliedskrankenhäuser eine Musterklageerwiderung nebst Ausfüllhinweisen und Erläuterungen angefertigt und per Rundschreiben bereitgestellt (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 024/2012 vom 17.01.2012). Diese Muster-

klageerwiderung enthielt auch einen Antrag auf Ruhendstellung des Verfahrens unter Berufung auf das o. g. Klageverfahren vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (Az.: L 16 KR 8/09) zur Verfassungsmäßigkeit des Rechnungsabschlags für das erste Quartal 2007.

Zahlreiche Einzelanfragen betrafen im Weiteren die Schriftsätze der klagenden BKKen bzw. ihrer Prozessvertreter, hinsichtlich derer die Geschäftsstelle die betreffenden Mitgliedskrankenhäuser individuell beraten hat.

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat im Verfahren „L 16 KR 8/09“ mit Urteil vom 24.05.2012 entschieden, dass zwar eine echte Rückwirkung vorliege, aber ein Ausnahmefall gegeben sei, in dem eine echte Rückwirkung ausnahmsweise als rechtmäßig angesehen werden könne. Gegen das Urteil des Landessozialgerichts NRW ist nunmehr Revision eingelegt worden, so dass die Frage der Verfassungsmäßigkeit der Rückwirkung des Rechnungsabschlags nach § 8 Abs. 9 KHEntgG (a. F.) bezogen auf das erste Quartal 2007 vor dem Bundessozialgericht anhängig ist und alsbald mit einer höchstrichterlichen Entscheidung in der Sache gerechnet werden kann.

Kooperationen zwischen Krankenhäusern und externen Ärzten

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der seit vielen Jahren praktizierten Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten wurden in

Rechtsprechung, Schiedsstellen- und Genehmigungsverfahren sowie in Ministerialerlassen zunehmend unterschiedlich bewertet.

Die KGNW vertritt die Auffassung, dass Krankenhäuser in ihrer Organisation zur Leistungserbringung im Rahmen des Versorgungsauftrags frei sind. Insbesondere im Bereich des Personaleinsatzes müssen Krankenhäuser darin frei sein, Leistungen durch angestellte Ärzte oder Honorarärzte zu erbringen. Dies gilt nicht nur für Nebenleistungen, sondern auch für Haupt- oder Kernleistungen. Die Erbringung und Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen können nicht vom Status des ärztlichen Personals im Krankenhaus (Beamten- oder Angestelltenverhältnis oder Freiberuflichkeit) abhängen. Zudem erfordert die Versorgungsrealität, insbesondere in strukturell

benachteiligten Räumen von Flächenländern, flexible Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten, um eine ordnungsgemäße Patientenversorgung sicherzustellen.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und dem Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntgG) hat der Gesetzgeber nun auch belastbare gesetzliche Grundlagen für die kooperative Leistungserbringung zwischen Krankenhäusern und externen Ärzten – sowohl für den stationären Bereich (§§ 2 BpflV/KHEntgG) als auch für die Leistungsbereiche nach den §§ 115a und 115b SGB V – geschaffen.

Zulässigkeit von stationären Kooperationen

DKG und KGNW haben sich stets für eine klarstellende Änderung der §§ 2 KHEntgG und BpflV eingesetzt. Nachdem ein erster Versuch im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-VStG noch gescheitert war, hat der Gesetzgeber im PsychEntgG die Zulässigkeit der Erbringung von Krankenhausleistungen in Kooperation mit externen Ärzten in den §§ 2 KHEntgG und BpflV klargestellt.

Mit diesen Gesetzesänderungen wurde die ständige Auffassung der KGNW bestätigt, wonach eine Erbringung von Krankenhausleistungen (auch Haupt- oder Kernleistungen) in Kooperation mit externen Ärzten auch auf Honorarbasis mangels gesetzlicher Verbote stets zulässig und spätestens seit den Änderungen des § 20 Ärzte-ZV durch das

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom Gesetzgeber auch gewollt war.

Auch der Gesetzgeber scheint davon auszugehen, dass diese Form der kooperativen Leistungserbringung bereits im Vorfeld des PsychEntgG zulässig war. Nach den Ausführungen in der Gesetzesbegründung dienten diese Änderungen in den §§ 2 KHEntgG und BpflV gerade dazu, Rechtssicherheit zu schaffen, weil der Einsatz von im Krankenhaus nicht fest angestellten Honorarärzten bei der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen bereits einer weitverbreiteten Krankenhauspraxis entspreche. Im Übrigen weist der Gesetzgeber in seiner Gesetzesbegründung ausdrücklich darauf hin, dass die Erbringung und Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen nicht vom Status des ärztlichen

Personals im Krankenhaus abhängen könne und die Vorgaben für Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, jederzeit verfügbares ärztliches Personal vorzuhalten, im Übrigen statusneutral seien. Daher sei es nicht geboten, die Tätigkeit z. B. von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern nur über ein Anstellungsverhältnis zu gestatten. Insbesondere mit letzteren Ausführungen hat der Gesetzgeber den in der Vergangenheit gegen die Zulässigkeit der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht fest am Krankenhaus angestellte Ärzte vertretenen Argumentationen einiger Gerichte jegliche Grundlage entzogen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ab dem 01.01.2013 endlich auch eine belastbare gesetzliche Grundlage für die kooperative Leistungserbringung zwischen Krankenhäusern und externen Ärzten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen besteht und die Vergütung entsprechender Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen sichergestellt sein sollte.

Die Mitglieder wurden mit KGNW-Rundschreiben Nr. 272/2012 vom 20.07.2012 informiert.

Zulässigkeit von ambulanten Kooperationen

Für die Leistungsbereiche nach § 115b SGB V i. V. m. dem AOP-Vertrag und § 115a SGB V wurde diesbezüglich bereits im Rahmen des GKV-VStG für Klarheit gesorgt.

§ 115a SGB V

Gemäß § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V i. d. F. des GKV-VStG können Krankenhäuser die Behandlung nach § 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen.

Nach der Gesetzesbegründung soll es sich um eine gesetzliche Klarstellung zur Flexibilisierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten im Rahmen von Kooperationen bei der vor- und nach-

stationären Behandlung im Krankenhaus handeln. Mit der Beauftragung durch das Krankenhaus erbringe der niedergelassene Arzt Leistungen des Krankenhauses nach § 115a SGB V, die vom Krankenhaus zu vergütet seien (vgl. Bundestags-Drucksache Nr. 17/8005 vom 30.11.2011, S. 114).

Kooperationen müssen aber anhand der durch die Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze einer eingehenden rechtlichen Prüfung standhalten. Eine generelle Übergabe von vor- und nachstationären (Krankenhaus-)Leistungen an den Vertragsarzt dürfte nach wie vor gegen das in § 31a KHGG NRW (Krankenhausbereich) und § 73 Abs. 7 SGB V (vertragsärztlicher Bereich) fixierte Verbot der Zuweisung gegen Entgelt verstoßen.

Die KGNW-Mitglieder wurden mit Rundschreiben Nr. 154/2012 vom 16.04.2012 entsprechend informiert.

§ 115b SGB V

Gemäß § 115b Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. des GKV-VStG haben die Vertragspartner auf Bundesebene im AOP-Vertrag eine Regelung vorzusehen, wonach die Leistungen nach § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Mit dieser Rege-

lung hat der Gesetzgeber zum 01.01.2012 die Zulässigkeit von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten im Bereich des ambulanten Operierens gesetzlich verankert, nachdem das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 23.03.2011 (B 6 KA 11/10 R) solchen Kooperationen eine Absage erteilt hatte. Der entsprechend überarbeitete AOP-Vertrag ist am 01.06.2012 in Kraft getreten.

Die Mitglieder wurden mit KGNW-Rundschreiben Nr. 199/212, 191/2912 und 190/2012, 178/2012, 069/2012 informiert.

Zeitliche Grenzen bei Kooperationen mit Vertragsärzten

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG durfte neben einer vollen Zulassung zur vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Versorgung eine Nebentätigkeit im Umfang von maximal 13 Wochenstunden ausgeübt werden. Unter Heranziehung dieser Rechtsprechung und unter Berücksichtigung der Besonderheiten, die sich für einen hälftigen Versorgungsauftrag ergeben, hält der 6. Senat des BSG eine weitere Beschäftigung neben einem hälftigen Versorgungsauftrag in einem Umfang von höchstens 26 Wochenstunden für zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 13.10.2010 (B 6 KA 40/09 R, KGNW-Rundschreiben Nr. 114/2011)).

Durch die Neufassung des § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV nach dem GKV-VStG soll die vertragsärztliche Berufsausübung flexibilisiert werden.

Die bisherigen zeitlichen Grenzen sollen mit der Neuregelung nicht mehr gelten. Entscheidend ist vielmehr nun, ob der Vertragsarzt trotz der Nebentätigkeit noch in der Lage ist, zur vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Wird dies gewährleistet, wäre auch eine Nebenbeschäftigung bei Überschreitung der von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen möglich.

Es bleibt insofern abzuwarten, wie sich die Neufassung des § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV in der Praxis etablieren und von den Zulassungsgremien sowie letztlich der Rechtsprechung ausgelegt wird.

Verbot des Zuweisungsentgelts im vertragsärztlichen Normbereich

Mit § 73 Abs. 7 SGB V i. d. F. des GKV-VStG ist das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt nunmehr auch für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ausdrücklich gesetzlich verankert.

Das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt findet sich mittlerweile in den verschiedenen Vorschriften wieder (vgl. § 31 MBO-Ä im ärztlichen Berufsrecht; § 31a KHGG NRW im Krankenhausrecht; § 73 Abs. 7 SGB V für den vertragsärztlichen Bereich; § 128 SGB V regelt Zuwendungsverbote im Heil- und Hilfsmittelbereich).

Clearingstelle NRW

Das Referat Recht und Personal hat auch im Jahr 2012 zahlreiche Kooperationsverträge – überwiegend im Vorfeld von Vertragsabschlüssen – zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten im Hinblick auf eine unzulässige Zuweisung gegen Entgelt geprüft. Bedenken wurden gemeinsam mit den Krankenhäusern ausgeräumt. In Zweifelsfällen wurde seitens der Geschäftsstelle empfohlen, den Bezirksregierungen diese Verträge zur Kontrolle im Vorfeld vorzulegen.

Die „Gemeinsame sektorenübergreifende Clearingstelle Rechtskonformität“ in NRW wird unter der Geschäftsführung der KGNW regelmäßig zu einem Informations- und Meinungsaustausch einberufen.

Koordinierungsstelle „Weiterbildung Allgemeinmedizin“

Die KGNW hat für das Jahr 2012 den Vorsitz des Lenkungsausschusses der Koordinierungsstelle zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin übernommen.

Die Geschäftsstelle hat den Bericht der Koordinierungsstelle NRW für das Jahr 2011 aus den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe erstellt und an die Geschäftsstelle der Lenkungsgruppe auf Bundesebene, die für die Jahre 2012/2013 von der KBV auf den GKV-Spitzenverband übergegangen ist, übersandt.

Schiedsstelle-KHG

Die Vertretung des Geschäftsführers in den Schiedsstellen-KHG Rheinland und Westfalen-Lippe gehört zu den ständigen Aufgaben des Referats Recht und Personal und stellte auch im Jahr 2012 wieder einen Schwerpunkt der Tätigkeit dar.

Personalwesen

Pflegeausbildung

Generalistik

In Konsequenz der bereits im Jahr 2010 diskutierten Novellierungsansätze im Bereich der Pflegeausbildung sind die „Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen

Pflegeberufegesetzes“ der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (B-L-AG) „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ am 01.03.2012 veröffentlicht worden.

Vorgesehen sind hierin ein Pflegeberufegesetz und eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Im Berufegesetz sollen die berufliche und die akademische Ausbildung als zwei separate Säulen für die generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung näher bestimmt werden. Die B-L-AG regt folgende Grundsätze für die künftige Finanzierung der Ausbildung an:

- einheitliche Finanzierungsstruktur,
- Finanzierung über ein Fondssystem,
- kein Schulgeld für Schülerinnen und Schüler,
- Beteiligung der nicht ausbildenden Einrichtungen an der Ausbildungsfinanzierung.

Zur konkreten Ausgestaltung der Finanzierung der neuen Ausbildung hat die B-L-AG keinen Vorschlag unterbreitet, sondern vier denkbare Finanzierungsvarianten grob skizziert.

In der Sitzung der Landesarbeitsgruppe „Generalistische Pflegeausbildung“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) am 18.04.2012 wurden die Aussagen der B-L-AG erörtert und die Anwesenden gebeten, dem Ministerium eine schriftliche Stellungnahme zukommen zu lassen.

Der Fachausschuss für Personalwesen der KGNW hat am 27.04.2012, basierend auf dem Beratungsergebnis der Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ des Personalausschusses (17.04.2012), den Entwurf einer Stellungnahme zum Eckpunktepapier der B-L-AG erstellt. Dieser wurde in der 214. Sitzung des Vorstands der KGNW am 26.06.2012 abschließend beraten und mit Schreiben vom 23.07.2012 an das Ministerium weitergeleitet.

Die Stellungnahme basiert auf dem Positionspapier der KGNW zur „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ vom 15.09.2010 und weist als entscheidende Aspekte für eine generalistische Pflegeausbildung folgende Punkte aus:

- Finanzierung auf dem Niveau der aktuellen Ausbildungsfinanzierung
- Verortung an Pflegeschulen in Trägerschaft der Krankenhäuser (bzw. der anderen Leistungserbringer)
- Aufrechterhaltung des aktuellen Qualitätsniveaus
- Optimierung der vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit in einem gestuften Ausbildungssystem unter Anerkennung im allgemeinen Bildungssystem

Im Weiteren unterstützt die KGNW-Stellungnahme die in den Gremien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) abgestimmten Positionen der DKG zum Eckpunktepapier der B-L-AG. Bezüglich einer Aussage zum erforderlichen Finanzierungssystem für eine generalistische Pflegeausbildung wird auf die Positionen der DKG Bezug genommen.

Internetportal für Pflegeberufe

Der Fachkräftemangel sowohl im Bereich der Altenpflege als auch im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege wird sich insbesondere aufgrund des demografischen Wandels weiter verschärfen. Aktuelle Prognosen zur Bedarfsentwicklung belegen eine Zunahme an erforderlichen Pflegekräften in allen Zweigen der Leistungserbringung (stationär und ambulant). Um auch in der Zukunft eine patientengerechte Versorgung durch eine ausreichende Anzahl von qualifiziertem Fachpersonal aufrechterhalten zu können, bedarf es innovativer Maßnahmen.

Insofern haben sich die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (LAG FW) und die KGNW mit der Umsetzung einer kooperativen Initiative zur Implementierung eines gemeinsamen regionalen Internetportals für Pflegeberufe befasst und konsentiert, dass zur Umsetzung einer solchen Initiative der Zusammenschluss der an der Aus- und Weiterbildung Beteiligten notwendig ist.

In einem gemeinsamen Schreiben im Spätsommer 2011 wurde das geplante Projekt dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) vorgestellt und um Beteiligung sowie finanzielle Unterstützung gebeten. Ende 2011 fand ein erstes Gespräch im Ministerium statt, in dem das Projekt seitens des MGEPA ausdrücklich begrüßt und eine Unterstützung zugesagt wurde. Zu Beginn des Jahres 2012 sind insoweit Fördergelder zur Projektumsetzung beantragt worden.

Vor dem Hintergrund, dass eine Bewilligung der Finanzmittel zeitnah möglich zu werden scheint, haben die LAG FW und die KGNW nunmehr alle Trägergruppen aus dem Bereich der Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege angeschrieben und um die Benennung eines Stellvertreters/einer Stellvertreterin für die (Kern-)Steuerungsgruppe gebeten. Dieser/Diese soll im Sinne einer schnellen und erfolgreichen Planumsetzung, in leitender und beratender Funktion, die noch einzurichtenden Projektgruppen unterstützen.

Die weiteren Schritte für die Projektumsetzung sind für das kommende Jahr avisiert.

Umsetzung des § 17a KHG:

Ausgleichsfonds 2013 – Verhandlungen in NRW

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

genannten Berufe (Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 KHG) vom 20.12.2007 und den hierin zwischen den Verbänden der Kostenträger sowie der KGNW vereinbarten Verfahrensregelungen hat die KGNW die Datenerhebung zur Umsetzung des Ausgleichsfonds 2013 abgeschlossen. Die Krankenhäuser in NRW

sind mit Schreiben vom 28.06.2011 gebeten worden, die erforderlichen Daten – entsprechend den Prozedere in den vergangenen Jahren – zur Verfügung zu stellen.

Für das gesamte Zahlenmaterial ist eine Übersicht – entsprechend der bereits in den Vorjahren zwischen den Vertragspartnern erfolgten Abstimmung – erstellt und vereinbarungskonform an die Verbände der Kostenträger übersandt worden, um eine Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2013 nach § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 KHG i. V. m. der Vereinbarung vom 20.12.2007 zu § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 bis 3 KHG zu schließen.

Das Zahlenwerk wird derzeit von den Kostenträgern abschließend geprüft. Im Nachgang wird der Vereinbarungstext zwischen den Beteiligten abgestimmt.

Die Liste der einzubeziehenden Krankenhäuser für die Umsetzung des Ausgleichsfonds im Jahr 2013 wird ebenfalls wieder mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) abgestimmt.

Ausgleichsverfahren für das Wirtschaftsjahr 2011

Für das Ausgleichsjahr 2011 ist es möglich – aufgrund der sich abzeichnenden Liquiditätssituation des Fonds –, noch in diesem Jahr den Ausgleich mit den Krankenhäusern durchzuführen und zum 31.12.2012 das Jahr 2011 ausgleichstechnisch abzuwickeln.

Richtwertermittlung auf Bundesebene gem. § 17a Abs. 4b KHG

Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG haben gem. § 17a Abs. 4b KHG jährlich die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die sonstigen Ausbildungskosten zu ermitteln und Richtwerte unter Berücksichtigung der zu erwartenden Kostenentwicklungen zu vereinbaren.

In diesem Jahr erfolgte zum dritten Mal die Kalkulation der Ausbildungskosten mit dem Ziel der Vereinbarung von Richtwerten für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a KHG.

Auf Grundlage der gelieferten Kostendaten konnten durch das InEK auf Basis von 99 teilnehmenden Kalkulationskrankenhäusern bundesdurchschnittliche Richtwerte für die Ausbildungsstätten Typ A und B für die Ausbildungsberufe „Gesundheits- und Krankenpflege“ (A05) und „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ (A07) ermittelt werden. Es bestand erneut die Möglichkeit für die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, für beide Ausbildungsberufe separat die Kosten der Ausbildungsstätte sowie die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung zu kalkulieren.

Zur Vereinbarung von Richtwerten für Ausbildungsstätten für das Jahr 2013 konnte zwischen den Vertragsparteien keine Einigung erzielt werden.

Unterstützung anderer Referate und Organisation

Das Referat Recht und Personal wurde bei rechtlichen Fragestellungen im Rahmen der Verwaltung des Ausgleichsfonds hinzugezogen und ist unterstützend tätig geworden. Rechtliche Beratung und Hilfestellung leistete das Referat auch bei der Organisation von Mitgliedschaftsangelegenheiten und in Satzungsfragen sowie bei der Vorbereitung der Wahl der Funktionsträger und Gremien der KGNW 2012. Im Weiteren wurden die Referate II und III bezüglich datenschutzrechtlicher Projekte und bei der Erarbeitung von Verträgen in der Selbstverwaltung unterstützt. Referat IV wirkt auch in der Arbeitsgruppe „Entlassmanagement“ des Gremiums nach § 90a SGB V mit.

Politik / Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Landtagswahl NRW am 13.05.2012 und damit verbunden die Umsetzung der landesweiten Kampagne „Jobkiller Gesundheitspolitik“ der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Psych-Entgeltgesetz standen neben zahlreichen begleitenden politischen Aktivitäten und Initiativen auf Bundes- und Landesebene im Fokus des Referats Politik, PR und Presse auf Landesebene. Erwartungen und Handlungsempfehlungen der Kliniken wurden ebenso formuliert und der Öffentlichkeit vorgestellt wie die massive Kritik der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser an den seit 2010 beschlossenen Kürzungen im Krankenhausbereich und den von der Regierungskoalition vorgesehenen weiteren Kürzungsmaßnahmen für die Jahre 2013 und 2014 – bei gleichzeitigen Milliardenüberschüssen der gesetzlichen Krankenkassen. Kontinuierlich formuliert wurden die mit diesem Gesetz verbundenen Forderungen der Krankenhäuser nach einer dauerhaften Finanzierung der Personalkostensteigerungen und nach der Einführung

des seit 2009 gesetzlich verankerten Orientierungswerts. Weitere Tätigkeitsschwerpunkte lagen in der Darstellung der Positionen der Krankenhäuser insbesondere zur Hygiene in Krankenhäusern, zur Leistungsentwicklung in den Kliniken, zum Organspendeskandal, zur Personalsituation in den Kliniken im ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie zur Versorgung besonderer Patientengruppen im Krankenhaus. Die Weiterentwicklung des landesbezogenen Internetportals für Weiterbildungsangebote zum Facharzt in NRW verbunden mit internationalen Aktivitäten bei Jobmessen in Österreich und in Nordgriechenland wurde vom Referat Politik, PR und Presse intensiv begleitet. Zudem war das Referat an der Mitgestaltung und Umsetzung landesweiter Initiativen beteiligt. Das Vorstandsbüro wurde unter Berücksichtigung des zentralen Tätigkeitsschwerpunkts, der in der Planung, Vorbereitung und Umsetzung des Umzugs der Geschäftsstelle in Kooperation mit dem Bereich 01 lag, in die Aufgabenbereiche des Referats eng eingebunden.

Aktivitäten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen / Forderung nach einem Tarifausgleich und der Umsetzung des Orientierungswerts

In der Tarifrunde 2012 für den öffentlichen Dienst und für die kommunalen Krankenhäuser hatten sich die Arbeitgeber und ver.di auf Einkommensverbesserungen in Höhe von 6,3 Prozent für zwei Jahre geeinigt – mit rückwirkenden Vergütungssteigerungen um 3,5 Prozent ab 01.03.2012 sowie weiteren Anhebungen zum Januar und Au-

gust 2013 um jeweils 1,4 Prozent. So wurden im Rahmen des Tarifabschlusses für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern Gehaltssteigerungen von deutlich über 3 Prozent (2,9 Prozent zzgl. Einmalzahlung von 440 Euro) vereinbart.

Finanzielle Auswirkungen der Tarifabschlüsse für die Krankenhäuser

Die KGNW hat immer wieder zum Ausdruck gebracht, dass es aus Sicht der Krankenhäuser richtig und notwendig ist, dass die Beschäftigten der Krankenhäuser an der wirtschaftlichen Entwicklung und am Aufschwung partizipieren. Gleichzeitig wurde hervorgehoben, dass die damit verbundenen Personalkostensteigerungen nicht mit einem durch die Grundlohnrate gedeckelten Budgetzuwachs von 0,9 Prozent in 2011 und mit 1,48 Prozent in 2012 zu finanzieren sind, zumal die minimale Zuwachsrate im Jahr 2011 von ursprünglich 1,15 Prozent um 0,25 Prozent als Beitrag zur Sanierung der gesetzlichen Krankenkassen auf 0,9 Prozent sowie im Jahr 2012 von 1,98 Prozent auf 1,48 Prozent gekürzt wurde. Im Ergebnis würden die Krankenhäuser in NRW zusammen mit dem Preisanstieg insbesondere für Energie- und Sachkosten allein in 2012 durch die Tarifabschlüsse für den ärztlichen Bereich und für den öffentlichen Dienst in Höhe von über 400 Mio. Euro belastet – diesen Belastungen stünden aber nur Budgetzuwächse von rund 105 Mio. Euro gegenüber. Hier lasse die Politik die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten im Stich, kritisierte die KGNW.

Krankenhäuser im internationalen Vergleich

Es wurde deutlich gemacht, dass dies nicht länger hingenommen werden könne, denn als Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in NRW seien die 404 NRW-Krankenhäuser mit einem Jahresumsatz von ca. 14 Mrd. Euro, rund 230.000 Beschäftigten und 18.000 Auszubildenden weiterhin auch im internationalen Ver-

gleich effizient und kostengünstig wie kaum in einem anderen Land. Die Aussagen wurden anhand folgender Zahlen und Fakten belegt:

- Die Krankenhausaussgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt sind mit 3,7 Prozent in Deutschland seit zehn Jahren gleich geblieben. Der Anteil für stationäre Leistungen in Frankreich, Österreich und Italien liegt darüber.
- Im internationalen Vergleich zu anderen OECD-Ländern sind die Krankenhausaussgaben mit 960 Euro pro Einwohner in Deutschland außerordentlich niedrig.
- Die durchschnittlichen Fallkosten liegen in den wichtigsten Industriestaaten bei etwa 5.625 Euro – in Deutschland bei 4.280 Euro.

Hervorgehoben wurde zudem, dass hierzu die 250.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den nordrhein-westfälischen Kliniken – die insgesamt über 1 Mio. Beschäftigten in den 16 Bundesländern – entscheidend mit beigetragen haben.

Forderung nach einer Refinanzierung der Personalkostensteigerungen und der Umsetzung des Orientierungswerts

Damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiterhin einen maßgeblichen Beitrag zur Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Krankenhausversorgung auf hohem Qualitätsniveau für die Bürgerinnen und Bürger in NRW leisten können, hat die KGNW mit Blick auf die politisch Verantwortlichen in Berlin, die aus Nordrhein-Westfalen kommen, nachdrücklich die Refinanzierung der Personalkostensteigerungen



Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern fordern finanzielle Hilfen von der Regierungskoalition, damit im Gesundheitswesen weiterhin qualifiziertes und motiviertes Personal beschäftigt werden kann

und die Umsetzung des bereits gesetzlich verankerten Orientierungswerts gefordert. Hier richtete sich die Forderung der KGNW insbesondere an die Kandidatinnen und Kandidaten der NRW-Parteien zur Landtagswahl, sich aus NRW heraus in Berlin für die Belange der Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten im Interesse einer qualitativ hochwertigen wohnortnahen Patientenversorgung einzusetzen.

Weiterhin sollte gegenüber der Politik deutlich gemacht werden, welche Bedeutung ein funktionsfähiges Krankenhaussystem für die über 4 Mio. Patientinnen und Patienten allein in NRW, in einem sich entwickelnden großen Feld der Gesundheitswirtschaft in Deutschland und Europa hat. Hier sollte die Politik erkennen und die Chance nutzen, im Zuge des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Rahmenbedingungen dahingehend zu ändern, dass die dringend benötigten Finanzmittel den Krankenhäusern zur Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung gestellt werden.

Verdeutlicht wurde dies mit folgenden zentralen Aussagen: 1 Mrd. Euro an Kürzungen bundesweit bringen die Krankenhäuser in Not.

- 1 Mio. Beschäftigte in den Krankenhäusern müssen an der allgemeinen Lohnentwicklung teilhaben können.
- 250.000 Arbeitsplätze in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen müssen für eine weiterhin qualitativ hochwertige Patientenversorgung erhalten bleiben.
- 24 Stunden am Tag sichern wir die medizinische Versorgung in Deutschland.



Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, zeigt der Bundesregierung demonstrativ die Rote Karte

In diesem Kontext wurde zudem die Notwendigkeit betont, auf Bundesebene durch die Regierungskoalition finanzielle Hilfen zu beschließen, damit im Gesundheitswesen weiterhin qualifizierte und motivierte Mitarbeiter beschäftigt werden können, denn ohne ausreichende Finanzierung liefen die Kliniken in die groteske Situation, einerseits freie Stellen für Ärzte und Pflegekräfte zu haben und gleichzeitig aus Finanzierungsnöten weitere Mitarbeiter freisetzen zu müssen.

Öffentlichkeitswirksame Aktivitäten der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser

Damit die Darstellung der finanziellen Problemlagen vieler Kliniken und die damit verbundenen gravierenden Folgen für die Patientenversorgung mit Nachdruck im politischen Raum und in der breiten Öffentlichkeit platziert werden und die erhoffte politische Signalwirkung zur Realisierung der Krankenhausforderungen erreicht werden kann, hat der Vorstand der KGNW einen einstimmigen Beschluss zur Durchführung öffentlichkeitswirksamer Aktivitäten gefasst.

Die öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten sahen Einzelschritte und Maßnahmen, die unter Berücksichtigung der parlamentarischen Osterpause und des neuen Zeitplans des Gesetzgebungsverfahrens zum Psych-Entgeltgesetz mit der ursprünglich vorgesehenen abschließenden Beschlussfassung am 24. und 25.05.2012 im Deutschen Bundestag umgesetzt werden sollen, vor.

Aktivitäten/Veranstaltungen/Pressekonferenzen/Interviews

Um den Forderungen der Krankenhäuser Nachdruck zu verleihen, hat die KGNW auf der Grundlage eines entsprechenden Vorstandsbeschlusses über eine Agentur in 167 Städten Großflächen für fast 3.100 Plakate gebucht. Mit diesen Großflächenplakaten wurden vom 17.04.2012 bis 30.04.2012 überwiegend an markanten und hoch frequentierten Orten die Botschaften der Krankenhäuser transportiert. Die Kampagne mit ihren Hintergründen wurde am 18.04.2012 im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt. Darüber hinaus fand am 25.04.2012 mit über 3.500 Teilnehmern eine Informations- und Protestveranstaltung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser in der Mitsubishi Electric HALLE in Düsseldorf statt, zu der aus ganz NRW Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsandt wurden.

Die KGNW stellte zudem den Krankenhäusern Plakate in DIN-A1- und -A2-Format zum Aushang in den Kliniken, Vorlagen für Schaltungen von Anzeigen in den örtlichen Medien, Musterschreiben für die Bundestagsabgeordneten und die Kandidaten für die Landtagswahl NRW sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. In einer Sonderausgabe von KGNW Kompakt, einem Informationsmedium der Krankenhausgesellschaft, wurde noch einmal detailliert über die Forderungen der Krankenhäuser informiert, die mit Zahlen, Daten und Fakten belegt wurden.

Diese Fakten wurden auch auf der Kampagnenseite der KGNW-Homepage, verbunden

mit Fotos und Videobeiträgen der Protestveranstaltung, dargestellt.

Als weitere öffentlichkeitswirksame Maßnahme wurde die Social-Media-Aktion „Jobkiller Gesundheitspolitik“ mit dem Motiv des Plakats auf Facebook eingestellt.

Weiterhin hat die KGNW zahlreiche Medienanfragen beantwortet und Interviews vermittelt, z. B. für den WDR, Tageszeitungen, Fachzeitschriften.

Übersicht der Anzeigen in Medien

In zahlreichen Tageszeitungen wurden zudem von den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern Anzeigen geschaltet. Damit wurde ein Großteil der Presselandschaft in Nordrhein-Westfalen abgedeckt. Im Anschluss wurde die Medienberichterstattung in exemplarischen Auszügen in einem Sonderpressepiegel zusammengefasst und dargestellt.

Politische Kommunikation

Die KGNW hatte darüber hinaus im Vorfeld der Wahlen die Spitzenkandidatinnen und -kandidaten der sechs großen Parteien in NRW mit einem Schreiben über die aktuelle Situation der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen informiert und um Stellungnahme gebeten. Weiterhin wurden die Krankenhäuser bei Gesprächen mit den Kandidatinnen und Kandidaten ihres Wahlkreises unterstützt. Zur Fortführung der Aktivitäten hatte die KGNW nach der Veröffentlichung der Eckpunkte der Regierungskoalition einen offenen Brief an Bundesgesundheitsminister

Bahr geschickt, um auf die Missstände hinzuweisen. Dieser Brief wurde zur Information an alle NRW-Bundestagsabgeordnete und die Medien gesandt.

Aktivitäten der NRW-Krankenhäuser

Zusätzlich zur Schaltung von Anzeigen in den lokalen Tageszeitungen haben die Krankenhäuser die von der KGNW bereitgestellten Plakate an gut sichtbaren Stellen in den Kliniken präsentiert. Weiterhin hatten verschiedene Krankenhäuser noch zusätzliche Stoffbanner bei der Agentur bestellt und im Außenbereich der Kliniken an stark frequentierten Stellen angebracht. Außerdem haben die Krankenhäuser auf ihren Websites auf die Kampagne hingewiesen und von der KGNW bereitgestellte animierte Banner eingebunden.

Eine signifikante Anzahl von Krankenhäusern hat eigene Pressekonferenzen zur Thematik durchgeführt. Diese wurden durchaus auch von mehreren Kliniken einer Region gemeinsam organisiert. Im Rahmen dieser Pressekonferenzen wurde auch für nachfolgende Aktivitäten, wie Podiumsdiskussionen mit den Vertreterinnen und Vertretern der Parteien, geworben.

Insbesondere auch in der Folge der zahlreichen Maßnahmen auf Landesebene, u. a. der Protestveranstaltung am 25.04.2012 in Düsseldorf, hat eine Vielzahl der Krankenhäuser die Aktivitäten durch allerlei Aktionen vor Ort unterstützt.

Protest „Jobkiller Gesundheitspolitik“



Rund 3.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den NRW-Krankenhäusern nahmen an der Protestveranstaltung in der Mitsubishi Electric Halle in Düsseldorf teil, um der Bundesregierung die Rote Karte zu zeigen.



Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter fürchten den „Jobkiller Gesundheitspolitik“. Sie fordern Respekt, Anerkennung, Wertschätzung, Gerechtigkeit – auch abgebildet als gerechtes Entgelt für die erbrachte Leistung.

Als Folge der Proteste insbesondere auch der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erhielten die Kliniken nach den Plänen der Koalition noch im Jahr 2012 eine Tarifausgleichsrate mit einem Volumen von ca 280 Mio. Euro, die letztlich nach den Verhandlungen auf Bundesebene zu einer Erhöhung der Landesbasisfallwerte um etwa 0,5 Prozent (bezogen auf 2012 insgesamt) führten. Weiterhin wurde – wie angekündigt – von der Koalition festgeschrieben, dass das Volumen der Tarifhilfen bei dem in 2013 erstmalig und auf Grundlage des Orientierungswerts zu vereinbarenden Veränderungswert „zu berücksichtigen“ sei.

Bezüglich der Tarifausgleichsrate erfolgte eine Einigung mit den Krankenkassen. Mit der konstruktiven Unterstützung durch die Kostenträger wurde die entsprechende Genehmigung beim MGEPA erreicht und die Erhöhung des Landesbasisfallwerts in der Basis um 0,51 Prozent zum 01.10.2012 umgesetzt.

Zur weiteren Umsetzung des Orientierungswerts im PsychEntgeltgesetz wurde geregelt, dass die Grundlohnrate im Falle einer Minderung durch die Tarifhilfe nicht unterschritten werden kann. Zudem wurde der Verhandlungskorridor beibehalten, der ein maximales Überschreiten der Grundlohnrate in Höhe von einem Drittel der Differenz aus Grundlohnrate und Orientierungswert ermöglicht.

Hinsichtlich der Mehrleistungsabschläge wurde geregelt, dass diese nur noch in den Jahren 2013 und 2014 erhoben werden. Zudem

wurde der Mehrleistungsabschlag auf 25 Prozent abgesenkt und die Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag wurden erweitert. Nicht mehr ins Gesetz aufgenommen wurde die Abschlagsregelung in 2014 zu den Mehrleistungen, die zwar in 2013, aber nicht mehr in 2014 erbracht werden. Ferner wurde im Gesetz die Beauftragung eines Gutachtens zu Mehrleistungen durch die DKG und den GKV-Spitzenverband Bund vorgesehen. Hier hat sich die KGNW bei der DKG im Vorfeld der Beratung dafür eingesetzt, eine klare Position der DKG vorzubereiten, um den fortlaufenden Diffamierungen durch die Krankenkassen fundierte und sachliche Argumente entgegenzustellen.

Im Zusammenhang des Gesetzgebungsverfahrens zum PsychEntgeltgesetz ist hervorzuheben, dass der Vermittlungsausschuss zu diesem Gesetzentwurf nicht angerufen wurde, obwohl der Gesundheitsausschuss des Bundesrats mit zwölf Stimmen für die Anrufung votiert hatte. Ein Grund war, dass Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr in einer Pressekonferenz damit Druck auf die Länder ausgeübt hatte, dass im Falle der Anrufung des Vermittlungsausschusses die gesetzliche Regelung zu angekündigten 280 Mio. Euro für die Kliniken zurückgenommen werde. In den Beratungen hatte daraufhin der hessische Ministerpräsident Bouffier im Bundesrat unter Hinweis auf eine DKG-Pressemitteilung darauf hingewiesen, dass die Krankenhäuser dieses Geld jetzt schnellstens benötigten.

Gegenüber dem Bundesgesundheitsminister hat die KGNW im Kontext der Folgen

des Psych-Entgeltgesetzes in einem Schreiben am 22.10.2012 noch einmal den hohen Handlungsdruck der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser – trotz der rund 70 Mio. Euro für die NRW-Krankenhäuser über die Tarifausgleichsrate – hervorgehoben und auf die parteiübergreifend verabschiedete „Entschließung des Bundesrats zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts der Krankenhäuser“ vom 12.10.2012 hingewiesen. Betont wurde, dass entsprechend der Bundesrats-Entschließung „nachhaltig wirkende Maßnahmen zur Sicherung einer

auskömmlichen Finanzierung der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen notwendig“ sind, um die hohe Qualität in den Krankenhäusern in NRW dauerhaft sicherstellen zu können. Zudem wurde – auch vor dem Hintergrund der öffentlichen Debatte über Mehrmengen – der gemeinsame, von den Selbstverwaltungspartnern in Auftrag gegebene Forschungsauftrag zur Leistungsentwicklung und zu bestehenden Einflussgrößen begrüßt, der im Psych-Entgeltgesetz festgeschrieben wurde.

Landtagswahlen und Koalitionsvertrag NRW

SPD und Grüne haben zusammen 128 von 237 Stimmen im neu gewählten nordrhein-westfälischen Landtag inne. Die Delegierten beider Parteien haben am 15.06.2012 dem Koalitionsvertrag „Verantwortung für ein starkes NRW – Miteinander die Zukunft gestalten“ zugestimmt. Die offizielle Unterzeichnung erfolgte am 18.06.2012. Die Wahl der Ministerpräsidentin fand am 20.06.2012 statt. Das Kabinett wurde am 21.06.2012 vorgestellt. Neue und alte Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter ist Barbara Steffens. Wie auch im vorherigen

Koalitionsvertrag ist „eine flächendeckende, bedarfsgerechte und ohne Hürden zugängliche gesundheitliche und medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in NRW – unabhängig von sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht“ – Ziel der Gesundheitspolitik der Koalitionspartner. Die Gesundheitswirtschaft in NRW wird als „anerkanntes Kompetenzfeld und treibender Faktor für Beschäftigungswachstum und Innovation“ bezeichnet. Der große Teil umfasse dabei Arbeitsplätze in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

KGNW-Forum 2012



Jens Spahn, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU im Bundestag, zu Gast beim KGNW-Forum 2012

Rund neun Monate vor der nächsten Bundestagswahl hat die KGNW die Situation der Krankenhäuser beim KGNW-Forum am 06.12.2012 grundsätzlich beleuchtet. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser und Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen, unsere Partner der Selbstverwaltung sowie andere Institutionen des Gesundheitswesens waren erneut zahlreich erschienen.

Innovative Konzepte und nachhaltige Finanzierungsgrundlagen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgung der Patienten sind dringend notwendig. Welche Unterstützung die Krankenhäuser dabei von der Politik erwarten können, wurde unter dem Titel „Nachgefragt – Krankenhäuser vor der Bundestagswahl“ diskutiert.

Nach einer Begrüßung und Einführung durch KGNW-Präsident Dr. Hans Rossels hat DKG-Präsident Alfred Dänzer die aktuelle Situation der Krankenhäuser in einem Vortrag geschildert.

Vertreter der Bundestagsfraktionen haben in Statements vorgestellt, welche Rahmenbedingungen für die Patientenversorgung sie jeweils aus der Sicht ihrer Partei für die Krankenhäuser im Jahr 2013 bzw. nach der Bundestagswahl vorsehen.



Auf dem KGNW-Forum diskutierten Inge Höger (DIE LINKE), Gabriele Molitor (FDP), Jochen Brink, Vizepräsident der KGNW, Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Hans Rossels, Präsident der KGNW, und Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD)

- Inge Höger, stellvertretendes Mitglied im Gesundheitsausschuss für die DIE LINKE
- Maria Klein-Schmeink, Mitglied im Gesundheitsausschuss für Bündnis 90/Die Grünen
- Prof. Dr. Karl Lauterbach, Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion
- Gabriele Molitor, für die FDP als Mitglied im Gesundheitsausschuss
- Jens Spahn, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Die Vertreter der Regierungskoalition berichteten über noch in 2013 kurzfristig geplante Maßnahmen für die Krankenhäuser und über weitere Ziele für eine mögliche weitere Legislaturperiode in ihrer Regierungsverantwortung.

An der von KGNW-Vizepräsident Jochen Brink moderierten Diskussion nahm auch DKG-Präsident Alfred Dänzer teil.

Das Publikum wurde erstmals per SMS-Abstimmung eingebunden. Nach den Statements gab es ein erstes Meinungsbild per SMS-Abstimmung zu der Frage, welcher Partei die Krankenhäuser ihre Stimme geben sollen, wenn heute Bundestagswahl wäre.

Zum Ende der Podiumsdiskussion wurde in einer zweiten Abstimmung die engagierte Diskussion der Podiumsteilnehmer noch einmal bewertet, um zu einem Meinungsbild nach der Diskussion zu kommen.

Die von Herrn Dänzer, Herrn Dr. Rossels und auch von Herrn Brink im Rahmen des Forums vorgetragene Forderung der Krankenhäuser nach einer nachhaltigen und fairen Finanzie-

rung wurde in einer Resolution der anschließenden Mitgliederversammlung öffentlichkeitswirksam bekräftigt.

Resolution der Mitgliederversammlung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen für eine nachhaltige Krankenhausfinanzierung

Die 401 Kliniken in Nordrhein-Westfalen mit rund 250.000 Beschäftigten versorgen mit hoher Qualität rund um die Uhr jährlich rund 4,3 Mio. Patientinnen und Patienten von Steinfurt bis Euskirchen und von Aachen bis Höxter. Die Krankenhäuser sind die tragende Säule der medizinischen Versorgung und einer der bedeutendsten Arbeitgeber in NRW. Mit rund 24.000 Auszubildenden und Schülern übernehmen die Krankenhäuser ihre gesellschaftliche Verantwortung für die Jugend. Wann immer das Leben uns braucht, sind wir für die Menschen da.

Weitere Arbeitsverdichtung ist Patienten und Mitarbeitern nicht zumutbar!

Die Krankenhäuser haben Abläufe optimiert und Prozesse gestrafft. Die medizinische Versorgung hat immense Fortschritte gemacht und bspw. schonendere Operationsmethoden etabliert. Als Folge der Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den nordrhein-westfälischen Kliniken auf nun acht Tage und der Verringerung der Zahl der Krankenhausbetten und Krankenhäuser in den vergangenen Jahren werden in immer weniger Kliniken in immer kürzerer Zeit immer mehr Patienten von den Ärzten und Pflegenden behandelt.

Durch die Tarifabschlüsse partizipieren die Beschäftigten der Krankenhäuser an der wirtschaftlichen Entwicklung und am Aufschwung. Das ist gut, richtig und notwendig. Aber da rund 60 Prozent der Kosten in den Krankenhäusern Personalkosten sind, stellen die tarifbedingten Steigerungen eine enorme finanzielle Belastung der Krankenhäuser dar. Die mangelhafte Refinanzierung führt zu Einstellungsstopps, Entlassungen, weiterer Arbeitsverdichtung und im Ergebnis zu weniger Zeit für die Patienten. Die qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung ist in Gefahr!

Die Kosten-Erlös-Schere klafft immer weiter auseinander!

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat im Frühjahr 2012 mit der Informationskampagne „Jobkiller Gesundheitspolitik“ auf diese dramatischen Folgen der chronischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser hingewiesen. Allein im Personalkostenbereich beträgt die Finanzierungslücke im Jahr 2012 für die NRW-Krankenhäuser trotz der rund 70 Mio. Euro über die Tarifausgleichsrate noch 225 Mio. Euro. Dabei sind die erheblichen Energie- und Sachkostensteigerungen noch nicht mal berücksichtigt.

Der vom Statistischen Bundesamt erstmals ermittelte Orientierungswert für die Kosten der Krankenhäuser ist mit 2,0 Prozent weit weg von der tatsächlichen Kostenbelastung, die die Krankenhäuser aktuell und im nächsten Jahr zu bewältigen haben. Die Krankenhäuser brauchen Preiserhöhungsspielräume, die die Kostenbelastung in 2012/2013 realistisch widerspiegeln.

Der Fehler im System – kranke Kliniken sanieren gesunde Kassen!

Von dem extrem niedrigen Kostenorientierungswert dürfen nicht auch noch auf der Landesebene Abzüge für Leistungsentwicklungen vorgenommen werden. Die 2010 zur Sanierung der gesetzlichen Krankenversicherung installierten Kürzungen in Form von 25-prozentigen Mehrleistungsabschlägen müssen beendet werden. Im Hinblick auf Milliarden-Euro-Überschüsse im GKV-System werden die Krankenhäuser ohne Not belastet. Im höchsten Maße enttäuschend ist das Festhalten an der sog. doppelten Degression, die zu Vergütungskürzungen bei allen Krankenhäusern eines Bundeslandes führt, wenn Kliniken mehr Leistungen für die Versorgung der Patienten zu erbringen haben.

Die Krankenhäuser müssen von der Politik in die Lage versetzt werden, ohne die Erbringung von Mehrleistungen tariflich gebundene Gehälter an ihre Beschäftigten zahlen zu können, ohne negative Jahresabschlüsse hinnehmen zu müssen.

2013 droht den Krankenhäusern eine Finanzierungskatastrophe!

Rund die Hälfte der Krankenhäuser rechnet laut mehrerer Umfragen für das Jahr 2012 mit einem defizitären Ergebnis. Die Krankenhäuser gehen in 2013 mit einem Preiszuwachsdeckel von unter 2 Prozent. Das ist weniger als die Inflationsrate. Erneut kommen Gesamtkostensteigerungen von rund 3,5 bis 4 Prozent auf die Häuser zu. Ohne Hilfe des Gesetzgebers droht den Krankenhäusern in 2013 eine Finanzierungskatastrophe. Durch die Gesetzgebung der aktuellen Bundesregierung stehen den deutschen Krankenhäusern insgesamt ca. 2 Mrd. Euro weniger für die Patientenversorgung zur Verfügung. Es ist notwendig, dass eine voll erbrachte Leistung für die Patientinnen und Patienten, die 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr ausgeführt wird, auch mit einer abschlagsfreien Bezahlung vergütet werden muss.

Dass der Handlungsdruck ausgesprochen hoch ist, zeigt die parteiübergreifend verabschiedete „Entscheidung des Bundesrats zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts der Krankenhäuser“ vom 12.10.2012. Die Forderung der Länder zur Vorlage eines Gesetzentwurfs, der die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser ausgleicht, können die NRW-Kliniken nur ausdrücklich unterstreichen.

Unzureichende Investitionsfinanzierung durch das Land

Diesem Schulterschluss bei den Betriebskosten steht die weiterhin unzureichende Investitionsfinanzierung durch das Land Nordrhein-Westfalen entgegen. Im entsprechenden Gesetz steht eine Anpassung an die Kostenentwicklung. Die Landesregierungen sind diesen gesetzlichen Vorgaben bisher leider nie gefolgt – selbst in Zeiten sprudelnder Steuereinnahmen (z. B. 2010 und 2011 jeweils über 8 Prozent).

NRW liegt bei der Krankenhausförderung seit der Neuregelung der Krankenhausfinanzierung 1972 bundesweit in Bezug zur Bevölkerungszahl NRW auf einem enttäuschenden 14. Platz und mit 92.647 Euro pro Planbett im Zeitraum von 1991 bis 2010 liegen die NRW-Kliniken sogar auf dem letzten Platz. Auch mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung in NRW mit der Einführung der Baupauschale, die von der KGNW von Beginn als zukunftsweisendes Verteilungsmodell mitgetragen und ausdrücklich begrüßt wurde, wird die gravierende Unterfinanzierung im Bereich der Krankenhausförderung durch das Land nicht beendet. Durch die Baupauschale werden die vom Land zur Verfügung gestellten Investitionsmittel nicht erhöht. Aufgrund der gravierenden Unterfinanzierung der nordrhein-westfälischen Kliniken bei der Krankenhausförderung durch das Land ist eine Erhöhung der Krankenhausinvestitionen durch das Land dringend erforderlich. Krankenhäuser sind in der Zange von Bundesländer-Streitigkeiten!

Der Bundesgesundheitsminister fordert beim Deutschen Krankenhaustag am 14.11.2012 die Bundesländer auf, ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionen in den Krankenhäusern mehr als zuletzt nachzukommen. Die Länder starten ihrerseits Bundesratsinitiativen und fordern die Bundesregierung zu einer besseren finanziellen Ausstattung der Kliniken auf. Für die Krankenhäuser stellt sich die Lage als zunehmend katastrophales Dilemma dar. Sie befinden sich im Zangengriff von Kürzungen bei den Vergütungen durch den Bundesgesetzgeber und den Kürzungen der Investitionsmittel durch die Länder. Die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter haben im Namen der zu versorgenden Patienten kein Verständnis mehr für dieses Schwarze-Peter-Spiel.

Die qualitativ hochwertige und wohnortnahe Krankenhausversorgung ist massiv bedroht. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und deren rund 250.000 Mitarbeiter fordern von den Politikern in Bund und Land dringend eine nachhaltige und verlässliche Krankenhausfinanzierung.

Aktivitäten der landesweiten Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW“ in Österreich

Um in direkten Kontakt mit ausländischen Medizinerinnen und Krankenhäusern zu treten und Interessenten für die Facharztweiterbildung in Nordrhein-Westfalen zu gewinnen, beteiligten sich in diesem Jahr vom 22. bis 24.05.2012 wieder zahlreiche Kliniken und Klinikverbände aus Nordrhein-Westfalen an Jobmessen der Österreichischen Ärztekammer in Innsbruck, Graz und Wien. Diese Veranstaltungen wurden mit Unterstützung der Projektgemeinschaft der landesweiten Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW“, die vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), dem Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung (MIWF), dem Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW), der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO), der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) sowie der KGNW getragen wird, durchgeführt.

Hintergrund der Aktivitäten ist, dass österreichische Mediziner nach Studienabschluss einen dreijährigen Turnus als Ausbildung zum Allgemeinmediziner durchlaufen müssen, um dann anschließend erst die Facharztweiterbildung absolvieren zu können. In diesem Jahr beteiligten sich 15 Kliniken und Klinikverbände an den Jobmessen an den drei Fakultätsstandorten. Die KGNW war neben der Organisation an den drei Messtagen vormittags wieder mit einem Vortrag in die Informationsveranstaltungen am Vormittag eingebunden (Begrüßung durch Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, Vorträge der NRW-Ärztekammern, Krankenhausgesellschaft und Ministerien, Erfahrungsberichte österreichischer Ärzte, die bereits in deutschen Kliniken tätig sind, Fragen aus dem Publikum).

Landesweite Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW“ mit Griechenland als neuem Zielland

Die in Österreich begonnenen internationalen Aktivitäten wurden in diesem Jahr erstmals auch in Griechenland weitergeführt. Der Hintergrund ist, dass in Griechenland die Zahl der Hochschulabsolventinnen und -absolventen in der Medizin deutlich höher ist als die dort zur Verfügung stehenden Stellen für eine Facharztweiterbildung. So müssen dort junge Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt bis zu acht Jahre warten, bis sie ihre Weiterbildung antreten können.

Dies hat zur Folge, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte nach Möglichkeiten suchen, außerhalb Griechenlands tätig zu werden, um ihre Weiterbildung zu absolvieren. Schon jetzt bilden griechische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland die zweitgrößte Einzelgruppe nach Ärztinnen und Ärzten aus Österreich.

Perspektiven einer Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen Nordgriechenland und NRW unter Beteiligung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser

Aufgrund der aktuellen Situation in Griechenland bestand insbesondere seitens des Präsidenten der Ärztekammer in Thessaloniki sowie der Dekane der Medizinfakultäten in Thessaloniki, Larissa und Alexandroupolis großes Interesse an einer Kooperation und an einem intensiven Austausch zwischen Nordgriechenland und den nordrhein-westfälischen Partnern der landesweiten Initiative sowie den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern.

Um die angestrebte Zusammenarbeit in einem abgestuften Verfahren konzeptionell aufzubauen und weiterzuentwickeln, wurden von den Projektpartnern der landesweiten Initiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW“ mit Unterstützung von Herrn Professor Georgios Godolias, dem Ärztlichen Direktor und Direktor des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie am St. Anna Hospital in Herne, unter Beteiligung der griechischen Ärztekammer in der bisherigen Projekt-AG „docjobs-nrw“ Kooperationsmöglichkeiten zwischen der Region Nordgriechenland und NRW entwickelt. Zielsetzung ist die Konkretisierung eines Stufenkonzepts für die zukünftige Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitswesens zwischen Nordgriechenland und NRW mit den Schwerpunkten:

- den politischen und berufspolitischen Austausch zwischen Nordgriechenland (Region um Thessaloniki) zu intensivieren,
- die Vermittlung fachlich und sprachlich qualifizierter Ärztinnen und Ärzte aus Griechenland nach Nordrhein-Westfalen zu fördern sowie
- perspektivisch die Beziehungen in Richtung einer „Gesundheitspartnerschaft“ zwischen Nordgriechenland und Nordrhein-Westfalen zu entwickeln.

Jobmesse und weitere Aktivitäten in Thessaloniki am 01./02.11.2012

Als konkrete Maßnahme wurde in einem ersten Schritt – gemeinsam mit der deutschen Arbeitsverwaltung [Zentralstelle für Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (BA)] – eine Jobbörse in Thessaloniki am 01. und 02.11.2012 unter Beteiligung von 13 Kliniken und Klinikverbänden aus NRW organisiert. Begleitet wurde diese Veranstaltung von einer Delegationsreise von Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums, der Ärzteschaft, des Landesentrums Gesundheit NRW, der KGNW, aus dem kommunalen und universitären Bereich sowie weiteren Organisationen und Institutionen des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens.

Bei der Jobbörse wurde ein direkter Kontakt zwischen Interessentinnen und Interessenten aus Griechenland und Krankenhäusern aus Nordrhein-Westfalen ermöglicht und relevante Informationen (Nordrhein-Westfalen, Arbeiten in Deutschland, Weiterbildung) vermittelt sowie Sprachqualifikationsange-

bote vorgestellt. Angesprochen wurden insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die an einer vollständigen Weiterbildung in NRW intere-

ssiert sind, sowie Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung in Griechenland begonnen haben und in NRW fortsetzen möchten.

Berufsbezogene Deutsch-Förderung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten

Neben der Planung und Umsetzung von Jobmessen in Griechenland und Österreich hat sich die Landesinitiative „Ärztinnen und Ärzte für NRW“ zum Ziel gesetzt, die berufsbezogene Deutsch-Förderung für Ärztinnen und Ärzte durch berufsbezogene Sprachqualifikationsprogramme zu unterstützen. Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland, die einen sehr bedeutenden Beitrag zur Patientenversorgung in Nordrhein-Westfalen leisten, sind neben ihrer fachlichen Kompetenz zusätzlich gefordert, sich sprachlich zu qualifizieren. Sie müssen, um ärztlich tätig werden zu dürfen, mindestens das Qualifikationslevel B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (CEFR) sowie fachsprachliche Kenntnisse zur formalen Zulassung nachweisen.

Damit Ärztinnen und Ärzte bei erteilter oder angestrebter Approbation in Deutschland ihre berufsbezogenen und auch ihre allgemeinen Sprachkenntnisse verbessern können, bietet das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) ein berufsbezogenes Sprachqualifikationsprogramm an. Dieses Angebot sowie die Organisation entsprechender Kurse werden zukünftig im Rahmen der landesweiten Initiative, die vom Gesundheits- und Wissenschaftsmi-

nisterium, dem Landeszentrum Gesundheit NRW, den beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern und der KGNW getragen wird, koordiniert und befördert werden. Diese Qualifikationsmaßnahmen sollen die bereits bestehenden Kursangebote, die individuell von einzelnen Krankenhäusern durchgeführt werden, ergänzen.

Das landesweite Projekt und das Sprachqualifikationsprogramm wurden im Rahmen der Informationsveranstaltung „Landesinitiative NRW zur berufsbezogenen Deutsch-Förderung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten – Kostenfreie Sprachförderkurse für bereits angestellte und neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ unter Beteiligung von Frau Marlis Bredehorst, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, von Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Institutionen vorgestellt. Die Auftaktveranstaltung fand am 04.10.2012 im Kongresszentrum St. Vincenz Gruppe Ruhr am St. Anna Hospital in Herne statt.

In der Veranstaltung wurde insbesondere auch das Sprachqualifikationskonzept der Landesinitiative, das auf das vom Europäischen Sozialfonds geförderte Programm des Bundesamts für Migration und Flücht-

linge (ESF-BAMF-Programm) zur berufsbezogenen Deutsch-Förderung aufsetzt, dargestellt und erläutert. Die Sprachkurse, die mit zwei Pilotkursen am St. Anna Hospital gestartet wurden, können inhaltlich flexibel gestaltet und jeweils auf die Erfordernisse der Teilnehmenden zugeschnitten werden. Sie richten sich vor allem an die beiden folgenden Gruppen:

- Ärztinnen und Ärzte mit sehr geringen Deutschkenntnissen, die das für die Erteilung der deutschen Approbation notwendige B2-Level mit fachsprachlichen Ergänzungen erreichen möchten und bereits in Kontakt mit einem zukünftigen Arbeitgeber stehen.
- bereits angestellte Ärztinnen und Ärzte mit deutscher Approbation, die ihre Deutschkenntnisse ergänzen, vertiefen oder auffrischen möchten

Die Sprachkurse mit einer Mindestteilnehmerzahl von zehn bis zwölf Personen, die von der Landesinitiative koordiniert werden und in denen vor allem auch Interessenten aus verschiedenen Krankenhäusern regional zusammengeführt werden können, sind für die Teilnehmenden kostenfrei. Eine Ko-Finanzierung erfolgt über die Freistellung durch den Arbeitgeber unter Fortzahlung der Bezüge

Als Ergebnis der nordrhein-westfälischen Delegationsreise nach Thessaloniki wurde unter Beteiligung der Ärztekammern Westfalen-Lippe, Nordrhein und Thessaloniki, der KGNW, des BAMF, des Goethe-Instituts Thessaloniki und des MGEPA ein Pilotprojekt zur Förderung der Sprachkompetenz griechischer Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung zum Facharzt an Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen absolvieren möchten, initiiert. Das Projekt beinhaltet das Angebot eines berufsbezogenen Sprachkurses an Ärztinnen und Ärzte aus Griechenland, die einen Vertrag mit einem Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen unterzeichnet haben, dort hospitieren und anschließend eine Facharztausbildung absolvieren werden. Der Sprachkurs wird zunächst über knapp vier Monate am Goethe-Institut in Thessaloniki durchgeführt und anschließend in Nordrhein-Westfalen fortgesetzt, während die Ärztinnen und Ärzte aus Griechenland bereits an einem Krankenhaus in NRW hospitieren. So wird sichergestellt, dass die griechischen Ärztinnen und Ärzte über die erforderlichen Deutschkenntnisse verfügen, wenn sie in den Krankenhäusern tätig sind. Die Finanzierung der Sprachkurse erfolgt ebenfalls über das BAMF sowie eine Ko-Finanzierung der Krankenhäuser im Rahmen des Hospitationsvertrags und der Fortführung des Kurses in Deutschland.

Behandlung besonderer Patientengruppen

Viele Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen entwickelten im Hinblick auf Patienten im Krankenhaus, die neben ihrer akuten Erkrankung eine demenzielle Störung aufweisen, Strukturen zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe, um den Anforderungen demenzkranker und anderer älterer Patienten und ihrer Behandlung gerecht werden zu können. In diesem Kontext hat seit 2009 das Projekt „Blickwechsel Demenz. Regional“ zum Ziel, neben thematischen Schwerpunkten die Akteure in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Patienten mit Demenz in NRW zu vernetzen und hier einen Beitrag zum verstärkten Austausch zwischen den Beteiligten zu leisten.

Im Rahmen der Projektaktivitäten wurde auch das landesweite Netzwerk „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ mit einer angeschlossenen Arbeitsgruppe, an der auch die KGNW-Geschäftsstelle beteiligt ist, ins Leben gerufen. Das Gesamtprojekt mit der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte mbH als Träger wird vor allem von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gefördert und vom MGEPA finanziell unter Einbeziehung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld unterstützt. Beteiligt sind zudem das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke sowie die Modell Herdecke Plus Integrierte Gesundheitsversorgung AG.

In diesem Kontext hat sich die Arbeitsgruppe im Netzwerk „Menschen mit Demenz im

Krankenhaus“, in der neben der KGNW über 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Krankenhäusern, dem Ministerium, der Ärztekammer Nordrhein und der Alzheimer Gesellschaft vertreten sind und deren konstituierende Sitzung am 18.03.2010 stattfand, zum Ziel gesetzt, sich aktiv in Projekten und Organisationsentwicklungsprozessen mit der Verbesserung der stationären Versorgung von Patienten mit einer Nebendiagnose Demenz im Gesundheitswesen zu engagieren. Weiterhin sollen auf Landesebene die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für diese Patientengruppe unterstützt und weitere Verbesserungen der Rahmenbedingungen in der Versorgung erreicht werden.

Im Hinblick auf die zukünftigen Aktivitäten des Netzwerks/der Arbeitsgruppe wurden von der Projektleiterin Frau Dr. Angerhausen nach intensiven Diskussionen in der Arbeitsgruppe Grundsatzpapiere zur „Vereinbarung der Zusammenarbeit im Netzwerk“ sowie zum Thema „Verantwortung übernehmen für die Versorgung von Menschen mit einer Demenz im Krankenhaus“ vorgelegt und verabschiedet. Die Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Institutionen und Verbände wurden gebeten, für ihren Bereich eine entsprechende Zusage innerverbandlich zu prüfen und abzustimmen.

Aufgrund der hohen Beteiligung und Mitwirkung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser und des mit einer weiteren Mitarbeit in der Arbeitsgruppe einhergehenden

grundsätzlichen Meinungs- und Erfahrungsaustauschs sowie der Transparenz über beabsichtigte oder umgesetzte strukturelle Veränderungen und Maßnahmen in den Kliniken hat sich das Präsidium der KGNW in seiner Sitzung am 22.03.2012 für eine

weitere Beteiligung der Geschäftsstelle am landesweiten Netzwerk „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ unter Berücksichtigung der vorgelegten Grundsatzpapiere ausgesprochen.

KGNW-Frühjahrsempfang 2012



Jochen Brink, Vizepräsident der KGNW, im Gespräch mit Dr. Daisy Hünefeld, Vorstandsmitglied der St. Franziskus-Stiftung und Dr. Klaus Goedereis, Vorstandsvorsitzender der St. Franziskus-Stiftung Münster.

Vertreter aus den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern und deren Trägern, aus Verbänden und Institutionen sowie der Politik nahmen am diesjährigen Frühjahrsempfang unter Beteiligung der nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerin Barbara Stefens am 22.03.2012 im Radisson SAS Hotel in Düsseldorf teil.

KGNW-Vizepräsident Jochen Brink wies auf internationale Untersuchungen über das Gesundheitswesen z. B. der OECD-Staaten hin. Diese Untersuchungen bestätigten dem deut-

schen Gesundheitswesen eine hervorragende Leistungsfähigkeit. Dessen ungeachtet würden Krankenhäuser auch von Teilen der Politik nur als Kostenfaktor wahrgenommen, ihnen würden weiterhin Lasten der allgemeinen Finanzierung auferlegt. Die Krankenhäuser hätten im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes und der damaligen gesamtwirtschaftlichen Lage ihren Sparbeitrag geleistet. Nicht hinnehmbar sei jedoch, dass weiter an diesen überholten Sparplänen festgehalten werde. So sei im Jahr 2011 auf der Grundlage des GKV-Finanzierungsgesetzes aus dem Jahr 2010 die

den Krankenhäusern eigentlich zustehende gesetzliche Steigerungsrate ihrer Vergütungen von 1,15 Prozent um 0,25 Prozent als Beitrag zur Sanierung der gesetzlichen Krankenkassen auf 0,9 Prozent gekürzt worden – obwohl entgegen der damaligen Prognose die GKV im vergangenen Jahr jedoch Milliardenüberschüsse erzielt habe. Die Hoffnung der Krankenhausesseite bestehe darin, dass die Politik erkenne, welch großes Gut sie mit voll funktionsfähigen Krankenhäusern für die über 4 Mio. Patientinnen und Patienten, auch in NRW, in einem sich entwickelnden großen Feld der Gesundheitswirtschaft in Deutschland und Europa habe.

Zudem brachte Herr Brink seine Hoffnung zum Ausdruck, dass sich die Kandidatinnen und Kandidaten für den nordrhein-westfälischen Landtag auf Bundesebene für die von ihnen vertretenen 240.000 Krankenhausbeschäftigten im Interesse der Patientinnen und Patienten einsetzen und die Regierungskoalition zum Handeln auffordern.

Zur beabsichtigten Neuaufstellung des Krankenhausplans in NRW teilte Herr Brink mit, die Krankenhäuser warteten gespannt auf erste Ergebnisse des vom Ministerium in Auftrag gegebenen Gutachtens.

Eine Planung, die über die Gebiete nach der Weiterbildungsordnung der Ärzte (WBO) hinausgehe, sei lediglich in den einzelnen konkreten Bereichen erforderlich. Soweit im Krankenhausplan zusätzliche Struktur-/ Qualitätsvoraussetzungen gefordert würden, müssten diese begründet und evidenzbasiert sein. Ferner müssten die Auswirkungen auf die Versorgung evaluiert werden.

Gesundheitskongress des Westens 2012

Der Gesundheitskongress des Westens 2012 stand unter dem Motto „Kampf um kluge Köpfe. Arbeiten im Zukunftssektor Gesundheit“. Der Kongress fand am 14. und 15.03.2012 erstmalig in Köln statt und wurde von der WISO S. E. Consulting GmbH unter Beteiligung der KGNW durchgeführt.

Im Mittelpunkt des Gesundheitskongresses 2012 stand das Thema Personalmangel. Mit NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens diskutierte KGNW-Vizepräsident Jochen Brink im Rahmen einer Podiumsdiskussion über Ziele und aktuelle Vorhaben der Landesregierung. Weitere Diskussionsteilnehmer waren Dr. Wolfgang-Axel Dryden, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Dr. Manfred Georg Krukemeyer, Vorsitzender der Gesellschafterversammlung der Paracelsus-Kliniken, sowie Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

KGNW-Vizepräsident Jochen Brink vertrat am ersten Kongresstag das Thema „Die Zukunft der ambulanten Versorgung – Konzepte, Investitionen, Finanzierung“ mit Dr. Wolfgang-Axel Dryden, sowie Georg Heßbrügge, Direktor Gesundheitsmärkte und -politik bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, und Dr. Manfred Klemm, Vorstandsvorsitzender des Regionalen Gesundheitsnetzes Leverkusen.

Zum Thema „Personalmanagement konkret: Wie gehen Kliniken mit Personalmangel um?“ diskutierte KGNW-Geschäftsführer Matthi-

as Blum mit Christa Garvert, Vorsitzende der Geschäftsführung Marienhaus GmbH, sowie Professor Bertil Bouillon, Lehrstuhl Unfallchirurgie und Orthopädie bei den Kliniken der Stadt Köln, und Klaus Froese, Geschäftsführer Lufthansa City Line.

In der Podiumsdiskussion „Krankenhaus Benchmarking – die Krankenhäuser in NRW im Vergleich: Wie erfolgreich und innovativ

sind sie?“ vertrat KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum die Positionen der Krankenhäuser gegenüber Dr. Boris Augurzky, Leiter Kompetenzbereich Gesundheit beim RWI, Dr. Sebastian Krolop, Partner bei Accenture, Michaela Evans, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Technik, Dr. Karl Blum, Leiter Forschungsbereich Deutsches Krankenhausinstitut und Arndt Winterer, Leiter des Landesentrums für Gesundheit.

Landesgesundheitskonferenz 2012

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) fand am 22.11.2012 in der Ärztekammer Westfalen-Lippe statt. Im Mittelpunkt der diesjährigen LGK standen neben dem Impulsvortrag von Professor Ulrich Jaehde, Leiter des Bereichs Klinische Pharmazie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und Vorstandsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, zum Thema der diesjährigen EntschlieÙung „Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten und sicheren gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen“ die Diskussion und Verabschiedung der EntschlieÙung.

In der Diskussion zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage nahm KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum zur Umsetzung der letztjährigen EntschlieÙung „Prävention nosokomialer Infektionen“ sowie zu den Arbeiten und Ergebnissen des Gremiums nach § 90a auf Landesebene Stellung.

Der Text der diesjährigen EntschlieÙung wurde in Sitzungen des Vorbereitenden Ausschusses (VA) der LGK und einer Arbeitsgruppe dieses Ausschusses unter Beteiligung der KGNW sowie im Vorstand der KGNW ausführlich und intensiv diskutiert sowie vom Vorstand der KGNW am 27.09.2012 verabschiedet.

Schiedsstellen nach §§ 18, 18a KHG

Entsprechend der Vereinbarung über die Schiedsstellen in NRW sind die Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Rheinland bei der KGNW und die Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe (früher: AOK-Landesverband Westfalen-Lippe) eingerichtet.

Die zurzeit laufende siebte Amtsperiode der Mitglieder und ihrer Stellvertreter sowie auch des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter begann für beide Schiedsstellen am 01.01.2010 und endet nach der in § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Schiedsstellen nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (SchV-KHG) i. v. m. § 6 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZVV) vorgesehenen vierjährigen Dauer am 31.12.2013.

Vor der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe waren 2012 insgesamt neun Verfahren aus den Jahren 2011 und 2012 anhängig. Davon wurden zwei Verfahren durch Vergleich vor der Schiedsstelle sowie sechs Verfahren durch eine Festsetzung der Schiedsstelle beendet. Ein Antrag auf Entscheidung durch die Schiedsstelle wurde zurückgenommen.

Bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland, deren Geschäftsstelle von der KGNW getragen wird, waren 2012 insgesamt 22 Verfahren aus den Jahren 2007 bis 2012 anhängig. Davon wurden zehn Verfahren durch Festsetzung der Schiedsstelle (zwei der zehn Festsetzungen stellten Entscheidungen der Schiedsstelle nach § 14 Abs. 3 KHEntgG dar), ein Verfahren durch einen ergänzenden Beschluss und ein Verfahren durch Vergleich vor der Schiedsstel-

le beendet. Zehn Verfahren konnten bisher nicht abgeschlossen werden, davon wurden bereits sechs Verfahren für November/Dezember 2012 zur mündlichen Verhandlung terminiert.

Bei den bei beiden Schiedsstellen anhängigen Verfahren stellte – wie in den vorangegangenen Jahren – einen wesentlichen Streitpunkt der Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses dar. Dabei ging es insbesondere um den zwischen den Parteien strittigen Inhalt und Umfang des Versorgungsauftrags, der durch Auslegung des konkreten Feststellungsbescheids sowie unter Berücksichtigung des Runderlasses des damaligen MAGS vom 29.12.2008 zu ermitteln war. Strittig waren u. a. die Erbringung von Knie-TEP-Leistungen, die Behandlung schwerer Herzinsuffizienz, die Implantation von Defibrillatoren sowie darüber hinaus der Leistungsbereich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. In diesem Zusammenhang war seitens der Schiedsstellen in mehreren Verfahren zu klären, inwieweit Leistungen niedergelassener Ärzte als allgemeine Krankenhausleistungen anzuerkennen sind.

Bei der Schiedsstelle Rheinland sind noch in diesem Jahr in zwei Verfahren Entscheidungen über die Zuschlagshöhe für ein kinderkardiologisches Zentrum und über den Ausgleich für erstmals vereinbarte NUB zu treffen.

Die Vorsitzenden der Schiedsstellen und ihre Stellvertreter wurden von den Landesverbänden der Krankenkassen und der KGNW gemeinsam für die den Berichtszeitraum berührende vierjährige Amtsperiode bestellt:

Schiedsstelle-KHG Rheinland

Vorsitzender

Prof. Dr. Dr. Wilfried Schlüter

1. Stellvertreter

Prof. Dr. Oliver Ricken

2. Stellvertreter

N. N.

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

Vorsitzender

Vorsitzender Richter am
Landessozialgericht
Dr. Thomas Sommer

1. Stellvertreter

Vorsitzender Richter am
Landessozialgericht
Dr. Peter Lange

2. Stellvertreter

Vorsitzender Richter am
Landessozialgericht a. D.
Prof. Dr. Volker Warendorf

Schiedsstelle-KHG Rheinland

Noch anhängige Verfahren aus dem Jahr 2011

- insgesamt.....3
- Festsetzungen durch die Schiedsstelle2
- Vergleich im Rahmen einer Schiedsstellensitzung1

Im Jahr 2012 eingegangene Anträge nach § 14 Abs. 3 KHEntgG für frühere Pflegesatzzeiträume

- insgesamt.....3
- Festsetzungen durch die Schiedsstelle3

Im Jahr 2012 eingegangene Anträge auf Festsetzung der Pflegesätze nach §§ 18, 18a KHG i. V. m. § 120 Abs. 1a und Abs. 4 SGBV für frühere Pflegesatzzeiträume

- insgesamt.....2
- Auflagenbeschlüsse durch die Schiedsstelle / Verfahren ohne Abschluss2

Im Jahr 2012 eingegangene Anträge auf Festsetzung der Pflegesätze nach §§ 18, 18a KHG i. V. m. § 13 KHEntgG sowie teilweise i. V. m. § 19 BPfIV

Pflegesatzzeitraum
01.01.–31.12.2011

- insgesamt.....6
- Festsetzungen durch die Schiedsstelle5
- Verfahren ohne Abschluss.....1

Im Jahr 2012 eingegangene Anträge auf Festsetzung der Pflegesätze nach §§ 18, 18a KHG i. V. m. § 13 KHEntgG

Pflegesatzzeitraum
01.01.–31.12.2012

- insgesamt.....8
- Festsetzungen durch die Schiedsstelle3
davon eine mit vorausgegangener Teileinigung der Parteien
vor der Schiedsstelle
- Verfahren ohne Abschluss5
davon ein Verfahren mit Auflagenbeschluss durch die Schiedsstelle

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

Noch anhängige Verfahren aus dem Jahr 2011

- insgesamt.....3
- Festsetzungen durch die Schiedsstelle.....2
- Rücknahme1

Im Jahr 2012 eingegangene Anträge auf Festsetzung der Pfleagesätze nach §§ 18, 18a KHG i. V. m. § 13 KHEntgG	Pfleagesatzzeitraum 01.01.–31.12.2012
---	--

- insgesamt.....6
- Festsetzungen durch die Schiedsstelle.....4
- Vergleiche im Rahmen einer Schiedsstellensitzung.....2
davon ein Vergleich mit vorausgegangenem Auflagen-
beschluss durch die Schiedsstelle

Von der Kostenträgerseite wurden im Berichtszeitraum bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland drei Anträge eingereicht, bei der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe wurde seitens der Kostenträger ein Antrag eingereicht.

Bei den bei beiden Schiedsstellen anhängigen Verfahren stellte – wie in den vorangegangenen Jahren – einen wesentlichen Streitpunkt der Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses dar. Dabei ging es insbesondere um den zwischen den Parteien strittigen Inhalt und Umfang des Versorgungsauftrags, der durch Auslegung des konkreten Feststellungsbescheids sowie unter Berücksichtigung des Runderlasses des damaligen MAGS vom 29.12.2008 zu ermitteln war.

Strittig waren u. a. die Erbringung von Knie-TEP-Leistungen, die Behandlung schwerer Herzinsuffizienz, die Implantation von Defibrillatoren sowie darüber hinaus der Leistungsbereich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. In diesem Zusammenhang war seitens der Schiedsstellen u. a. in mehreren Verfahren zu klären, inwieweit Leistungen niedergelassener Ärzte als allgemeine Krankenhausleistungen anzuerkennen sind.

Im Bereich der Schiedsstelle-KHG Rheinland wurden darüber hinaus drei Anträge zur Festsetzung des Gesamtbetrages für den Zuschlag für ein kideronkologisches Zentrum gestellt. Die Schiedsstelle bestätigte in den drei Verfahren, dass es sich jeweils um ein Zentrum im Sinne des § 5 Abs. 3 KHEntgG handelt.

Schlichtungsausschuss nach § 17 c Abs 4 KHG

§ 17c Abs. 4 KHG sieht bei Streitigkeiten der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG über die Prüfergebnisse des MDK nach § 17c Abs. 2 und 3 KHG und die sich daraus ergebenden Folgen eine Schlichtung durch einen Schlichtungsausschuss vor. Die Vorschrift legt fest, dass die Mitglieder des Schlichtungsausschusses jeweils von den Vertragspartnern zu bestellen sind und dass diese sich auf den unparteiischen Vorsitzenden einigen sollen.

Entsprechend der Vereinbarung über die Bildung des Schlichtungsausschusses nach § 17c Abs. 4 KHG für Nordrhein-Westfalen (Schlichtungsvereinbarung) ist die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses bei der KGNW eingerichtet.

Die zurzeit laufende dritte Amtsperiode der Mitglieder und ihrer Stellvertreter sowie auch des Vorsitzenden und seines Stellvertreters begann am 01.01.2011 und endet nach der in § 5 Abs. 1 Satz 2 der Schlichtungsvereinbarung vorgesehenen vierjährigen Dauer am 31.12.2014.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses und sein Stellvertreter wurden von den Verbänden der Krankenkassen und der KGNW gemeinsam für die den Berichtszeitraum berührende vierjährige dritte Amtsperiode bestellt:

Vorsitzender

Vorsitzender Richter am
Landessozialgericht Essen
Josef Brand

1. Stellvertreter

Vorsitzender Richter am
Verwaltungsgericht a. D.
Dr. Rüdiger Busch

Bis zum Ende des Berichtszeitraums wurde der Schlichtungsausschuss nicht angerufen.

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Gemäß der am 9. Juni 1997, in der geänderten Fassung vom 28. Dezember 2005, beschlossenen Satzung gehören neben den Spitzenverbänden die Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)

als Mitglieder an. Derzeit sind in der Gesellschaft 295 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31. Dezember 2012). Insgesamt vertritt die KGNW zu diesem Zeitpunkt 365 nordrhein-westfälische Krankenhäuser.

Verbandsmitglieder gemäß Satzung

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

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

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

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

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

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

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

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

Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Liliencronstraße 14
40472 Düsseldorf

Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Straße 1
50663 Köln

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Straße 25–27
48133 Münster

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

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

Städtetag Nordrhein-Westfalen
Lindenallee 13–17
50968 Köln

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

Verbandliche Einzelmitglieder

Berufsgenossenschaftliches
Universitätsklinikum
Bergmannsheil GmbH
Bürkle de la Camp-Platz 1
44789 Bochum

Berufsgenossenschaftliche
Unfallklinik Duisburg-Bucholz GbR
Großenbaumer Allee 250
47249 Duisburg

Bundesknappschaft
Pieperstraße 14–28
44789 Bochum
Betriebskrankenkasse Hoesch
Hüttenhospital
Am Marksbach 28
44269 Dortmund

Deutsche Rentenversicherung (DRV)
Rheinland
Königsallee 71
40215 Düsseldorf

Mitgliederversammlung

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

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

- j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers
- k) Bestellung der Rechnungsprüfer
- l) Wahrnehmung von der Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben
- m) Auflösung der Gesellschaft

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

06.12.2012 in Neuss

Vorstand

Generell beschließt der Vorstand über die Angelegenheiten, die ihm die Satzung zuweist oder die ihm die Mitgliederversammlung überträgt. Der Vorstand kann anstelle der Mitgliederversammlung in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist den Mitgliedern unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Mitgliedes sind sie auf der nächsten Mitgliederversammlung erneut zu behandeln. Im Berichtszeitraum gehörten dem Vorstand an:

Präsident:

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

1. Vizepräsident:

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

2. Vizepräsident:

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

Von den Einzelmitgliedern gewählte Mitglieder:

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Geschäftsführer Sigurd Claus
Deutscher Paritätischer Wohlfahrts-
verband, Landesverband Nordrhein-
Westfalen
(seit 22.06.2012)

Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V. Bielefeld

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
(seit 22.03.2012)

Geschäftsführer Ralf H. Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Geschäftsführer Rainer Rabsahl
Ev. Krankenhaus Wesel GmbH

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef Krankenhaus GmbH, Moers

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritaskliniken GmbH, Datteln

Geschäftsführer Thomas Schellhoff
Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg
gGmbH, Stolberg

Geschäftsführer Robert Schüwer
Märkische Kliniken GmbH, Lüdenscheid

Geschäftsführer Werner Strotmeier
St. Josef-Stift Sendenhorst

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

**Von den Verbandsmitgliedern benannte
Mitglieder:**

Pastor Günther Barenhoff
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen, Münster

Bereichsleiter Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Gerold Eckardt
Deutscher Paritätischer Wohlfahrts-
verband, Landesverband Nordrhein-
Westfalen
(bis 26.06.2012)

Vorstand Hans-Joachim Ehrhardt
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

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

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Beigeordneter Reiner Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

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

Diözesancaritasdirektor
Burkhard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen

LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
(bis 22.03.2012)

Ministerialrat Alfred Witt
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen

Gast:

Dr. Rudolf Kösters
Präsident der Deutschen Krankenhaus-
gesellschaft

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

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

Geschäftsführer Clemens Breulmann
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Krankenhausorganisation)
Christophorus-Kliniken GmbH, Coesfeld

Geschäftsführer Gerold Eckardt
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Personalwesen) Deutscher Paritätischer
Wohlfahrtsverband, Landesverband
Nordrhein-Westfalen
(bis 26.06.2012)

Geschäftsführer Benedikt Merten
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Planung und Förderung)
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

Geschäftsführer Rechtsanwalt
Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Sitzungen:

22.03.2012
26.06.2012
27.09.2012
31.10.2012 (Sondersitzung)
08.11.2012 (Sondersitzung)
29.11.2012

Präsidium

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

„Das Präsidium hat den Vorstand in der Erfül-
lung seiner Aufgaben durch enge Zusammen-
arbeit mit der Geschäftsstelle, insbesondere
durch Vorbereitung der Vorstandssitzungen,
zu unterstützen. Es hat dafür zu sorgen,
dass die Arbeit der Gesellschaft nach den
Bestimmungen der Satzung und den Be-
schlüssen des Vorstandes sowie der Mitglie-
derversammlung durchgeführt wird. Fer-
ner wählt das Präsidium auf Vorschlag des
Geschäftsführers die Hauptreferenten der
Geschäftsstelle aus. Darüber hinaus kann
das Präsidium anstelle des Vorstands in sol-
chen Angelegenheiten beschließen, deren
Behandlung keinen Aufschub duldet. Von
diesen Beschlüssen ist dem Vorstand unver-
züglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines
Vorstandsmitglieds sind sie auf der nächsten
Vorstandssitzung erneut zu behandeln.“
Dem Präsidium gehörten im Berichtszeit-
raum an:

Präsident

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

1. Vizepräsident

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

2. Vizepräsident

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

Geschäftsführendes Präsidialmitglied

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Beisitzer:

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Diakonie Westfalen e. V.

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städt. Kliniken Bielefeld gGmbH
Geschäftsführer Dipl. Kfm. Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Diözesancaritasdirektor
Burkhard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen

Gast:

Dr. Rudolf Kösters
Präsident der Deutschen Krankenhaus-
gesellschaft

Sitzungen:

08.02.2012 (Sondersitzung)
22.03.2012
26.06.2012
27.09.2012
31.10.2012 (Sondersitzung)
08.11.2012 (Sondersitzung)
29.11.2012

Hauptausschuss

Nach § 11 Abs. 1 und 2 der Satzung der KGNW berät und verhandelt der Hauptausschuss über den Abschluss von Verträgen und Empfehlungen zur Vergütung der Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des § 2 Abs. 2:

Vorsitzender:

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

Stellv. Vorsitzende:

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

Bereichsleiter Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Geschäftsführer Harald Wohlfahrt
Klinik für Manuelle Therapie, Hamm

Mitglied:

Geschäftsführer

Rechtsanwalt Matthias Blum

Krankenhausgesellschaft

Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Thomas Köhler

Zweckverband der Krankenhäuser

Südwestfalen e. V., Iserlohn

Geschäftsführer Frank Lillteicher

Zweckverband freigem. Krankenhäuser

Münsterland und Ostwestfalen, Münster

Von den Einzelmitgliedern gewählte

Mitglieder:

Geschäftsführer Horst Defren

Kliniken Essen-Mitte

Ev. Huysens-Stiftung Knappschaft GmbH

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell

Gemeinnützige Gesellschaft der

Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Otto Eggeling

Evangelisches und Johanniter Klinikum

Niederrhein gGmbH

Geschäftsführer Joachim Püllen

Kliniken Maria-Hilf GmbH,

Mönchengladbach

Generalbevollmächtigter

Hans-Joachim Ehrhardt

Sana-Klinikum Remscheid GmbH

Geschäftsführer Stephan Richter

Zweckverband der Krankenhäuser im

Regierungsbezirk Detmold

Geschäftsführer Dieter Erfurth

Gangelter Einrichtungen, Krankenhaus

Maria-Hilf

Jürgen Thau

St.-Johannesstift, Ev. Krankenhaus

Paderborn gGmbH

Dipl.-Volksw. Thomas Figge

Zweckverband der Krankenhäuser des

Ruhrbezirks e. V., Herne

Ltd. Krankenhausdirektor a. D.

Hans-Dieter Wille

Arbeitsgemeinschaft Kommunalen

Krankenhäuser Westfalens, Dortmund

Geschäftsführer Joachim Finklenburg

Klinikum Oberberg GmbH

Geschäftsführer Thomas Wülle

Katholische Hospitalvereinigung im

Märkischen Kreis

St. Elisabeth-Hospital GmbH, Iserlohn

Geschäftsführer Martin Heumann

Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,

Köln

Von den Verbandsmitgliedern benannte Mitglieder:

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

Hauptgeschäftsführerin Mechthild Greive
Klinikum Dortmund gGmbH

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

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

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtische Kliniken Mönchengladbach
GmbH

Geschäftsführer Dr. Harald Januschewski
Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach

Rechtsanwältin Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Geschäftsführer Harald Wohlfarth
Klinik für Manuelle Therapie, Hamm

Sitzungen:

03.02.2012 in Düsseldorf (Sondersitzung)

13.03.2012 in Düsseldorf

13.06.2012 in Düsseldorf

11.09.2012 in Düsseldorf

08.11.2012 in Düsseldorf

Fachausschüsse und Kommissionen / Arbeitsgruppen

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

Hauptausschuss

- Arbeitsgruppe „Heilmittelvertrag“
- Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“
- Arbeitsgruppe „Verhandlung des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB“
- Arbeitsgruppe „Umsetzung des § 17a KHG“
 - Arbeitsgruppe „Psychiatrie- Neues Entgeltsystem“
 - Arbeitsgruppe „Kennzahlen aus Routinedaten nach § 21 KHEntgG in der Psychiatrie“

Fachausschuss für Planung und Förderung

- Arbeitsgruppe „Krankenhausplanung NRW Psychiatrie“ im MGEPA
- Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“ der KGNW

Fachausschuss für Krankenhausorganisation

- Kommission „Umweltschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit im Krankenhaus“
- Kommission „Qualitätsmanagement“
- Kommission „IT im Krankenhaus“
- Arbeitsgruppe „QR-Check“

Fachausschuss für Personalwesen

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

- Landesausschuss für Krankenhausplanung
- Landespflegesatzausschuss
- Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV

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

Hauptausschuss

Siehe Organe S.113–115

Arbeitsgruppe „Heilmittelvertrag“

Geschäftsführer

Dipl.-Oec. Heinz-Werner Bitter

Ev. Krankenhausgemeinschaft

Herne/Castrop-Rauxel GmbH

Stellv. Geschäftsführer

Dipl.-Kfm. Martin Heiser

Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Franz-J. Hübsch

Krankenhaus Sankt Josef, Wuppertal

Geschäftsführerin Andrea Rädlein

Regionales Therapiezentrum GmbH,
Wuppertal

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus

Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH

Geschäftsführer Hans-Peter Zimmermann

Klinikum Leverkusen gGmbH

Sitzungen:

keine

Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“

Geschäftsführer

Dipl.-Oec. Heinz-Werner Bitter

Ev. Krankenhausgemeinschaft

Herne/Castrop-Rauxel gGmbH

Thomas Figge

Zweckverband der Krankenhäuser des Ruhr-
bezirks e. V., Herne

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn

Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Geschäftsführer Martin Heumann

Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Geschäftsführer Thomas Köhler

Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen e. V., Iserlohn

Geschäftsführer Frank Lillteicher

Zweckverband freigemeinnütziger Kran-
kenhäuser Münsterland und Ostwestfalen,
Münster

Geschäftsführer Ingo Morell

Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Sitzungen:

20.07.2012 in Düsseldorf

10.12.2012 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe „Verhandlung
des Landesvertrages nach § 112
Abs. 2 Nr. 1 SGB V“**

Geschäftsführer

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

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

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Rechtsanwalt Christian Lüder
Heilig Geist-Krankenhaus GmbH, Köln

Geschäftsführer Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

J. Meyer zu Wendischhoff
Ev. Krankenhaus gGmbH, Bielefeld

Sitzung:

Keine

Arbeitsgruppe „Umsetzung des § 17 a KHG“

Geschäftsführer

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

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

Geschäftsführer Horst Henke
HELIOS Klinikum Wuppertal GmbH

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Geschäftsführer a. D.
Dipl.-Betriebsw. Dieter Korn
(vormals: St. Marien-Krankenhaus gGmbH,
Siegen)

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland und
Ostwestfalen, Münster

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH, Bergisch
Gladbach

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

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

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Sitzungen:

Keine

**Arbeitsgruppe „Kennzahlen aus Routine-
daten nach § 21 KHEntgG in der Psychiatrie“**

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer
LWL - Klinik Herten

Dr. med. Philipp Massing
LVR-Zentralverwaltung Köln

Ärztlicher Leiter Dr. Kai Schmidt
St.-Vinzenz-Hospital Rhede

Ärztlicher Direktor Prof.
Dr. Klaus Windgassen
Evangelische Stiftung Tannenhof
Remscheid

Priv.-Doz. Dr. med. Zielasek
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

Dipl.-Kfm. Martin Heiser
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.
Köln

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland
e. V. Köln

Sitzungen:

15.05.2012 in Düsseldorf

Fachausschuss für Planung und Förderung

Vorsitzender:

Geschäftsführer Benedikt Merten
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

**a) Mitglieder aus dem Kreis der Einzel-
mitglieder:**

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

Vorstandsvorsitzender Dieter Kesper
Stiftung der Cellitinnen, Köln

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

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritaskliniken GmbH, Datteln

Geschäftsführer Thomas Wülle
Kath. Kliniken im Märkischen Kreis gGmbH

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

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

Geschäftsführer Ralf Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich,
St. Elisabeth, Grevenbroich

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef-Krankenhaus GmbH, Moers

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Robert Schüwer
Märkische Kliniken GmbH

Geschäftsführer Manfred Witkowski
Ev. Krankenhaus Hamm GmbH

b) Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Rechtsanwältin Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn (bis 28.11.2012)

Geschäftsführer Norbert Böckenhoff
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen
(ab 26.06.2012)

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Klaus Bremen
Der Paritätische Nordrhei-Westfalen
(bis 21.03.2012)

Generalbevollm. Reg. Nordwest
Hans-Joachim Ehrhardt
Verband der Privatkliniken
NordrheinWestfalen

Hauptgeschäftsführerin Mechthild Greive
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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

Elke Held
Caritasverband für das Bistum Aachen

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

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Rechtsanwalt Oliver Lohr
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(ab 29.11.2012)

Thomas Profazi
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Dipl.-Kfm. Markus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Norbert Vongehr
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsbereichsleiterin
Katharina Benner
Der Paritätische Nordrhen-Westfalen
(ab 26.06.2012)

Geschäftsführer Norbert Böckenhoff
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Nordrhein-Westfalen
(bis 25.06.2012)

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

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

Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Volksw. Rainer Dräger
Diakonisches Werk der Ev. Kirche im
Rheinland

Annemie Frenzel
Landschaftsverband Rheinland

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Kfm.-Direktor Dr. Hans-Jürgen Hackenberg
Ministerium für Innovation, Wissenschaft,
Forschung und Technologie des Landes
Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführerin Ulrike Hoberg
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen

Dipl.-Kfm. Christian Holzbrecher
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Beigeordneter Rainer Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus
Caritasverband für das Bistum Essen

Annette Uentrup
Caritasverband für die Diözese Münster

Dr. Andreas Wittrahm
Caritasverband für das Bistum Aachen

**Sonstige Mitglieder als krankenhausseitige
Mitglieder des Landesausschusses für Kran-
kenhausplanung**

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(bis 26.09.2012)

Landesrätin Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland
(bis 21.03.2012)

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
(ab 22.03.2012)

Dr. Hans Rossels
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen
(ab 27.09.2012)

Diözesancaritasdirektor
Burkhard Schröders
Caritasverband für das Bistum Aachen

Landesrätin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland
(ab 22.03.2012)

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
(bis 21.03.2012)

**Sonstige Mitglieder als Stellvertreter der
Mitglieder des Landesausschusses für
Krankenhausplanung:**

Rechtsanwalt Richard Kösters, LL.M.
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Gäste:

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland und
Ostwestfalen, Münster

Sitzungen:

08.02.2012 in Düsseldorf
09.05.2012 in Düsseldorf
12.06.2012 in Düsseldorf

20.09.2012 in Düsseldorf
31.10.2012 in Düsseldorf
08.11.2012 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe „Krankenhausplanung NRW
Psychiatrie“ im MGEPA**

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Geschäftsführer
Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritas-Kliniken GmbH, Datteln

Sitzungen:

Keine

**Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“ der
KGNW**

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Verwaltungsdirektor Thomas Fehnker
Klinikum Lippe
(bis 07.05.2012)

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

Dipl.-Kfm. Christian Holzbrecher
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Paderborn

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

Dr. Helmut Middeke
Klinikum Lippe-Lemgo
(ab 03.08.2012)

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritas-Kliniken GmbH, Datteln

Sitzungen:

05.07.2012 in Düsseldorf

23.08.2012 in Düsseldorf

18.09.2012 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe Psychiatrie – Neues Entgelt- system

Geschäftsbereichsleiterin Katharina Benner
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen
(ab 22.03.2012)

Klaus Bremen
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen
(bis 21.03.2012)

Generalbevollm. Reg. Nordwest
Hans-Joachim Ehrhardt
Sana-Klinikum Remscheid GmbH

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

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

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Michael Hiller
LVR-Klinik Bonn
(bis 30.04.2012)

Peter Kaufmann
St. Augustinus-Kliniken gGmbH, Neuss

Kaufm. Direktor Dipl.-Kfm. Reinhold Keil
Universitätsklinikum Essen

Geschäftsführer Thomas Köhler
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen e. V.

Manuela Kröber
Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH, Essen

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Kranken-
häuser Münsterland und Ostwestfalen

Landesrätin Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH, Bergisch
Gladbach

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

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Dipl.-Kfm. Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Kfm.-Direktor Bernd-Martin Schaaek
LWL-Klinik Dortmund
(bis 01.12.2012)

Kaufm. Direktorin Barbara Schulte
Universitätsklinikum Essen

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Annette Uentrup
Caritasverband für die Diözese
Münster e. V.
(ab 07.03.2012)

Kaufm. Direktor Dietmar Volk
Evangelische Stiftung Tannenhof,
Remscheid

Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Sitzung:

29.02.2012

**Arbeitsgruppe des Landesausschusses zur
Neuausrichtung der Krankenhausplanung
NRW**

Geschäftsführer Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Hauptgeschäftsführerin Mechthild Greive
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

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

Sitzungen:

09.02.2012 im MGEPA

30.03.2012 im MGEPA

24.04.2012 im MGEPA

11.05.2012 im MGEPA

14.06.2012 im MGEPA

18.07.2012 im MGEPA

06.08.2012 im MGEPA

06.09.2012 im MGEPA

21.09.2012 im MGEPA

25.10.2012 im MGEPA

Fachausschuss für Krankenhausorganisation**Vorsitzender:**

Geschäftsführer Dipl.-Kfm.
Clemens Breulmann
Caritasverband für die Diözese Münster

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Stellv. Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Marcus Polle
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf
(ab 31.10.2012)

Mitglieder:

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

Dipl.-Kfm. Markus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Kaufm. Direktor Dipl.-Kfm. Peter Asché
Universitätsklinikum Aachen

Geschäftsführer Joachim Püllen
Caritasverbund für das Bistum Aachen
(bis 31.12.2012)

Dipl.-Inform. (FH) Tim Bacher
Evangelisches und Johanniter Klinikum
Niederrhein gGmbH
(ab 05.06.2012)

Geschäftsführer Dipl.-Verwaltungswirt
Andreas Schlüter
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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

Dipl.-Ing. Kay Siercks
HELIOS Klinikum Krefeld
(bis 05.06.2012)

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Dipl.-Sozialw. Klaus Stahl
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Ulrike Hoberg
Verband der Privatkliniken Nordrhein-
Westfalen

Dipl.-Oec. Klaus Peter Taschner
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf
(bis 31.10.2012)

Dipl.-Kfm. Christian Holzbrecher
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

N.N.
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsver-
band, Landesverband Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführender Vorstand
Dipl.-Betriebsw. Elmar Wagenbach
Caritasverband für das Bistum Aachen

Geschäftsführer Michael Wermker
Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.,
Düsseldorf

Sitzungen:

07.03.2012 in Düsseldorf
05.06.2012 in Düsseldorf
30.08.2012 in Düsseldorf
12.11.2012 in Düsseldorf

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

Vorsitzender:
Geschäftsführer
Dipl.-Kfm. Clemens Breulmann
Christopherus-Kliniken GmbH, Coesfeld

Mitglieder:

Helmut Ahrweiler
Kreiskrankenhaus Grevenbroich
Silvia Hermes
Universitätsklinikum Münster

Prof. Dr. Sebastian W. Lemmen
Universitätsklinikum Aachen

Marion Matthies
St.-Johannes-Hospital, Dortmund

Dr. med. Günter Piskor
Herz- und Diabeteszentrum
Nordrhein-Westfalen, Bad Oeynhausen

Gerd Schäfer
Berufsgenossenschaftliches
Universitätsklinikum „Bergmannsheil“,
Bochum

Cordula Schütze
Kath. Kliniken Essen-Nord-West gGmbH

Kirsten Woyk
Kliniken Essen-Mitte

Stv. Geschäftsführer Günter Wypler
Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-
Westfalen, Bad Oeynhausen

Sitzungen:

13.02.2012 in Düsseldorf
14.05.2012 in Düsseldorf
04.12.2012 in Düsseldorf

Kommission „Qualitätsmanagement“

Vorsitzender:
Geschäftsführer Horst Imdahl
Städt. Kliniken Mönchengladbach GmbH

Mitglieder:

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

Dr. med. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

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

Yvonne Henn
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH
(ab 05.06.2012)

Dr. med. Dirk Kaczmarek
Medizinmanagement, Dorsten

Dr. med. Christian Karl
Bergmannsheil und Kinderklinik Buer
gGmbH, Gelsenkirchen

Geschäftsführer Günther Knauer
Verband der Privatkliniken e.V.
Nordrhein-Westfalen

Dr. med. Birgit Leyens
Klinikum Duisburg GmbH

Dipl.-Psych. Fabian Mundt
Klinikum Dortmund gGmbH

Geschäftsführer Dr. med. Stefan Palm
Westdeutsches Tumorzentrum im
Universitätsklinikum Essen
(ab 05.06.2012)

Dipl.-Krankenhausbetw.
Monika Rimbach-Schurig
Caritas Trägergesellschaft West gGmbH,
Düren

Silke Ruschmeyer
Kliniken Maria-Hilf GmbH,
Mönchengladbach
(bis 31.12.2012)

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

Dipl.-Wirtschaftsing. Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln

Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth
Universitätsklinikum Düsseldorf
(ab 05.06.2012)

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

Sitzungen:

07.02.2012 in Düsseldorf

20.06.2012 in Düsseldorf

24.10.2012 in Düsseldorf

**Kommission „Informations- und Medizin-
technik im Krankenhaus“**

Vorsitzender:

Dipl.-Inform. (FH) Tim Bacher
Evangelisches und Johanniter Klinikum
Niederrhein gGmbH, Duisburg
(ab 05.06.2012)

Dipl.-Ing. Kay Siercks
HELIOS Klinikum Krefeld
(bis 05.06.2012)

Mitglieder:

Dipl.-Inform. Dietmar Dorroch
Märkische Kliniken GmbH, Lüdenscheid

Michael Kempchen
Ev. Krankenhaus Bethesda Mönchenglad-
bach gGmbH

Frank Kriege
Contilia GmbH, Essen

Andreas Lockau
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Volker Lowitsch
Universitätsklinikum Aachen

Geschäftsführer Bernd Christoph Meisheit
Sana IT Services GmbH, Ismaning

Dipl.-Ing. Thomas Prumbaum
Klinikum Dortmund gGmbH

Dr. Klaus Retter
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
gGmbH

Krankenanstalten Gilead

Dipl.-Ing. Kay Siercks
HELIOS Klinikum Krefeld

Sitzungen:

22.02.2012 in Düsseldorf

20.03.2012 in Düsseldorf

05.09.2012 in Düsseldorf

Fachausschuss für Personalwesen

Vorsitzender:

Geschäftsführer Gerold Eckardt
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

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

Geschäftsführer Günther Knauer
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

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

Bernhold Möllenhoff
Caritasverband für die Diözese Münster

Dipl.-Kfm. Markus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster

Hubert Quadflieg
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Heidemarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Verwaltungsdirektor Harald Schmitz
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Thomas Sopp
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld

Landesverw.-Direktor Martin Skorzak
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Friedhelm Strucks
Caritasverband für das Bistum Aachen

Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Sitzung:

27.04.2012 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegerberufe“

Mitglieder:

Dipl. Pflegewissenschaftler (FH) Dirk Broß
Leiter des Gesundheits- und
Bildungszentrums Oberberg

C. Bruns
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Geschäftsführer Gerold Eckardt
Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

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

Oberstudiendirektor Thomas Haep
Robert-Schumann-Berufskolleg für Wirt-
schaft und Verwaltung, Essen

Pflegedirektorin Elke Harms
Allgemeines Krankenhaus Viersen

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

Geschäftsführer Thomas Kutschke
Kath. Bildungsstätte für Pflegerberufe, Kran-
kenhaus St. Franziskus, Mönchengladbach

Pflegedirektor Heinz Lepper
LVR-Klinik Bonn

Bernhold Möllenhoff
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

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

Pflegedirektorin Elke Schmidt
Klinikum Herford

Geschäftsführer Reinhold Schulte-Eickholt
Kath. Schule für Pflegerberufe Essen gGmbH
(KKS)

Pflegedirektor Thomas Weyers
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Sitzungen:

Keine

**Arbeitsgruppe des Fachausschusses für
Personalwesen „Berufsbild Pflege“**

Birgit Preis
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Mitglieder:

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

Silke Rothert
Ev. Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitut
Mülheim an der Ruhr

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

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

Pflegedirektor Thomas Kissinger
Knappschafts Krankenhaus Bochum

Reinhold Schulte-Eickholt
Katholische Schule für Pflegeberufe Essen
gGmbH

Pflegedirektorin Barbara Köster
St. Barbara-Klinik Hamm-Heesen GmbH

Sitzungen:

Keine

Geschäftsführer Thomas Kutschke
Kath. Bildungsstätte für Pflegeberufe, Kran-
kenhaus St. Franziskus, Mönchengladbach

Bernhold Möllenhoff
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Mechthild Mügge
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Landesausschuss für Krankenhausplanung

Zur Erarbeitung insbesondere von Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und zu Schwerpunktfestlegungen des Landeskrankenhausesplans notwendig sind, hat das MFJFG (jetzt MGEPA) den Landesausschuss für Krankenhausplanung nach § 17 KHG NRW gebildet. Den Vorsitz im Landesausschuss und die Geschäfte des Landesausschusses führt das zuständige Ministerium.

Ingo Morell

Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH
(ab 27.09.2012)

Dr. Hans Rossels

Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH
(ab 27.09.2012)

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Caritasverband für die Diözese Münster
(bis 26.09.2012)

Mitglieder für die KGNW:

Geschäftsführer Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus Lippstadt
gGmbH
(ab 27.09.2012)

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Ev. Johanneswerk e. V., Bielefeld
(bis 26.09.2012)

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(bis 26.09.2012)

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

Stellvertretende Mitglieder für die KGNW:

Rechtsanwältin Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(bis 26.09.2012)

Dipl.-Volksw. Rainer Dräger
Diakonisches Werk der Ev. Kirche im
Rheinland
(bis 26.09.2012)

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Evangelisches Johanneswerk e. V.
(ab 27.09.2012)

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Rechtsanwalt Richard Kösters, LL.M.
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritas-Kliniken GmbH, Datteln
(ab 27.09.2012)

N.N.

Landkreistag Nordrhein-Westfalen

**Mitglieder für die kommunalen
Spitzenverbände:**

Lutz Decker

Städtetag Nordrhein-Westfalen

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen

Beigeordneter Reiner Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

**Stellvertretende Mitglieder für die
kommunalen Spitzenverbände:**

Hauptgeschäftsführerin Mechthild Greive
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Mitglieder für die Katholische Kirche und
die Evangelischen Landeskirchen:

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
für die Evangelischen Landeskirchen

Diözesan-Caritasdirektor
Burkhard Schröders
für die Katholische Kirche in Nordrhein-
Westfalen

**Stellvertretende Mitglieder für die Katholi-
sche Kirche und die Evangelischen Landes-
kirchen:**

Elke Held

Caritasverband für das Bistum Aachen
für die Katholische Kirche in Nordrhein-
Westfalen

Geschäftsführer Manfred Witkowski
für die Evangelischen Landeskirchen

Mitglieder für die Landschaftsverbände:

Direktorin Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland
(bis 21.03.2012)

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
(ab 22.03.2012)

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
(bis 21.03.2012)

Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland
(ab 22.03.2012)

**Stellvertretende Mitglieder für die Land-
schaftsverbände:**

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Thomas Profazi
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Sitzung:

02.11.2012 in Essen

Landespfllegesatzausschuss

Zur Beratung über Pflegesatzfragen wurde auf Landesebene nach § 23 Abs. 1 BPfIV ein Pflegesatzausschuss gebildet. Die zuständige Landesbehörde führt die Geschäfte des Ausschusses. Dem Landespfllegesatzausschuss nach § 23 BPfIV gehörten im Berichtszeitraum seitens der KGNW als Mitglieder an:

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

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Krankenhäuser Münsterland und Ostwestfalen

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

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

Stellvertreter der krankenhausseitigen

Mitglieder:

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von Westfalen

Rechtsanwalt Richard Kösters, LL.M.
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Karl-Josef Krekeler
Prosper-Hospital Recklinghausen

Hauptgeschäftsführer
Dipl.-Betriebsw. Hermann Nientiedt
Klinikverbund Westmünsterland gGmbH,
Ahaus

Ltd. Krankenhausdirektor a. D.
Hans Dieter Wille
Arbeitsgemeinschaft kommunaler Krankenhäuser Westfalens

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Kliniken im Märkischen Kreis
gGmbH, Iserlohn

Sitzungen:

Keine

Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW / GKV

In einem Spitzengespräch zwischen Vertretern der Kostenträgerseite (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung auf Landesebene – GKV) und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen am 04.02.1993 wurde vereinbart, eine gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV mit maßgeblicher Repräsentanz zur Konkretisierung der gemeinsamen Auftragserfüllung auf Landesebene zu bilden.

KGNW-seitige Mitglieder:

Geschäftsführer

Rechtsanwalt Matthias Blum

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Rechtsanwältin Esther van Bebber

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

Geschäftsführer Martin Heumann

Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Gast:

Geschäftsführer Gerd F. Wengeler

(vormals: Ev. Krankenhaus Bethesda zu
Duisburg gGmbH)

Sitzungen:

Keine

Satzung der KGNW

beschlossen am 09.06.1997, in der geänderten Fassung vom 08.12.2010

§ 1 Name und Sitz

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

§ 2 Zweck und Aufgaben

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

Krankenhäuser zu vertreten sowie den Austausch von Erfahrungen und Informationen auf dem Gebiete des Krankenhauswesens zu fördern;

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

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

- (3) Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung
- (4) Mittel der Krankenhausgesellschaft dürfen nur für die satzungsgemäßen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln der Gesellschaft. Keine Person darf durch Ausgaben, die dem Zweck der Gesellschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden.

§ 3 Mitglieder

- (1) Als Mitglieder können der Gesellschaft Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen einschließlich der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe für ihre Kliniken und die Universitätskliniken (im Folgenden als Einzelmitglieder bezeichnet) sowie ihre Spitzenverbände, die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe und das für die Universitätskliniken zuständige Fachministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (im Folgenden als Verbandsmitglieder bezeichnet) angehören. Spitzenverbände

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

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

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitglieder

- (1) Jedes Mitglied hat das Recht, an den Mitgliederversammlungen teilzunehmen und die Einrichtungen der Gesellschaft in Anspruch zu nehmen.
- (2) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Gesellschaft bei der Erfüllung ihrer satzungsgemäßen Aufgaben in jeder Weise zu unterstützen und den im Rahmen der Satzung gefassten Beschlüssen, insbesondere der Umsetzung der nach § 2 geschlossenen Vereinbarungen, nachzukommen.
- (3) Die im Rahmen der Selbstverwaltung des Krankenhauswesens durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Gesellschaft abgeschlossenen Vereinbarungen begründen unmittelbar Rechte und Pflichten für die Einzelmitglieder als Träger von Krankenhäusern.

§ 5 Mitgliedsbeiträge

- (1) Zur Deckung der Aufwendungen der Gesellschaft werden von den Einzelmitgliedern Jahresbeiträge erhoben. Zur Finanzierung besonderer Vorhaben oder zur Beseitigung finanzieller Schwierigkeiten der Gesellschaft können von den Beitragspflichtigen Umlagen erhoben werden.
- (2) Die Jahresbeiträge und Umlagen werden von der Mitgliederversammlung festgesetzt. Das Nähere regelt eine

von der Mitgliederversammlung zu beschließende Beitragsordnung.

§ 6 Außerordentliche Mitglieder

- (1) Die im Lande Nordrhein-Westfalen bestehenden Zweckverbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenhausträger können außerordentliche Mitglieder der Gesellschaft werden.
- (2) Über die Aufnahme außerordentlicher Mitglieder entscheidet der Vorstand.
- (3) Außerordentliche Mitglieder haben das Recht, mit beratender Stimme an den Mitgliederversammlungen teilzunehmen und Einrichtungen der Gesellschaft zu benutzen. Sie haben Anspruch auf Zusendung der Druckschriften, Rundschreiben und sonstigen allgemeinen Verlautbarungen der Gesellschaft.
- (4) Vertreter der außerordentlichen Mitglieder können auf Vorschlag der Mitglieder der Gesellschaft unter Beachtung des jeweils vorgesehenen Verfahrens in den Hauptausschuss gewählt und in Ausschüsse berufen werden. In diesem Fall haben sie als Mitglied der genannten Gremien Stimmrecht.
- (5) Außerordentliche Mitglieder können zu einem jährlichen Beitrag herangezogen werden.

- (6) Auf die außerordentlichen Mitglieder finden die Vorschriften des § 3 Abs. 3 und 4 sinngemäß Anwendung.

§ 7 Organe

Organe der Gesellschaft sind:

- a) Mitgliederversammlung
- b) Vorstand
- c) Präsidium
- d) Hauptausschuss.

§ 8 Mitgliederversammlung

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

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

vertreter gem. § 9 Abs. 3 der Satzung einschließlich der Ergänzungswahl im Fall des vorzeitigen Ausscheidens eines gewählten Vorstandsvertreters für die Dauer der restlichen Wahlperiode

- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses nach § 11 der Satzung
 - f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gem. § 5 sowie der Beiträge gem. § 6 der Satzung
 - g) Genehmigung des Wirtschaftsplans
 - h) Genehmigung der Jahresrechnung
 - i) Entgegennahme des Geschäftsberichtes
 - j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers
 - k) Bestellung der Rechnungsprüfer
 - l) Wahrnehmung von der Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben
 - m) Auflösung der Gesellschaft
- (2) Jedes Mitglied entsendet in die Mitgliederversammlung einen stimmberechtigten Vertreter. Stimmberechtigte Vertreter können ihre Stimmen auf einen anderen Stimmberechtigten schriftlich übertragen.

- (3) In der Mitgliederversammlung wird ein Gesamtstimmrecht gebildet, das sich wie folgt zusammensetzt:

Den Einzelmitgliedern stehen 75 v. H. und den Verbandsmitgliedern 25 v. H. des Gesamtstimmrechts zu. Auf

jedes Einzelmitglied gem. § 3 Abs. 11. Halbsatz entfällt für jedes Krankenhaus mit eigenem Feststellungsbescheid gem. § 18 KHG NRW je eine Stimme je angefangene 25 Mio. Euro des nach Abs. 4 gemeldeten Budgets (Erlöse aus Pflegesätzen, vor- und nachstationärer Behandlung sowie Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz). Die Höchstzahl beträgt fünf Stimmen je Krankenhaus.

Der auf jedes Verbandsmitglied gem. § 3 Abs. 12. Halbsatz entfallende Stimmenanteil ergibt sich aus dem Verhältnis der Summe der Stimmrechte der dem jeweiligen Verband angeschlossenen Einzelmitglieder zu der Summe der Stimmrechte aller verbandsangehörigen Einzelmitglieder. Die Summe der auf die Verbandsmitglieder entfallenden Stimmenanteile bildet 25 v. H. des Gesamtstimmrechts.

- (4) Die Einzelmitglieder haben bis zum 30. September eines jeden Jahres der Geschäftsstelle die Erlöse aus Pflegesätzen, vor- und nachstationärer Behandlung sowie Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach

dem Krankenhausentgeltgesetz des Vorjahres zu übermitteln. Auf dieser Grundlage sind von der Geschäftsstelle gem. Abs. 3 die jeweiligen Stimmen der Einzelmitglieder sowie die jeweiligen Stimmen der Verbandsmitglieder für die Mitgliederversammlungen des der Meldung folgenden Jahres zu ermitteln.

- (5) Die Mitgliederversammlung wird vom Präsidenten nach Bedarf, mindestens einmal im Jahr einberufen. Sie ist ferner einzuberufen, wenn Mitglieder, die zusammen über mindestens einen Stimmenanteil von 20 v. H. des Gesamtstimmrechts verfügen oder 40 Einzelmitglieder oder 5 Verbandsmitglieder dies unter Angabe der Verhandlungspunkte beantragen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens drei Wochen vor der Mitgliederversammlung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Mitgliederversammlung mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen. Die Mitgliederversammlung kann aus einem nicht öffentlichen und aus einem öffentlichen Teil bestehen.
- (5a) Die Einladung zu einer zweiten Versammlung am selben Tag zu einer späteren Stunde kann mit der Einladung zur ersten Versammlung für den Fall, dass sich die erste Versammlung als nicht beschlussfähig erweist, verbunden werden.
- (6) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Präsident.

(7) Beschlüsse der Mitgliederversammlung nach § 8 Abs. 1 Buchstabe a) bedürfen einer Mehrheit von zwei Drittel der Stimmen der Mitglieder der Gesellschaft. In diesem Fall ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn mindestens 75 v. H. der Stimmen vertreten sind. In einer ordnungsgem. einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen mit einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

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

Bei der Beschlussfassung nach § 8 Abs. 1 Buchstabe c) bis k) entscheidet die einfache Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Gesellschaft. In einer ordnungsgemäß einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch mit der einfachen Mehrheit der abgegebenen

Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

(7a) Entgegen den Regelungen des Abs. 7 kann eine zweite Mitgliederversammlung am selben Tag zu späterer Stunde einberufen werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: Beschließt der Vorstand, die zu fassenden Beschlüsse der Mitgliederversammlung lassen es von der Bedeutung der Sache zu, am selben Tag zu späterer Stunde eine zweite Mitgliederversammlung durchzuführen, so ist bereits in der Einladung zur (ersten) Mitgliederversammlung darauf hinzuweisen, dass für den Fall, dass in dieser Versammlung die Beschlussunfähigkeit festgestellt werden wird, eine zweite Mitgliederversammlung am selben Tag zu späterer Stunde stattfinden wird und in dieser Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen Beschlüsse gefasst werden können. Stellt ein Mitglied in der (ersten) Mitgliederversammlung den Antrag, die zweite Mitgliederversammlung an einem anderen Tag durchzuführen, so ist dem Antrag zu entsprechen.

(8) Bei der Beschlussfassung wird offen abgestimmt. Es ist namentlich oder geheim abzustimmen, wenn Mitglieder, die zusammen über mindestens einen Stimmenanteil von 20 v. H. des Gesamtstimmrechts verfügen oder 40 Einzelmitglieder oder 5 Verbandsmitglieder

dies beantragen. Ein Antrag auf geheime Abstimmung hat Vorrang. Wahlen werden, wenn niemand widerspricht, durch offene Abstimmung, sonst durch Abgabe von Stimmzetteln vollzogen. Im übrigen gibt sich die Mitgliederversammlung selbst ihre Geschäftsordnung.

- (9) Beschlüsse der Mitgliederversammlung sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie des Abstimmungsergebnisses und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.

§ 9 Vorstand

- (1) Der Vorstand beschließt über die Angelegenheiten, die ihm die Satzung zuweist oder die ihm die Mitgliederversammlung überträgt.
- (2) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:
- a) Vorbereitung der Mitgliederversammlung
 - b) Wahl des Nachfolgers eines vorzeitig auscheidenden Präsidenten oder Vizepräsidenten für den Rest der Wahlperiode
 - c) Berufung der Beisitzer des Präsidiums
 - d) Berufung des Geschäftsführers auf Vorschlag des Präsidiums

- e) Bildung und Auflösung von Ausschüssen gem. § 13, Berufung der Mitglieder sowie der Vorsitzenden der Ausschüsse
 - f) Erlass von Bestimmungen über die Finanzwirtschaft sowie das Kassen- und Rechnungswesen der Gesellschaft
 - g) Beschlussfassung über den Ankauf, die Veräußerung und Belastung von Grundstücken sowie über die Aufnahme von Darlehen
 - h) Aufnahme von Mitgliedern
 - i) Vorbereitung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung
 - j) Beschlussfassung zu Verträgen auf Empfehlung des Hauptausschusses
 - k) Benennung von Vertretern der Gesellschaft in Institutionen, wenn die Mitwirkung der Gesellschaft durch Rechtsvorschrift oder daraus abgeleiteten Vereinbarungen vorgesehen ist
 - l) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Vorstands
 - m) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Hauptausschusses.
- (3) Der Vorstand besteht je zur Hälfte aus von der Mitgliederversammlung gewählten Vertretern der Einzelmitglieder und aus benannten Mitgliedern. Das Benennungsrecht für je einen Vertreter im Vorstand haben:

- Spitzenverbände, sofern ihnen in Nordrhein-Westfalen mindestens sieben
- Krankenhausträger angeschlossen sind,
- der Landschaftsverband Rheinland
- der Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- das für die Universitätskliniken zuständige Fachministerium des Landes Nordrhein Westfalen.

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

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

25 v.H. der Vorstandsmitglieder dies unter Angabe der Verhandlungspunkte verlangen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Vorstandssitzung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Vorstands mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.

- (7) Beschlüsse des Vorstands nach § 9 Abs. 2 Buchstabe j) bedürfen einer Mehrheit von 75 v. H., alle anderen Beschlüsse einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die vom Beschluss abweichende Auffassung eines Mitglieds ist auf dessen Antrag in die Sitzungsniederschrift aufzunehmen. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Vorstandsmitglieder anwesend ist. Ist eine Angelegenheit wegen Beschlussunfähigkeit zurückgestellt worden und wird der Vorstand zur Verhandlung über denselben Gegenstand einberufen, so ist er ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig. Bei der zweiten Ladung muss auf diese Bestimmung ausdrücklich hingewiesen werden.
- (8) Die Beschlüsse der Vorstandssitzung sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.

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

§ 10 Präsidium

- (1) Das Präsidium hat den Vorstand in der Erfüllung seiner Aufgaben durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, insbesondere durch Vorbereitung der Vorstandssitzungen, zu unterstützen. Es hat dafür zu sorgen, dass die Arbeit der Gesellschaft nach den Bestimmungen der Satzung und den Beschlüssen des Vorstandes sowie der Mitgliederversammlung durchgeführt wird. Ferner wählt das Präsidium auf Vorschlag des Geschäftsführers die Hauptreferenten der Geschäftsstelle aus. Darüber hinaus kann das Präsidium anstelle des Vorstands in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist dem Vorstand unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Vorstandsmitglieds sind sie auf der nächsten Vorstandssitzung erneut zu behandeln.
- (2) Dem Präsidium gehören der Präsident, die beiden Vizepräsidenten sowie bis zu fünf vom Vorstand aus dessen Mitte zu wählende Beisitzer an. Der Geschäftsführer gehört als geschäftsführendes Präsidialmitglied ohne Stimmrecht zusätzlich dem Präsidium an. Den Vorsitz führt der Präsident.
- (3) Das Präsidium ist Vorstand im Sinne des § 26 BGB. Zur rechtsverbindlichen Vertretung zeichnet der Präsident und einer der Vizepräsidenten oder das geschäftsführende Präsidialmitglied gemeinsam. In Vertretung des Präsidenten kann auch einer der Vizepräsidenten zeichnen.
- (4) Das Präsidium wird vom Präsidenten einberufen. Einladung und Tagesordnung müssen mindestens zwei Wochen vor der Sitzung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Präsidiums mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.
- (5) Das Präsidium beschließt mit Stimmenmehrheit. Beschlüsse, die das Präsidium anstelle des Vorstandes fasst, bedürfen der Zweidrittelmehrheit. Das Präsidium ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder des Präsidiums anwesend ist. Ausnahmsweise kann auch schriftlich abgestimmt werden.
- (6) Beschlüsse des Präsidiums sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.

- (7) Die Amtszeit der gewählten Mitglieder des Präsidiums beträgt drei Geschäftsjahre. Wiederwahl ist möglich. Der Präsident soll nach Ablauf seiner Amtszeit für drei weitere Jahre unter Anrechnung auf die Zahl der Beisitzer dem Präsidium angehören.

§ 11 Hauptausschuss

- (1) Der Hauptausschuss berät und verhandelt über den Abschluss von Verträgen und Empfehlungen zur Vergütung der Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 der Satzung sowie über Empfehlungsvereinbarungen zu Pflegesatzverhandlungen und empfiehlt dem Vorstand, entsprechend zu beschließen.
- (2) Dem Hauptausschuss können vom Vorstand die Aufgaben eines Fachausschusses gem. § 13 übertragen werden.
- (3) Der Hauptausschuss besteht aus 17 Mitgliedern, von denen 5 von den Verbandsmitgliedern, welche gem. § 9 Abs. 3 ein Benennungsrecht für den Vorstand haben, benannt werden und 10, die aus dem Kreise der Einzelmitglieder von der Mitgliederversammlung gewählt werden. Gleichzeitig ist nach demselben Verfahren die entsprechende Zahl von Stellvertretern zu bestellen. Weiterhin gehören dem Hauptausschuss ein von der Mitgliederversammlung zu wählender Vorsitzender und der Geschäftsführer an. Die Amtsdauer beträgt drei Jahre.

Der Hauptausschuss wählt für dieselbe Wahlzeit aus dem Kreise seiner Mitglieder je einen Stellvertreter des Vorsitzenden aus dem Kreis der Einzelmitglieder und der Verbandsmitglieder. Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Mitglieder des Hauptausschusses sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Zu Mitgliedern des Hauptausschusses können auch Vertreter der außerordentlichen Mitglieder nach Maßgabe des § 6 Abs. 4 der Satzung gewählt werden. Die Anzahl der Mitglieder des Hauptausschusses gem. Satz 1 bleibt hiervon unberührt. Weitere Vertreter der Geschäftsstelle der Gesellschaft nehmen an den Sitzungen des Hauptausschusses mit beratender Stimme teil.

- (3a) Im Falle des vorzeitigen Ausscheidens eines gewählten Mitglieds oder eines gewählten stellvertretenden Mitglieds des Hauptausschusses wählen die übrigen Mitglieder ein Ersatzmitglied oder einen Ersatzvertreter für die restliche Dauer der Wahlperiode.
- (4) Der Vorstand kann der Mitgliederversammlung Vorschläge über die Besetzung des Hauptausschusses machen.
- (5) Der Hauptausschuss wird vom Vorsitzenden nach Bedarf einberufen. Er ist einzuberufen, wenn mindestens 25 v.H. der Mitglieder des Hauptausschusses oder der Geschäftsführer dies unter Angabe der Verhandlungspunkte ver-

langen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung des Hauptausschusses versandt werden. Der Vorsitzende des Hauptausschusses kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Hauptausschusses mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.

- (6) Beschlüsse des Hauptausschusses bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die vom Beschluss abweichende Auffassung eines Mitglieds ist auf dessen Antrag in die Sitzungsniederschrift aufzunehmen. Der Hauptausschuss ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder des Hauptausschusses anwesend ist.
- (7) Die Beschlüsse des Hauptausschusses sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Vorsitzenden und von einem Vertreter der Geschäftsstelle als Protokollführer zu unterschreiben

§ 12 Geschäftsführer

- (1) Der Geschäftsführer führt die laufenden Geschäfte der Gesellschaft; er gehört mit beratender Stimme dem Vorstand und dem Präsidium an.
- (2) Der Geschäftsführer leitet die Geschäftsstelle und ist Vorgesetzter der Mitarbeiter. Zum Abschluss und zur

Kündigung von Arbeitsverträgen ist er berechtigt.

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

§ 13 Ausschüsse

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

§ 14 Geschäftsjahr, Haushalts- und Rechnungsführung

- (1) Das Geschäftsjahr der Gesellschaft ist das Kalenderjahr.
- (2) Der Vorstand stellt den Entwurf des Wirtschaftsplans für das darauffolgende Geschäftsjahr so rechtzeitig fest, dass er der Mitgliederversammlung im laufenden Geschäftsjahr zur Beschlussfassung vorgelegt werden kann.

- (3) Der Vorstand stellt im laufenden Geschäftsjahr die Rechnung für das abgelaufene Geschäftsjahr fest und übergibt die Feststellung zusammen mit einem Prüfungsbericht den Mitgliedern zur Beschlussfassung in der Mitgliederversammlung.
- (4) Der Vorstand erlässt die erforderlichen Bestimmungen für das Haushalts-, Kas- sen- und Rechnungswesen der Gesell- schaft.

§ 15 Auflösung

Bei Auflösung der Gesellschaft obliegt dem Präsidium die Liquidation. Im Fall der Auflösung ist das vorhandene Ver- mögen unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige Zwecke, und zwar für die Förderung öffentlicher Gesund- heitspflege zu verwenden. Beschlüsse über die künftige Verwendung des Vermögens dürfen erst nach Einwilli- gung der zuständigen Finanzbehörden ausgeführt werden.

§ 16 Übergangsregelung

- (1) Bis zur Verabschiedung einer Beitrags- ordnung gem. § 5 Abs. 2 durch die nach In- Kraft-Treten der Satzung neu zu konstituierende Mitgliederversamm- lung sind die zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs erforderlichen Mit- gliedsbeiträge von den Verbandsmit- gliedern in voller Höhe zu entrichten. Die Erhebung erfolgt nach Maßgabe des bisherigen Verfahrens auf der Grund-

lage der von den Verbandsmitgliedern zu Beginn eines jeden Geschäftsjahres gemeldeten Bettenzahlen.

- (2) Die Höhe des Beitragssatzes wird für jedes Geschäftsjahr von der Mitglieder- versammlung festgesetzt.
- (3) Diese Regelung tritt mit Verabschie- dung einer Beitragsordnung gem. § 5 Abs. 2 der Satzung außer Kraft, ohne dass es hierfür eines gesonderten Be- schlusses der Mitgliederversammlung bedarf. Die für das laufende Geschäfts- jahr aufgrund der Übergangsregelung geleisteten Beiträge werden auf die nach der verabschiedeten Beitrags- ordnung bestehende Beitragspflicht angerechnet.

§ 17 In-Kraft-Treten

Die Satzungsänderungen werden zum 26.10.2011 wirksam und lösen die Regelungen der Satzung i. d. F. vom 28.12.2005 ab.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz	BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizin- produkte
ADKA	Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker	BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol	BGH	Bundesgerichtshof
a. F.	alte Fassung	BGR	Berufsgenossenschaftliche Regeln
AG-TPG	Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes	BgVV	Bundesinstitut für gesund- heitlichen Verbraucher- schutz und Veterinärmedi- zin
AltPflG	Altenpflegegesetz	BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
AMG	Arzneimittelgesetz	BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ApoG	Apothekengesetz	BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheits- wesen	BPfIV	Bundespflugesatzverord- nung
ArbZG	Arbeitszeitgesetz	BQS	Institut für Qualität und Patientensicherheit
Art.	Artikel	BSG	Bundessozialgericht
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	BetrSichV	Betriebssicherheits- verordnung
AVB	allgemeine Vertrags- bedingungen	BVerfG	Bundesverfassungsgericht
Az.	Aktenzeichen	BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BAG	Bundesarbeitsgericht		

BZU	Bezugsgröße „Unterkunft“	eGK	elektronische Gesundheitskarte
bzw.	beziehungsweise		
ca.	circa	EKR-NRW	Epidemiologisches Krebsregister NRW
d. h.	das heißt	EKV	Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information	EPA	elektronische Patientenakte
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	EPRD	Endoprothesenregister Deutschland
		etc.	et cetera
DKTIG	Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH	EU	Europäische Union
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	EuGH	Europäischer Gerichtshof
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik	e. V.	eingetragener Verein
		evtl.	eventuell
DKV	Deutsches Krankenhausverzeichnis	EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
		FAQ	frequently asked questions
DMP	Disease Management Programm	FPG	Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)
DRG	Diagnosis Related Groups		
DSO	Deutsche Stiftung Organspende	FPV	Fallpauschalenvereinbarung
eFA	elektronische Fallakte		
EG	Europäische Gemeinschaft	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss

G-DRG	German Diagnosis Related Groups	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
gem.	gemäß		
gematik	Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte mbH	Invfög	Investitionsförderungsgesetz NRW
ggf.	gegebenenfalls	IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen
GKV	gesetzliche Krankenversicherung	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung	IPQ	Internet Portal Qualitätsbericht
GKV-WSG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung	i. S.	im Sinne
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung	i. V. m.	in Verbindung mit
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
HBA	Heilberufausweis	KFPV	Krankenhausfallpauschalenverordnung
HPC	Health Professional Card	KGNW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
HWG	Heilmittelwerbegesetz	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen	KHStatV	Krankenhausstatistikverordnung
i. d. F.	in der Fassung	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
		KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen

KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz	mbH	mit beschränkter Haftung
KHHygVO	Krankenhaushygieneverordnung	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
KIS	Krankenhausinformationssysteme	MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention	Mio.	Million
KrPflG	Krankenpflegegesetz	MPG	Medizinproduktegesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus	MPV	Verordnung über Medizinprodukte (Medizinprodukte-Verordnung)
KV	Kassenärztliche Vereinigung	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	Nr.	Nummer
LAGA	Landesarbeitsgemeinschaft Abfall	NRW	Nordrhein-Westfalen
LAG	Landesarbeitsgericht	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
LBFW	Landesbasisfallwert	o. g.	oben genannte
LG	Landgericht	OLG	Oberlandesgericht
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
LSG NW	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen	OSP	Onkologische Schwerpunkte
		OVG	Oberverwaltungsgericht

PauschKHFVO	Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung	TEP	Totale Endoprothese
		TPG	Transplantationsgesetz
PfLG NW	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen	TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
PKV	private Krankenversicherung	u. a.	unter anderem
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung	UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie	VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
QR	Quick Response = schnelle Reaktion auf Änderungen	VBE	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen
QR-Check	Qualitätssicherung aus Routinedaten (Projekt)	VG	Verwaltungsgericht
RSA-ÄndV	Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	vgl.	vergleiche
		v. H.	vom Hundert
RKI	Robert Koch-Institut	WHO	Weltgesundheitsorganisation / World Health Organisation
SchV-KHG	Schiedsstellenverordnung Krankenhausfinanzierungsgesetz	Ziff.	Ziffer
SG	Sozialgericht	ZTG	Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH
SGB	Sozialgesetzbuch	zzgl.	zuzüglich
SGG	Sozialgerichtsgesetz		
sog.	sogenannte		

Geschäftsführer der KGNW - Geschäftsführendes Präsidialmitglied - Rechtsanwalt Matthias Blum

Geschäftsbereich I

Tei.Durchw.
-50/51

Sekretariat
Dorothea Grabhorn

- Präsidium
- Vorstand
- Mitgliederversammlung
- Verbandsschiedsstelle
- Verbandsspolitik
- Leitung der Geschäftsstelle
- DKG Vorstandsangehörigen
- DKG-Finanzierungsausschuss

- DKG-Haushaltsausschuss
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Bundesschiedsstelle
- Landesschiedsstelle
- Landesausschuss für Krankenhausplanung
- Landesgesundheitskonferenz
- Landespflegesatzsausschuss

Sekretariat
N.N.

- Hauptauschuss der KGNW
- Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV
- DKG Fachausschuss Recht und Verträge

Geschäftsbereich II

Politik, PR und Presse

Tei.Durchwahl
-70

Referenzleiter
Lothar Kratz

- Referentinnen**
Rechtsanwältin Brigitte Albers
Dipl.-Pol. Mirko Milinewitsch

Sekretariat
Sabrina Clemens

- Themen**
- Gesundheitspolitik
 - Landesgesundheitskonferenz
 - Grundsatzzagen des Krankenhauswesens
 - Europäisches Krankenhauswesen
 - Medienkontakte/ Pressebildungen
 - Veröffentlichungen/ Internet
 - KGNW Kompakt

Vorstandsbüro

Tei.Durchwahl
-73

Referent
Rechtsanwältin Brigitte Albers

Finanzen, Personal und Organisation

Tei.Durchwahl
-60

Innere Dienst/ Buchhaltung
Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/ Sekretariat
Stefanie Vallone
Sandra Brelmann
Melanie Berns

- Themen**
- Personalwesen
 - Beschaffungs-/ Rechnungswesen
 - Beitragsangelegenheiten
 - Vorbereitung Buchhaltung
 - Budgetkontrolle/ Wirtschaftsprüfung
 - Vorbereitung Jahresabschluss

Allgemeiner Dienst
Bernhard Felske
Dieter Kalkroth

- Themen**
- Empfang, Telezentrale
 - Poststelle, Kopierzentrale

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

Tei.Durchwahl
-20

Referenzleiter
Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer

- Referenten**
Dipl.-Wirtschaftsmath. Robert Faber
Dipl.-Verwaltungswirt Ralf Cläßen
Dipl.-Geograf Nico Renke
MSc Medizinische Informatik Jakob Scholz

Sachbearbeitung/ Datenverarbeitung
Betriebswirtin (VWA) Astrid Stiller

- Sekretariat**
Beate Luteremann
Natalie Findler
- Themen**
- Qualitätssicherung, Zertifizierung
 - Arzneimittelwesen, Blutversorgung, -produkte, Gefahrgüter
 - Rettungsdienst
 - Krankentechnik, Medizinprodukte, Arbeitssicherheit
 - Umweltschutz, Abfallwirtschaft, Krankenhaushygiene
 - IT im Krankenhaus:
Internet, Multimedia, Telemedizin, Datenschutz und Sicherheit, Datenermittlung, Krankenhausvergleiche, Statistik
 - Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte
 - Interne IT-Betreuung
 - Gremienbetreuung:
 - Fachausschuss für Krankenhausorganisation der KGNW
 - Kommission Umweltschutz im Krankenhaus der KGNW
 - Kommission Qualitätsmanagement der KGNW
 - Kommission IT im Krankenhaus der KGNW
 - DKG:
 - Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
 - Fachausschuss für Daten-Information und -kommunikation
 - Kommission Qualitätssicherung

Medizin

Tei.Durchwahl
-30

Referenzleiter
Dr. med. Peter Johann May

- Referent**
Dr. med. Miniam Böttge-Ioest
- Sekretariat**
Beate Luteremann
Natalie Findler

Themen

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

Finanzierung/Planung

Tei.Durchwahl
-10

Referenzleiter
Rechtsanwalt Richard Kösters

- Referenten**
Dipl.-Kaufrau Ursula Fernholz-Grafe
Dipl.-Ges.-Oec. Thomas Specker
BA. (BIG) Isabelle Lüken

Sekretariat
Henriette Nickel

- Themen**
- Krankenhausfinanzierung;
 - Pflegesatzfragen
 - Bundespflegesatzverordnung
 - Krankenhausentgeltgesetz
 - Abrechnungsfragen
 - Neue Leistungs- und Entgeltformen
 - Integrierte Versorgung
 - Wirtschaftlichkeitsfragen im Krankenhaus
 - Landesbasisallwert
 - Vereinbarung landesweiter Entgelte
 - Leistungs- und Kostenaufstellung
 - Krankenhausplanung und -förderung:
 - Landeskrankenhausplanung
 - Pauschalförderung
 - Einzelförderung
 - Disease-Management-Programme
 - Finanzierung spezieller Leistungen
 - Sozialpadriatische Zentren
 - Pathologie
 - Helmtitel
 - Gebührenerhöhungen
 - Gremienbetreuung
 - Fachausschuss für Planung und Förderung der KGNW
 - Arbeitsgruppe Helmtitelvertrag

Geschäftsstelle der Schiedsstelle KHG- Rheinland

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses

Sachgebietleitung
Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/ Sekretariat
Stefanie Vallone
Melanie Berns

Tei.Durchwahl
-60

Tei.Durchwahl
-61

Tei.Durchwahl
-63

Recht und Personal

Tei.Durchwahl
-40

Referenzleiter
Rechtsanwalt Thorsten Gansse

- Referenten**
Dipl.-Ges. Oec. Annette Achenbach
Assessor Joachim Klöhn
Assessorin Karin Rogosch

Sekretariat
Stefanie Starzec

- Themen**
- Rechts- und Vertragswesen
 - Rechtsberatung der Mitgliedsverbände/Krankenhäuser
 - Rechtsfragen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, KHEntG, BpflV, FKV) und Sozialrecht (SGB, RVO, etc.)
 - Belegarzt und Konsiliararzt
 - Kooperationsverträge
 - Allgemeines Wirtschaftsrecht
 - Steuerrecht
 - Allgemeine Vertragsbedingungen und Haftungsrecht
 - Auswertung Rechtsprechung
 - Personalwesen im Krankenhaus
 - Grundsatzzagen zum Arbeitsrecht
 - Aus-, Weiter- und Fortbildung
 - Ausbildungsstätten
 - Arztliches Berufsrecht
 - Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
 - Ausgleichs-fonds gem. § 17 a KHG
 - Bundes- und Landesverträge sowie Rahmenempfehlungen
 - Gremienbetreuung:
 - Fachausschuss für Personalwesen der KGNW
 - DKG:
 - Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation



Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 211 47819-0
Telefax: +49 211 47819-99
E-Mail: post@kgnw.de
Internet: www.kgnw.de

Impressum

Herausgeber: Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e.V.

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

Anschrift: Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

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

Gestaltung: Die FISCHER
Werbeagentur GmbH
Felix-Wankel-Str. 20
53881 Euskirchen
www.die-fischer.net

Druck: BERK Druck GmbH
Oderstraße 5-7
53879 Euskirchen
www.berk-druck.de

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

Kontakt

Humboldtstraße 31

40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 478 19-52

Telefax: +49 211 478 19-99

E-Mail: post@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de



