

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

Geschäftsbericht 2013





KG NW

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen	5
Krankenhausfinanzierung und -planung	9
Krankenhausorganisation, EDV und Statistik	34
Medizin	65
Recht- und Personal	73
Politik, PR und Presse	83
Schiedsstellen §§ 18, 18 a KHG	105
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW	108
Satzung der KGNW	137
Abkürzungsverzeichnis	149
Organigramm	154
Impressum	155

Vorbemerkung



KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum

Die gesundheitspolitischen Diskussionen auf Bundesebene wurden besonders durch die Bundestagswahlen und die von den Krankenhäusern mit dieser Wahl verbundenen Forderungen nach einer fairen und nachhaltigen Finanzierung der Krankenhäuser bestimmt. Im Mittelpunkt der Aktivitäten der Krankenhäuser zur Durchsetzung ihrer Positionen stand die Kampagne der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und ihrer Mitgliedsverbände „Wir alle sind das Krankenhaus“.

Mit dieser Kampagne, die in dem ersten DKG-Krankenhausgipfel am 19.02.2013 unter Beteiligung einer Vielzahl nordrhein-westfälischer Krankenhäuser und in der Verabschiedung einer Berliner Petition der Krankenhäuser mündete, wurden Politik und Öffentlichkeit auf die international anerkannte, hochwertige Krankenhausversorgung und die Forderung nach einer fairen Finanzierung aufmerksam gemacht. Fortgesetzte Kürzungen durch

die Politik, Preisbegrenzungen, Energie- und Sachkostensteigerungen und massive Tarifierhöhungen, durch die immer mehr Krankenhäuser in wirtschaftlich bedrohliche Lagen gebracht wurden und die zur Gefährdung der Patientenversorgung führten, wurden thematisiert und als ein Problem von nationaler Tragweite dargestellt. Als Ergebnis wurde von der Bundesregierung ein Maßnahmenpaket zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser und Weiterentwicklung der Krankenhausrechnungsprüfung verabschiedet. Die konkreten Hilfen zu Zahlungen für Tarifsteigerungen in den Krankenhäusern sowie für die Beschäftigung und Ausbildung von Hygieneärzten und Fachkräften sahen ein Vergütungsvolumen von circa 150 Mio. € ab 01.09.2013 vor. Zusammen mit den Versorgungszuschlägen, die die Krankenhäuser seit 01.08.2013 in Höhe von 250 Mio. € erhielten, wurde das für das Jahr 2013 von der Koalition beschlossene Hilfspaket für die Krankenhäuser damit umgesetzt. Im Jahr 2014 fließen bundesweit über den Versorgungszuschlag nochmals rund 500 Mio. € zusätzliche Mittel an die Kliniken.

Auch in ihren Positionen „Faire Rahmenbedingungen für Deutschlands Krankenhäuser“, die von der KGNW an alle NRW-Bundestagsabgeordnete, an Ministerpräsidentin Hannelore Kraft und die entsprechenden NRW-Ministerien sowie an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des nordrhein-westfälischen Landtags versandt wurde, stand die Reform der Krankenhausfinanzierung, die die Refinanzierung des unabwendbaren Kostenanstiegs nachhaltig sicherstellen muss, im Vordergrund. Weiterhin wurden

zentrale Themen, die auch Schwerpunkt in der gesundheits- und krankenhauspolitischen Diskussion auf Bundesebene im Rahmen der Koalitionsverhandlungen von CDU/CSU und SPD zur Bildung einer neuen Bundesregierung sowie auf Landesebene waren, aufgegriffen. Hier wurden in den DKG-Positionen die Ablehnung von Rabatt- und Selektivverträgen, die Beendigung des im Vergütungssystem wirkenden Preisverfalls bei steigender Morbidität und steigendem Leistungsbedarf und die unzureichende Investitionsmittelausstattung der Krankenhäuser verbunden mit der Forderung nach einem gemeinsamen „Nationalen Kraftakt“, der aus Bundes- und Landesmitteln finanziert werden soll, in den Mittelpunkt gerückt. Thematisiert und kritisiert wurden zudem die schleppende Umsetzung des neu geschaffenen spezialärztlichen ambulanten Versorgungsbereichs sowie in die Diskussion gebrachten qualitätsorientierten Vergütungsabschlüsse durch die Krankenkassen.

Im Kontext der DKG-Positionen spiegelten sich in der Bewertung der ersten Ergebnisse aus den Koalitionsverhandlungen in der Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege sowohl Zustimmung als Kritik wider. So wurden die in Aussicht gestellten Verbesserungen bei der Preisbildung, und insbesondere bei der Finanzierung von Extremkostenfällen sowie bei den Sicherstellungszuschlägen begrüßt. Kritisiert wurden aber insbesondere die vorgesehene Verpflichtung für die Krankenhäuser, in Zukunft Personal in Höhe der Personalkostenanteile der Fallpauschalen nachweisen zu müssen, sowie die vorgesehenen unzureichenden Regelungen zur Investi-

tionsfinanzierung in Höhe von 500 Mio. €, die das Problem der Unterfinanzierung der Investitionen bei den Kliniken nicht lösen.

Neben den Positionierungen zu diesen zentralen Themenbereichen erforderten insbesondere die immer wieder auftretenden Vorwürfe hinsichtlich der Leistungsentwicklung in den Kliniken sowie internationale Studien zu Krankenhausleistungen und Kosten der Leistungserbringung, der Organspende-Skandal, die leistungsbezogenen Zielvereinbarungen von Chefarzten und die Personalsituation in den Kliniken eine eindeutige Positionierung im Interesse der Kliniken.

Neben diesen Schwerpunkten der Bundesebene – insbesondere in Verbindung mit der Diskussion über die Entwicklungen im Rahmen des Psych-Entgeltgesetzes und der Positionierung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser im Rahmen der Kampagne „Wir alle sind das Krankenhaus“ – standen die Diskussion und die Umsetzung des Krankenhausplans NRW im Hinblick auf die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten wohnortnahen medizinischen Versorgung im Mittelpunkt.

Auf Basis ihrer Stellungnahme zum Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ vom 22.02.2013 hat die KGNW in den Diskussionen um den Krankenhausplan immer wieder betont, dass die Kernaufgabe der Krankenhausplanung in der Bedarfsfeststellungs- und Versorgungsplanung besteht und in erster Linie die Planung erforderlicher Kapazitäten ist. Die Krankenhausplanung muss zudem verlässli-

che und interpretationsfreie Rahmenbedingungen schaffen, die ein tragfähiges Gleichgewicht zwischen den Zielrichtungen der Krankenhausversorgung - patientengerecht, qualitativ hochwertig, ortsnah, bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich - zulassen. Der Krankenhausplan NRW 2015 aber eröffnet aus Sicht der KGNW in wesentlichen Punkten Spielräume für Interpretationen, deren Auswirkungen gravierend sein können, und hat in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern erhebliche Verunsicherungen und Befürchtungen hervorgerufen.

Kritik haben insbesondere bei der derzeitigen Ausgestaltung folgende Punkte hervorgerufen:

- Eine Krankenhausplanung unter Bezugnahme auf Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften.
- Eine Krankenhausplanung, bei der der Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses unklar bleibt.
- Eine Krankenhausplanung, die faktisch erst in den Budgetverhandlungen stattfindet, soweit Aspekte des Versorgungsauftrages unklar und interpretationsfähig bleiben.
- Die Festlegung des Versorgungsauftrages liegt in der Letztverantwortung beim Land und muss vor der Budgetverhandlung eines Krankenhauses klar definiert sein.
- Verbindliche Qualitätskriterien im Krankenhausplan setzen voraus, dass diese evidenzbasiert gemäß der Methodik im Gemeinsamen Bundesausschuss sind und die Folgen vorab analysiert wurden.
- Insbesondere die Empfehlungen der DIVI zur Größe und Personalausstattung von Intensivpflegeeinheiten werden nicht als verbindliche Kriterien in den Krankenhausplan übernommen.
- In den besonderen Versorgungsbereichen, beispielsweise in der Unfallchirurgie, muss ein Krankenhaus nicht zwingend das komplette Spektrum vorhalten, um Leistungen anbieten zu können. Auch die Kooperationsformen sollten hinreichend sein, um diese besonderen Versorgungsangebote darstellen zu können.

In der Öffentlichen Anhörung des Ausschusses Arbeit, Gesundheit und Soziales im NRW-Landtag am 07.03.2013 hat die KGNW die folgenden vier Kernforderungen erhoben:

Im Hinblick auf das Krankenhausplanungskonzept „Psychiatrie/Psychosomatik“ wird von der KGNW das Ziel des integrativen Versorgungskonzeptes im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik unterstützt, Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Rahmen ihres Leistungsanspruchs ein gemeindenahe und umfassendes stationäres und teilstationäres Versorgungsangebot zu bieten, aber gleichzeitig an Bedingungen geknüpft. Insbesondere muss die derzeit aktuelle und

zukünftige Personalsituation in der Psychosomatischen Medizin unter Berücksichtigung der benötigten Fachärzte und des etwaigen Fachkräftemangels ausreichend Berücksichtigung finden.

Im Bereich Geriatrie konnte das vom MGE-PA vorgelegte Konzept in der vorgelegten Form nicht mitgetragen werden, da die im „Strukturkonzept Geriatrie“ festgelegten Anforderungen an die Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund - insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen Fachkräftesituation - auf Grenzen stoßen werden. Dies gilt auch für die Praktikabilität der Durchführung des Screening- und Assessmentverfahrens. Kritisch zu sehen ist auch, dass das Strukturkonzept den Fokus stark auf die Zusammenarbeit ausgewiesener Geriatrien mit nichtgeriatrischen Fachabteilungen legt und diese regelt. Aus KGNW- Sicht sollten im Zuge konzeptioneller Überlegungen sämtliche an der Behandlung der Patientinnen und Patienten über 75 Jahre (ca. 1 Mio. Behandlungsfälle in NRW pro Jahr) beteiligten Fachgebiete (z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Psychiatrie) berücksichtigt werden. Weiterentwicklungspotentiale sollten im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V auf Basis einer wissenschaftlich gesicherten Bestandsaufnahme der gegenwärtigen medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten erörtert und Modellprojekte erprobt und evaluiert werden.

Weitere bestimmende landesweite Themen waren die Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes 2013, die Krankenhausinves-

titionsfinanzierung durch das Land NRW verbunden mit einem Monitoring der Baupauschale durch die KGNW, die externe und sektorenübergreifende Qualitätssicherung, das gemeinsame Projekt zur Qualitätssicherung mit Routinedaten („QR-Check“) der Krankenhauszweckverbände und der KGNW sowie die Implementierung eines lokalen Critical Incident Reporting Systems (CIRS) gemeinsam mit den Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW.

In den Fokus rückten zudem neben Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit, Hygiene und der Versorgung demenzkranker Patienten zentrale Themen wie Telematik und IT im Krankenhaus, die gemeinsame Studie des DKI und der KGNW zu den Determinanten der Krankenhaushäufigkeit in NRW unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, die Weiterentwicklung des landesbezogenen Internetportals für Weiterbildungsangebote zum Facharzt in NRW verbunden mit internationalen Aktivitäten in Österreich und in Nordgriechenland.



Matthias Blum

Krankenhausfinanzierung und -planung

Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes für das Land NRW

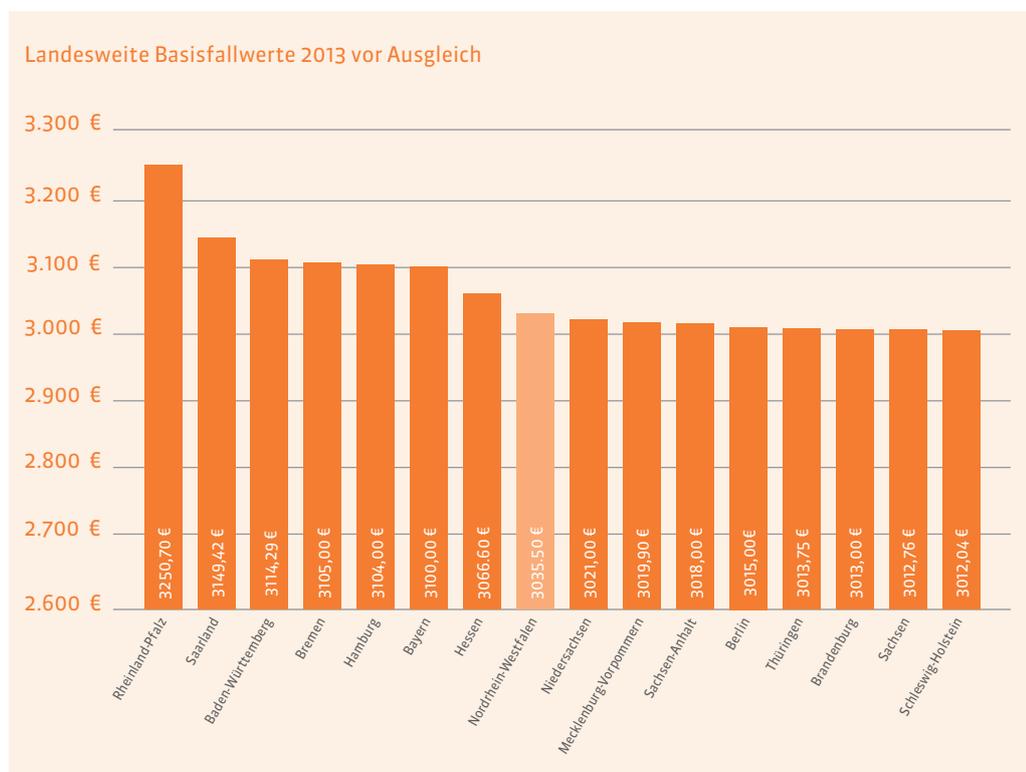
Landesbasisfallwert 2013

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 2013 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW begann nach Aufforderung der KGNW am 19.11.2012. Krankenhausseitig wurden die Verhandlungen

erneut von der Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ der KGNW geführt.

Die Landesverbände der Kostenträger und die KGNW haben sich im März 2013 auf eine „Vereinbarung über den landesweiten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG für das Jahr 2013 in Nordrhein-Westfalen“ verständigt. Der Landesbasisfallwert 2013 ohne Ausgleich beträgt 3.035,50 €. Der Landesbasisfallwert 2013 mit Ausgleich beträgt 3.037,50 €. Das Verhandlungsergebnis entspricht einer Steigerung gegenüber dem für das Jahr 2012 maßgeblichen Landesbasisfallwert (2.976,36 €) um ca. 1,99 %.



Quelle: Eigene Abfrage, KGNW

Gemäß der „Vereinbarung über den landesweiten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG für das Jahr 2012 in Nordrhein-Westfalen“ wurde vor dem Hintergrund der im Vereinbarungszeitraum 2012 abgerechneten Zusatzentgelte ZE 130 und ZE 131 für hochaufwendige Pflege (PKMS) zunächst eine vorläufige Berichtigung vorgenommen. Der Ausgangswert für die Verhandlung zum Landesbasisfallwert 2013 betrug danach 2.982,89 €.

Unter Berücksichtigung der vorläufigen Berichtigung haben die Vertragsparteien den Landesbasisfallwert 2013 in Höhe von 3.035,50 € (ohne Ausgleich) vereinbart. Dieser Wert bildet den Ausgangswert für die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2014.

Aufgrund der oben dargelegten Berichtigung war ein vorläufiger Ausgleich vorzunehmen. Der Landesbasisfallwert für den Zeitraum vom 01.01.2013 bis 31.12.2013 nach vorläufigem Ausgleich beträgt 3.037,50 €.

Maßnahmenpaket zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser

Zum 01.08.2013 ist mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz)“ ein Maßnahmenpaket zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser in Kraft getreten. Ein Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I bildete in diesem Jahr zum einen die Beschäftigung mit dem Gesetzgebungsverfahren sowie zum anderen die Erarbeitung diesbezüglicher Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser; u. a. in den Gremien der DKG.

Dieser Wert war für die Budgetverhandlungen 2013 nach § 4 KHEntgG maßgeblich und bei der Abrechnung zugrunde zu legen. Der Ausgleich in Höhe von 2,00 € erfolgte einmalig im Vereinbarungszeitraum 2013 für den Vereinbarungszeitraum 2012.

Die Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Leistungsmenge) beim Landesbasisfallwert 2013 beträgt 4.680.251,432 Casemix-Punkte. Dies entspricht einer Steigerung von 1,9 % (2012: 4.592.984,722 Casemix-Punkte). Das MGEPA hat den von den Vertragsparteien vereinbarten landesweiten Basisfallwert für das Jahr 2013 mit Wirkung zum 01.04.2013 genehmigt.

Landesbasisfallwert 2014

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2014 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin am 28.11.2013.

Über das Maßnahmenpaket erhielten die somatischen Krankenhäuser zum 01.08.2013 einen bundeseinheitlichen Versorgungszuschlag, der als prozentualer Aufschlag auf die DRG-Fallpauschalen ausgestaltet ist. Er belief sich ab 01.08.2013 auf 1,0 % und beläuft sich für das Jahr 2014 auf 0,8 %.

Teil der finanziellen Entlastungsmaßnahmen ist zudem eine anteilige Tariflohnrefinanzierung für das Jahr 2013. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich gemäß

§ 10 Abs. 5 KHEntgG auf eine Erhöhungsrates für das Jahr 2013 in Höhe von 2,64 % verständigt. Die anteilige Tariflohnrefinanzierung wurde umgesetzt, indem der Versorgungszuschlag 2013 um ein Drittel der vereinbarten Erhöhungsrates (0,21 %) erhöht wird. Damit konnte für das restliche Kalenderjahr ab 01.09.2013 ein Versorgungszuschlag in Höhe von 1,64 % abgerechnet werden.

Ausgangsbasis für den Landesbasisfallwert 2014 bildet der landesweite Basisfallwert 2013 erhöht um die Erhöhungsrates von 0,21 % gemäß § 10 Abs. 5 Satz 5 KHEntgG. Die anteilige Tariflohnrefinanzierung ist insoweit basiswirksam in Bezug auf den Landesbasisfallwert und steht den Krankenhäusern damit – anders als der Versorgungszuschlag, der auf die Jahre 2013 und 2014 begrenzt ist – dauerhaft zur Verfügung.

Für die Verhandlung des Veränderungswertes, der die Obergrenze für die Entwicklung des Landesbasisfallwertes darstellt, wird den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene für die Jahre 2014 und 2015 der Verhandlungskorridor bis zum vollen Orientierungswert eröffnet. Für den Fall, dass der Orientierungswert die Grundlohn-

rate (Veränderungsrates) unterschreitet, gilt die höhere Grundlohnrate gemäß § 10 Abs. 6 Satz 5 KHEntgG. Dies ist für das Jahr 2014 der Fall. Die Grundlohnrate beträgt 2,81 %. Am 13.09.2013 einigten sich die Vertragsparteien auf Bundesebene aufgrund der neuen normativen Vorgaben des § 10 Abs. 6 Satz 5 KHEntgG auf einen Veränderungswert in Höhe von 2,81 %. Der Veränderungswert bildet bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes 2014 die Obergrenze gemäß § 10 Abs. 4 KHEntgG.

Teil des Maßnahmenpakets ist zudem ein Hygieneförderprogramm. Mit dem Hygieneförderprogramm sollen in den Jahren 2013 bis 2016 insbesondere die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hygienepersonal sowie Fort- und Weiterbildungen von Ärzten und Pflegekräften zu qualifiziertem Hygienepersonal gefördert werden. Förderfähig ist auch die Hinzuziehung von externen Krankenhaushygienikern. Unter Mitarbeit der KGNW wurden in der zweiten Jahreshälfte 2013 erste Umsetzungshinweise zum Hygieneförderprogramm in den Gremien der DKG erarbeitet. Die KGNW hat darüber mit Rundschreiben informiert.

G-DRG-System

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2012

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 100.000 Einw.	KH	Betten	Betten je 100.000 Einw.
Bundesland												
Deutschland	2017	501 475	623,5	601	240 180	298,6	719	171 276	213	697	90 019	111,9
Baden-Württemberg	276	56 674	537,7	100	37 569	356,4	65	12 494	118,5	111	6 611	62,7
Bayern	369	75 944	608,5	174	54 607	437,5	47	8 472	67,9	148	12 865	103,1
Berlin	81	20 133	600,9	2	7 735	230,9	35	8 530	254,6	44	3 868	115,4
Brandenburg	54	15 278	623,2	21	8 411	343,1	15	2 659	108,5	18	4 208	171,7
Bremen	14	5 140	786,6	5	3 121	477,6	7	1 728	264,4	2	291	44,5
Hamburg	51	12 128	702,6	3	1 604	92,9	12	3 670	212,6	36	6 854	397,1
Hessen	172	36 229	603,3	49	17 644	293,8	46	9 450	157,4	77	9 135	152,1
Mecklenburg-Vorpommern	38	10 385	647,6	7	3 293	205,3	12	1 752	109,3	19	5 340	333
Niedersachsen	198	42 084	541,2	51	17 297	222,4	77	16 128	207,4	70	8 659	111,3
Nordrhein-Westfalen	385	120 973	689,3	82	37 472	213,5	258	75 798	431,9	45	7 703	43,9
Rheinland-Pfalz	91	25 377	636	17	8 444	211,6	56	15 225	381,6	18	1 708	42,8
Saarland	21	6 464	648,9	9	3 946	396,2	12	2 518	252,8	-	-	-
Sachsen	78	26 178	646	34	16 645	410,8	18	3 058	75,5	26	6 475	159,8
Sachsen-Anhalt	49	16 294	718,4	15	8 658	381,7	17	3 399	149,9	17	4 237	186,8
Schleswig-Holstein	95	15 969	569,4	17	6 812	242,9	31	3 126	111,5	47	6 031	215,1
Thüringen	45	16 225	745,6	15	6 922	318,1	11	3 269	150,2	19	6 034	277,3

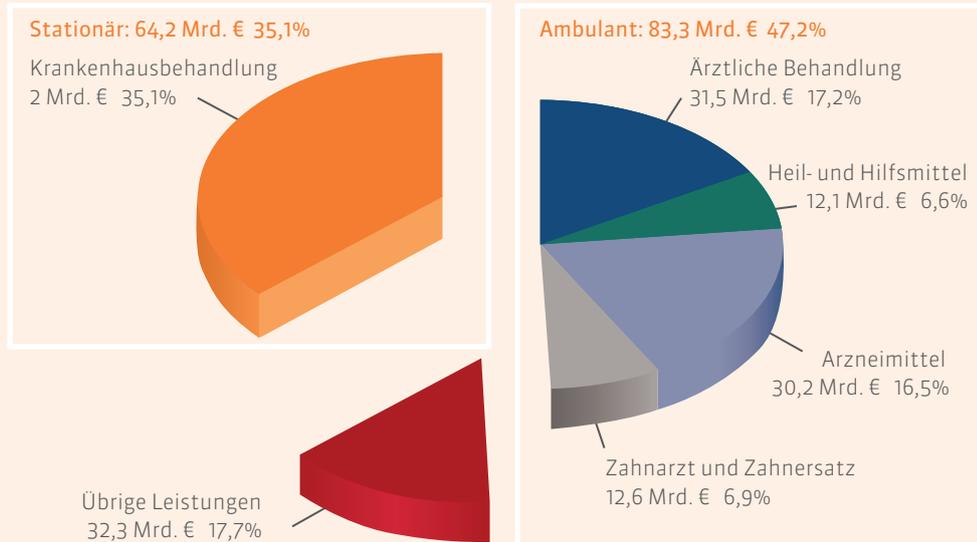
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jahr 2012

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I bildete auch in diesem Jahr die Weiterentwicklung und Umsetzung des G-DRG-Systems. Hierzu zählte insbesondere die diesbezügliche Mitarbeit in den Gremien der DKG. Zudem beteiligte sich die KGNW wiederum aktiv an der Erarbeitung der Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz, die den Krankenhäusern alljährlich per Rundschreiben zur Verfügung gestellt werden.

Abrechnungsbestimmungen 2014 (FPV 2014)

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich im Oktober 2013 auf eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2014 (FPV 2014) verständigen können. Damit werden für das kommende Jahr die Abrechnungsbestimmungen und der Fallpauschalenkatalog sowie die übrigen Entgeltkataloge durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben. Die Abrechnungsbestimmungen entsprechen hierbei im Wesentlichen denen des Vorjahres. Parallel zu

**Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung
bundesweit im Jahr 2013 – insgesamt 182,8 Mrd. Euro**



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

den Abrechnungsbestimmungen wurden auch die Klarstellungen zur FPV 2014 wie im Vorjahr vereinbart

Die Verhandlungen der Abrechnungsbestimmungen konzentrierten sich für das Jahr 2014 primär auf die Themen „Abschlag bei Verlegung in oder aus Krankenhäusern aus dem Ausland“ und die Umsetzung der bundesweiten Lösung für die „Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren“.

Bislang existierte in den Abrechnungsbestimmungen keine Regelung, ob bei Verlegungen in oder aus Krankenhäusern aus dem Ausland ein Abschlag vorzunehmen ist, insofern die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Während von Seiten der Krankenkassen ein Abschlag

gefordert wurde, vertrat die DKG stets die Position, dass ein Verlegungsabschlag nur dann gerechtfertigt ist, wenn alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Krankenhäuser dem Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) unterliegen, da die FPV und die darin enthaltenen Abrechnungsbestimmungen auf der Ermächtigung des § 17b KHG beruhen. Erstmals in der FPV 2014 verständigten sich die Selbstverwaltungspartner darauf, dass grundsätzlich kein Verlegungsabschlag vorzunehmen ist, sofern ein an der Verlegung beteiligtes Krankenhaus nicht dem KHG unterliegt. Lediglich wenn zwischen zwei Krankenhäusern für bestimmte Leistungen eine schriftliche Kooperationsvereinbarung existieren sollte, ist ein Verlegungsabschlag abzurechnen. Durch den Bezug auf die Leistungen einer schriftlichen Kooperationsver-

einbarung des Krankenhauses wird ebenfalls klargestellt, dass Leistungen, welche nicht Bestandteil einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung sind, wiederum vom Verlegungsabschlag ausgenommen sind.

Im Rahmen der Abrechnungsbestimmungen wurde darüber hinaus intensiv über das im letzten Jahr neu aufgenommene Zusatzentgelt für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (ZE2013-98) beraten. Im Fokus stand der damals normativ festgelegte Schwellenwert in Höhe von 15.000 €.

Kritik wurde von Seiten der DKG sowohl an der absoluten Höhe des Schwellenwertes als auch an der Tatsache, dass sich dieser nur auf einen einzigen Blutgerinnungsfaktor und nicht auf die Summe aller während einer Behandlung verabreichten Blutgerinnungsfaktoren bezieht, geäußert. Auf Basis erster Erfahrungen

der Krankenhäuser bei der Abrechnung des neuen Zusatzentgeltes zeigte sich, dass das neue Zusatzentgelt aufgrund dieser Vorgaben kaum abgerechnet werden konnte.

Da die in der Fußnote 11 der Anlage 6 zur FPV 2013 vorgesehene Ermittlung des Schwellenwertes durch das InEK aufgrund der vorliegenden Datenlage noch nicht erfolgen konnte, verständigten sich die Selbstverwaltungspartner darauf, den Schwellenwert zukünftig nicht mehr nur auf einen einzigen Blutgerinnungsfaktor, sondern auf die Summe aller während einer Behandlung verabreichten Blutgerinnungsfaktoren zu beziehen. Bei der Höhe des Schwellenwertes konnte eine Absenkung von 15.000 € auf 9.500 € erzielt werden. Dieser Betrag gilt sowohl für das Jahr 2014 als auch 2015. Ab dem Katalog 2016 ist weiterhin vorgesehen, den bzw. die Schwellenwert(e) auf Basis der Kalkulationsdaten des InEK zu ermitteln.

Fallpauschalenkatalog 2014

Im Oktober 2013 einigten sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf den Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2014. Der G-DRG-Katalog 2014 wurde von den Vertragspartnern auf Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart.

Die dem InEK zur Verfügung stehende Kalkulationsbasis für den neuen Katalog stieg auf 244 Krankenhäuser gegenüber 241 im Vorjahr leicht an, nachdem sie im Vorjahr zurückgegangen war. Die Anzahl der im Jahr 2014 für die Abrechnung vollstationärer Patienten verfügbaren Fallpauschalen beträgt 1.196. Nachdem die Kataloge von 2011 bis 2013 gegenüber dem

Vorjahr jeweils einen Rückgang der Anzahl der Fallpauschalen verzeichneten, legte ihre Zahl im Katalog für 2014 mit 9 DRGs wieder zu. Der Katalog für Hauptabteilungen umfasst 1.148 Fallgruppen, weitere 43 in der Anlage 3a enthaltene Fallpauschalen sind in Bezug auf ihre Vergütungshöhe auf Ortsebene zu vereinbaren. Für teilstationäre Leistungen stehen 5 Fallgruppen zur Verfügung, davon konnte neben der DRG L90C (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse) auch die L90B (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse) wieder bewertet werden, sodass noch drei weitere teilstationäre DRGs als unbewertete Leistun-

gen weiterhin in der Anlage 3b verbleiben. Der Katalog für die belegärztliche Versorgung enthält mit 824 Fallgruppen 11 weniger als im Vorjahr, davon konnten 78, dies sind 4 mehr als im Vorjahr, eigenständig kalkuliert werden. Diese decken rund 68 % des belegärztlich versorgten Fallspektrums, wie es anhand der Daten nach § 21 KHEntgG dokumentiert wird, ab.

Bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2014 erfolgten wieder deutliche Umbauarbeiten, mit dem Ziel einer sachgerechteren Abbildung der verschiedenen Fallkonstellationen.

Erhebliche Umbauarbeiten wurden an der CCL-Matrix vorgenommen. Für insgesamt rund 1.100 Diagnosen erfolgte eine veränderte Abbildung in der Matrix, wobei DRG-spezifischen Anpassungen gegenüber generellen Auf- oder Abwertungen von Diagnosen der Vorzug gegeben wurde. Zusammen mit einer Modifikation der Berechnungsformel für den fallbezogenen Schweregrad wird damit das Ziel verfolgt, wieder eine präzisere Differenzierung der für die klassifikatorische Abbildung relevanten Fall-schwere zu erreichen.

Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Auch in diesem Jahr bildete ein Tätigkeitsschwerpunkt von Referat I die Weiterentwicklung und Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Hierzu zählt insbesondere die diesbezügliche Mitarbeit in den Gremien der DKG. Zudem beteiligte sich die KGNW wiederum aktiv an der Erarbeitung der Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach der Bundespflege-satzverordnung, die den Krankenhäusern all-jährlich per Rundschreiben in zwei Versionen – zum einen für nicht optierende Krankenhäuser und zum anderen für optierende Krankenhäuser – zur Verfügung gestellt werden.

Abrechnungsbestimmungen 2014 (PEPPV 2014)

Nachdem die Abrechnungsbestimmungen 2013 per Rechtsverordnung durch das Bun-

desministerium für Gesundheit festgelegt wurden, wurde für das Jahr 2014 erstmals durch die Selbstverwaltungs-partner auf Bundesebene eine Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2014 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2014 - PEPPV 2014) getroffen. Zudem verständigten sich die Selbstverwaltungs-partner zum ersten Mal auf ergänzende Klarstellungen inklusive entsprechender Rechenbeispiele. Damit werden für das kommende Jahr die Abrechnungsbestimmungen, der Fallpauschalenkatalog sowie die übrigen Entgeltkataloge durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben. Geprägt wurden die diesjährigen Verhandlungen der Abrechnungsbestimmungen insbesondere durch die schwierigen Verhandlungen zum PEPP-Katalog.

So wurde beispielsweise von Seiten der Krankenkassen Mitte des Jahres ein Junktim zwischen der Fortführung der Gespräche zu den Abrechnungsbestimmungen und der Zustimmung der DKG zum Katalog gesetzt. Darüber hinaus wurde bereits frühzeitig von Seiten des BMG signalisiert, dass es im Falle der Nichteinigung auf Selbstverwaltungsebene zu einer unveränderten Weitergeltung der Abrechnungsbestimmungen 2013 auf Grundlage des § 11 Abs. 2 PEPPV 2013 kommen würde. Eine Anpassung der Abrechnungsbestimmungen wurde aufgrund der letztjährigen Erfahrungen und im Hinblick auf die erstmalige Weitergeltung über den Jahreswechsel für bereits in 2013 umgestiegene Häuser von Seiten der DKG allerdings als wichtig angesehen.

Die Verhandlungen der Abrechnungsbestimmungen konzentrierten sich für das Jahr 2014 auf folgende Themen: „Fallzusammenführung bei unterjährigem Umstieg“, „Zwischenrechnungen“, „extreme Langlieger“, „Abrechnung von bewerteten PEPP-Zusatzentgelten“, „Ermittlung von Berechnungstagen bei teilstationärer Behandlung der sonstigen Entgelte“ und „krankenhaus-individueller Basisentgeltwert“.

In Bezug auf die „Fallzusammenführung bei unterjährigem Umstieg“ konnte zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene eine Klarstellung neu aufgenommen werden. Somit sind Aufenthalte vor dem Umstieg auf das neue Entgeltsystem nicht mit Aufenthalten nach dem Umstieg zusammenzuführen, selbst wenn nach den Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen die Wiederaufnahme innerhalb von 21 Kalendertagen erfolgte. Zu-

dem verständigte man sich darauf, dass die Abrechnung des ersten Aufenthaltes nach dem Umstieg auf das neue Entgeltsystem mit der ersten Vergütungsstufe zu erfolgen hat.

Ferner wurde eine bundesweite Empfehlung ausgesprochen, „Zwischenrechnungen“ auch für Patienten der GKV auszustellen, sollte es diesbezüglich keine individuelle Regelung auf Ortsebene gemäß § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV geben.

Durch die Ersatzvornahme des BMG wurde bei „extremen Langliegern“ vom Gesetzgeber eine andere Intention als ursprünglich von den Selbstverwaltungspartnern vorgesehen. Diesbezüglich erfolgt nun für das Jahr 2014 eine entsprechende Klarstellung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Im Jahr 2014 ist somit bei extremem Langliegern aus dem Jahr 2013 der 31.12.2014 nicht berechnungsfähig. Ab dem 01.01.2015 ist der Patient dann allerdings nach den neuen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen, beginnend mit der ersten Vergütungsstufe abzurechnen.

Die „Abrechnung von bewerteten PEPP-Zusatzentgelten“ kann nun mit Inkrafttreten der neuen PEPPV erfolgen. Eine Abrechenbarkeit ist somit für alle Patienten gegeben, die ab dem 01.01.2014 im Krankenhaus aufgenommen wurden. Das Vorliegen einer Budgetvereinbarung ist dementsprechend nicht maßgeblich.

Bei der „Ermittlung von Berechnungstagen bei teilstationärer Behandlung der sonstigen Entgelte“ wurde durch einen neuen Verweis

der Selbstverwaltungspartner klargestellt, dass die Zählweise bei der Ermittlung der Berechnungstage wie bei den bewerteten teilstationären Entgelten nach der Anlage 2a zu erfolgen hat. Demnach können für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag der Krankenhausbehandlung teilstationäre Entgelte abgerechnet werden, dies gilt auch für den Verlegungs- und Entlassungstag, der nicht zu gleich Aufnahmetag ist.

Des Weiteren haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Regelungen für bereits im Jahr 2013 optierte Krankenhäuser getroffen. Diesbezüglich kann bis zum Inkrafttreten einer neuen Budgetvereinbarung für das Jahr 2014 der „krankhausindividuelle Basisentgeltwert“ für das Jahr 2013 weiter abgerechnet werden.

PEPP-Katalog 2014

Im November 2013 haben die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene den PEPP-Katalog für das Jahr 2014 im Rahmen der „Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2014“ (PEPPV 2014) vereinbart. Der PEPP-Katalog 2014 wurde von den Vertragspartnern auf Grundlage eines vom InEK vorgelegten Entwurfs vereinbart.

Im vergangenen Jahr wurden der Entgeltkatalog und die Abrechnungsbestimmungen für das neue Psych-Entgeltsystem mit der „Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013“ (PEPPV

2013) vom 19.11.2012 durch das Bundesministerium für Gesundheit in Kraft gesetzt. Im Rahmen der Rechtsverordnung hatte die DKG gegenüber dem BMG nochmals deutlich gemacht, dass der PEPP-Katalog 2013 für die Kritikpunkte an dem System keine Lösungswege aufzeigt und eine angemessene Zeit der Konsolidierung des Systems von mindestens zwei Jahren zwingend notwendig ist.

Die Gremien der DKG haben im Rahmen ihrer Beratungen die Zustimmung der DKG zum PEPP-Katalog 2014 unter den Voraussetzungen als möglich gesehen, dass ein verlässliches Signal aus der Politik für die Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre erreicht wird und die Kassenseite einem Prüfauftrag der Selbstverwaltung an das InEK zustimmt. Im Rahmen des Prüfauftrages sollten in Ergänzung zum derzeitigen Verfahren der Katalogentwicklung mit den vorhandenen Daten tagesbezogene Analysen durchgeführt und geprüft werden, inwieweit Alternativen zur Fallgruppierung möglich sind und zu welchen Ergebnissen diese führen würden.

Die DKG hat sich anschließend um eine Klärung dieser beiden Voraussetzungen bemüht. Aufgrund der schriftlichen und persönlichen Rückmeldungen aus dem politischen Raum kam die DKG zu dem Ergebnis, dass ein belastbares Signal für eine Verlängerung der Optionsphase und auch weiterer möglicher gesetzlicher Korrekturen gegeben ist.

Im Hinblick auf den Prüfauftrag wurde kritisch gesehen, dass eine vollumfängliche Prüfung des „TEPP-Konzeptes“ mit den Kassen nicht konsentiert werden konnte. Allerdings

werden mit dem erreichten Verhandlungsergebnis wesentliche Aspekte der gemeinsamen Kritik berücksichtigt. Während der GKV-Spitzenverband bisher einen Handlungsbedarf zur Begegnung der Degression stets verneint hat, wird mit dem Prüfauftrag nunmehr erreicht, dass die grundsätzliche Problematik der degressiven Vergütung anerkannt und nach Lösungen gesucht wird und dabei tagesvariable Vergütungskomponenten ausdrücklich einbezogen werden. Es wird erreicht, dass wesentliche Elemente des „TEPP-Konzeptes“ in die Prüfung eingehen und die Diskussion über grundlegende Systemanpassungen zur Begegnung der Degression durch tagesvariable Vergütungselemente eröffnet wird. Für die Bewertung des Prüfauftrages war auch von Bedeutung, dass bei einer Ersatzvornahme nicht davon ausgegangen werden kann, dass überhaupt ein entsprechender Prüfauftrag an das InEK erteilt würde.

Unter Abwägung der vielfältigen Aspekte ist die DKG zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Ablehnung des Kataloges für 2014 die Chancen zur Systemverbesserung und zur Erreichung notwendiger Veränderungen der gesetzlichen

Rahmenbedingungen nicht verbessern würde. Auch muss die DKG die Planungssicherheitserfordernisse für die optierenden Krankenhäuser berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund hat die DKG am 30.10.2013 entschieden, den Entgeltkatalog für das Jahr 2014 gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband zu vereinbaren. Die DKG weist dabei ausdrücklich darauf hin, dass die grundsätzlichen Kritikpunkte am PEPP-Katalog im Wesentlichen fortbestehen und eine Verlängerung der Optionsphase eine zwingende Voraussetzung für die konstruktive Weiterentwicklung des Entgeltsystems in der Selbstverwaltung und die Akzeptanz des Systems in den Krankenhäusern ist.

Im Jahr 2014 stehen im PEPP-Katalog insgesamt 77 tagesbezogene Entgelte für voll- und teilstationäre Leistungen in 115 Vergütungsstufen zur Verfügung. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies ein Zuwachs von zwei tagesbezogenen Entgelten und 14 Vergütungsstufen. Des Weiteren stehen 57 bewertete und 26 unbewertete Zusatzentgelte in den Anlagen 3 und 4 zur Verfügung.

Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe nach § 115 b SGB V

Die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung, die unabhängig von der Kassenzugehörigkeit für alle gesetzlich krankenversicherten Patienten gleichermaßen zur Anwendung kommen, ergeben sich aus der Multiplikation der EBM-Punktzahlen mit einem Punktwert. Hierfür hat der EBM-Bewertungsausschuss ei-

nen bundesweiten Orientierungswert vorzugeben. Der Erweiterte Bewertungsausschuss legte den Orientierungswert für das Jahr 2013 auf 3,5363 Cent fest.

Mit entsprechenden Schreiben zur Vergütung der ambulanten Leistungen nach § 115 b

(und 116 b) SGB V haben die Krankenkassen bzw. deren Arbeitsgemeinschaften der beiden Landesteile über diesen abzurechnenden Punktwert informiert.

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat in seiner 304. Sitzung die ausgabenneutrale Anhebung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V sowie die Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert jeweils mit Wirkung zum 01.10.2013 beschlossen. Diese Anpassung wurde bereits in der 288. Sitzung im Rahmen der Grundsätze und Eckpunkte zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs vereinbart. Dabei sollen die von den Krankenkassen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a SGB V als auch das Volumen der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu zahlenden Leistungen unverändert bleiben.

Der Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gemäß § 87 Abs. 2e SGB V wird zum 01.10.2013 auf 10 Cent festgelegt. Parallel wird der kalkulatorische Punktwert, welcher im

Standardbewertungssystem (STABS) der Umrechnung von Euro-Werten in Punktzahlen dient, auf 10 Cent festgelegt.

Um die Ausgabenneutralität zu gewährleisten, werden die Punktzahlen im EBM entsprechend reduziert. Die rechnerischen Bewertungen der Leistungen der jeweiligen Gebührenordnungspositionen (GOP) – aus der Multiplikation der jeweiligen EBM-Punktzahl mit dem aktuell gültigen Orientierungswert – sollen somit trotz der Erhöhung des Orientierungswertes zum 01.10.2013 bis auf rundungsbedingte Differenzen unverändert bleiben. Darüber hinaus werden Ein- und Ausdeckelungspunktmengen, Bereinigungsbeträge sowie Behandlungsbedarfe, die alle in Punkten festgesetzt sind bzw. berechnet werden, angepasst.

Vor dem Hintergrund der kassenseitig erfolgten Bestätigung, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses umgesetzt werde, wurden die Mitgliedskrankenhäuser in Ergänzung zur Information über den o. g. Beschluss des Bewertungsausschusses entsprechend in Kenntnis gesetzt.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V (alt), Ambulante spezialfachärztliche Behandlung nach § 116 b SGB V (neu)

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 hat unter anderem § 116 b SGB V umfangreiche Änderungen erfahren, die zum 01.01.2012 in Kraft getreten sind. Der nun als „Ambulante spezialfachärzt-

liche Versorgung“ benannte, in § 116 b SGB V geregelte Leistungsbereich eröffnet einen zusätzlichen Behandlungssektor neben den klassischen Sektoren der stationären und ambulanten Versorgung.

Grundsätzlich wurde das ehemalige Bestimmungsverfahren hin zu einem Anzeigeverfahren umgestellt („Wer kann, der darf.“). Gleichberechtigt sollen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbringen können.

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 nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Die Gebührenpositionen sind gemäß § 116 b Absatz 6 SGB V in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der me-

dizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen.

Im Hinblick auf die Leistungserbringung und die Abrechnungsmöglichkeit ist ein Ziffernkreis aus den Gebührenordnungspositionen des EBM vorgesehen.

Weiterhin streitbefangen war bei der Abrechnung der Leistungen im Rahmen von Zulassungen bis zum 31.12.2011 (§ 116 b SGB V alt) die Abrechnung von mehr als einer Grundpauschale bei der Leistungserbringung durch Krankenhäuser. Eine klare Vorgehensweise konnte allerdings trotz der bestehenden Äußerung der KBV zur Abrechnung von Grundpauschalen bei interdisziplinärer Leistungserbringung nicht erreicht werden. Immer noch bestreiten und verweigern Krankenkassen die Abrechnungsmöglichkeit.

Heilmittelvertrag

Der Vorstand der KGNW hat in seiner 214. Sitzung am 26.06.2012 beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein (gemäß § 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 nordrheinischen Verbänden der Krankenkassen aufzunehmen.

In den sich anschließenden Verhandlungen wurde mit den nordrheinischen Kostenträgern im Ergebnis eine Gesamtsteigerung der Preise um rund 2 % ab dem 01.01.2013 vereinbart.

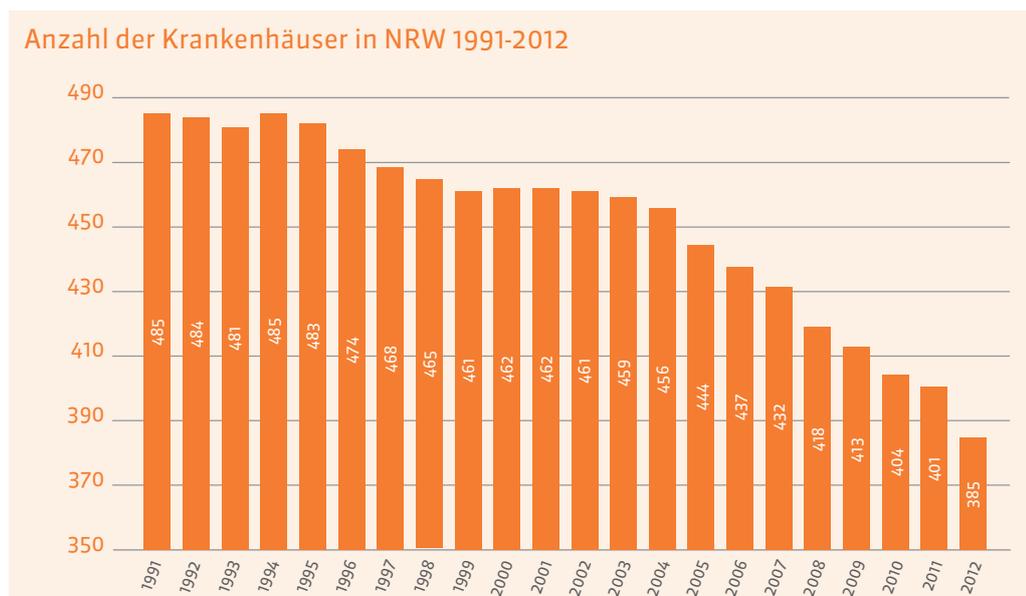
In seiner 221. Sitzung am 04.07.2013 hat der Vorstand der KGNW beschlossen, die „Vergütungsvereinbarung zum Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein (gemäß § 125 Abs. 2 SGB V)“ fristgerecht zum 31.12.2013 zu kündigen und die Geschäftsstelle beauftragt, Verhandlungen für die Preise für das Jahr 2014 mit den Landesverbänden der Kostenträger im Landesteil Nordrhein aufzunehmen. Die Verhandlungen wurden im November 2013 aufgenommen.

Krankenhausplanung

Das MGEPA hat dem Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des nordrhein-westfälischen Landtags zum Jahreswechsel 2012/2013 den Entwurf des Krankenhausplans NRW 2015 und einen schriftlichen Bericht zum Krankenhausplan zugeleitet. Den Mitgliedern des Landesausschusses für Krankenhausplanung wurden sowohl der Entwurf als auch der Bericht vor der Veröffentlichung auf der Internetseite des Landtags am 03.01.2013 – entgegen den sonst üblichen Gepflogenheiten – nicht übermittelt, sodass sich dort auch wesentliche Punkte finden, die nicht im Landesausschuss für Krankenhausplanung erörtert worden sind. Dies betrifft insbesondere die Planung der weiteren Angebote wie z. B. Intensivbetten, Palliativmedizin. Diese sind weder im Landesausschuss für Krankenhausplanung (Plenum) noch in den 22 Sitzungen der eigens gebildeten Unterarbeitsgruppe des Landes-

ausschusses zur Diskussion gestellt worden. Insgesamt musste festgestellt werden, dass ca. 70 von rund 100 Seiten des Entwurfs nicht konkret im Landesausschuss bzw. in der Unterarbeitsgruppe beraten worden sind.

Der zuständige Landtagsausschuss ist gemäß § 13 Abs. 2 KHGG NRW bei der Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans anzuhören. Vor diesem Hintergrund hat sich der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales in seiner Sitzung am 16.01.2013 mit dem Entwurf des Krankenhausplans NRW 2015 befasst und beschlossen, eine Öffentliche Expertenanhörung vorzunehmen. Die KGNW hatte diese im Vorfeld – unter anderem mit einem Schreiben an die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales – nachdrücklich gefordert.



Quelle: Statistische Berichte, Grunddaten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) 2012, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Die Präsidentin des Landtags hat zu einer Öffentlichen Expertenanhörung für den 07.03.2013 eingeladen und im Vorfeld eine schriftliche Stellungnahme erbeten. Die KGNW hat am 22.02.2013 eine in den Gremien der KGNW abgestimmte Stellungnahme zum Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ übermittelt. In der Stellungnahme werden wesentliche Teile des Entwurfs sowie des Beratungsverfahrens aufgegriffen und kritisiert. Insofern wurde eine Beratung des vollständigen Entwurfs im Landesausschuss für Krankenhausplanung gefordert. Die Kritikpunkte der KGNW wurden zwischenzeitlich ebenfalls in einem Gutachten zur Zulässigkeit von Strukturvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung im Auftrag der DKG vom Gutachter, Herrn Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger von der Universität Augsburg, bestätigt.

In der Öffentlichen Expertenanhörung am 07.03.2013 hat die KGNW die Kritikpunkte aus der Stellungnahme noch einmal nachdrücklich vorgetragen. Im Nachgang zur Anhörung hat der Ausschuss den Entwurf des Krankenhausplanes NRW 2015 in seinen Sitzungen am 10.04.2013 und 08.05.2013 unter dem Eindruck der Anhörung beraten. Die KGNW hat sich unter anderem am 17.04.2013 noch einmal mit einem Schreiben an die die gesundheitspolitischen Sprecher der Landtagsfraktionen gewandt, um die Kritikpunkte der Krankenhauseite zu unterstreichen.

In seiner Sitzung am 08.05.2013 hat der Ausschuss das Anhörungsverfahren gemäß § 13 Abs. 2 KHGG NRW zum Abschluss gebracht. Es lagen drei Entwürfe (von den Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, von

den Fraktionen der CDU und FDP und von der Fraktion der PIRATEN) für eine Stellungnahme des Ausschusses vor. In der Sitzung wurde der Entwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU, der FDP und der PIRATEN angenommen.

Die verabschiedete Stellungnahme und die darin enthaltenen Empfehlungen des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales sind für das MGEPA allerdings nicht bindend gewesen, da der Ausschuss lediglich ein Anhörungsrecht hat. Das Letztentscheidungsrecht liegt allein beim zuständigen MGEPA.

Am 23.07.2013 ist der Krankenhausplan NRW 2015 – mit nur wenigen Änderungen im Vergleich zum Entwurf – im Internetauftritt des MGEPA veröffentlicht worden und damit in Kraft getreten. Der neue Krankenhausplan enthält neue Rahmenvorgaben für die rund 400 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen und soll bis zum Jahr 2015 umgesetzt werden. Die neuen Rahmenvorgaben bilden die Grundlage für die zukünftige Erarbeitung regionaler Planungskonzepte.

Am 14.10.2013 hat das MGEPA den Mitgliedern des Landesausschusses für Krankenhausplanung nachrichtlich seinen Runderlass an die Bezirksregierungen zur Neufassung des Datenrahmens für die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte zur Kenntnis und entsprechenden Verwendung übersandt. Der Datenrahmen ist bei der Erarbeitung künftiger regionaler Planungskonzepte zugrunde zu legen.

Für die Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung bestand im Vorfeld der Neufassung des Datenrahmens die Gelegenheit, dem MGEPA Vorschläge für einen neuen Datenrahmen zu unterbreiten. Die KGNW hat dem MGEPA mit Schreiben vom 29.08.2013 einen diesbezüglichen, in den Gremien der KGNW abgestimmten Vorschlag zur Verfügung gestellt.

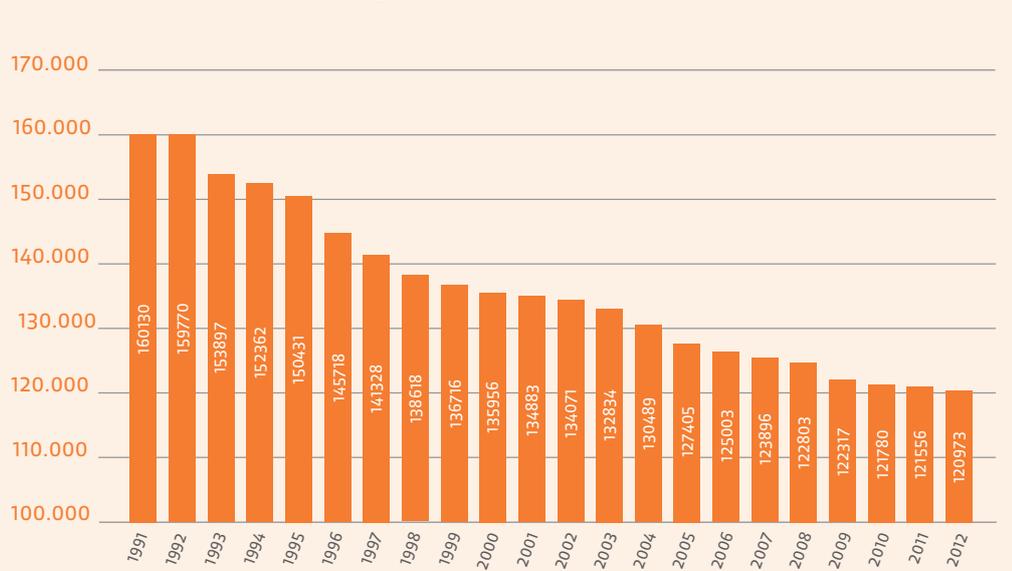
Die MGEPA-Neufassung des Datenrahmens ist in weiten Teilen offen formuliert. Die konkrete Datenlieferung zu einzelnen Planungsaspekten bleibt damit letztlich den Planungsbeteiligten vor Ort überlassen, was aus Sicht der KGNW im Hinblick auf eine landeseinheitliche Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 nicht hilfreich ist.

Die entsprechenden Runderlasse des MGEPA zur Regionalisierung der gebietsbezogenen Planungsdaten und zum Musterfeststel-

lungsbescheid wurden den Mitgliedern des Landesausschusses für Krankenhausplanung trotz entsprechender und mehrfacher Nachfragen nicht zur Verfügung gestellt.

Vor dem Hintergrund der Festlegungen im Krankenhausplan NRW 2015, dass die landesweit festgelegten Bettenzahlen je Gebiet entsprechend der Verteilung der Pflegetagevolumina auf die Regierungsbezirke aufgeteilt werden sollen, war das Verfahren der Regionalisierung nach Veröffentlichung des Krankenhausplans in den Gremien eingehender Beratungsgegenstand. Dies betraf insbesondere auch die Regionalisierung im psychiatrischen Bereich. Die KGNW hat sich dabei für eine weitgehend flexible Ausgestaltung der Regionalisierung und gegen eine zu starre Bindung an ein rein rechnerisches Verfahren ausgesprochen.

Krankenhausbetten in NRW 1991-2012



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2012

Seit dem 15.10.2013 steht den KGNW-Mitgliedern auf der Homepage der KGNW eine neue Informationsmöglichkeit rund um den Krankenhausplan NRW 2015 zur Verfügung. Die Nutzer des Mitgliedsbereichs der KGNW haben nun zusätzlich die Möglichkeit, über das sogenannte „Infoportal Krankenhausplan“, umfangreiche Informationen zu diesem Themenkomplex auszuwählen.

Für den 07.11.2013 hat die KGNW zu einer Informations- und Diskussionsveranstaltung zum Krankenhausplan NRW 2015 eingeladen. Im Zuge der Anmeldung zur Veranstaltung bestand für die Mitgliedskrankenhäuser die Möglichkeit, etwaige Fragen zum Krankenhausplan NRW 2015 und zu dessen Umsetzung bereits im Vorfeld zu stellen, damit die KGNW diese den Referenten der Veranstaltung zur Verfügung stellen kann. Die KGNW hat eine Vielzahl von Fragen erreicht, die den Referenten zugeleitet worden sind. Etwa 450 Gäste sind der Einladung gefolgt und haben die Ausführungen von Frau Dr. Prütting und Herrn Dr. Lafontaine vom MGE-PA sowie Herrn Dr. Thülig von der Bezirksregierung Münster zum Krankenhausplan NRW 2015 und dessen Umsetzung verfolgt.

Die Bezirksregierungen haben im Oktober erste „neue“ Feststellungsbescheide versandt, sodass der neue Krankenhausplan nun in den ersten Krankenhäusern unmittelbar wirkt. Diese Feststellungsbescheide enthalten unter dem Punkt „Nebenbestimmungen und Hinweise“ unter anderem eine Klausel, gegen deren Rechtsfolge erhebliche rechtliche und praktische Bedenken bestehen, sodass bereits Krankenhäuser – mit

Blick auf die sonst eintretende Bestandskraft und aus kaufmännischer Sorge – Klage erhoben haben bzw. erheben werden. Nach Bekanntwerden der ersten „neuen“ Feststellungsbescheide hat die KGNW die Mitgliedskrankenhäuser durch Rundschreiben informiert und empfohlen, die auf dem neuen Krankenhausplan basierenden Feststellungsbescheide rechtlich zu überprüfen; insbesondere die Klausel zur Verknüpfung mit den neuen Qualitätskriterien des Krankenhausplanes und etwaige andere – nicht unmittelbar erkennbare – Auswirkungen auf den Versorgungsauftrag durch die Neuregelungen des Krankenhausplanes.

Die Gremien der KGNW haben sich in Abstimmung mit den nordrhein-westfälischen Spitzen- und Zweckverbänden dafür ausgesprochen, die konkreten Planungsvorstöße der Kostenträgerseite bei der Umsetzung insbesondere der qualitativen Vorgaben des neuen Krankenhausplans genau zu beobachten und die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser im Hinblick auf die anstehenden regionalen Planungskonzepte für bestimmte Planungsthemen besonders zu sensibilisieren. Zur Abgrenzung, welche Planungsthemen im Rahmen der anstehenden regionalen Planungskonzepte besonders sensibel sein könnten und bei denen deshalb zeitnah entsprechende Informationen über Planungsvorstöße der Kostenträgerseite zur Verfügung gestellt werden sollten, wurde eine Auflistung „Sensible Planungsthemen im Rahmen regionaler Planungskonzepte“ nebst einem entsprechenden Erhebungsbogen erarbeitet.

Sonderkontingent Pflege

Im April des Jahres hat unter Beteiligung der Kostenträger und der KGNW im MGEPA ein Gespräch zum Thema „Sonderkontingent Ausbildungsplätze - doppelter Abiturjahrgang“ stattgefunden, um vor dem Hintergrund des doppelten Abiturjahrgangs den diesbezüglichen Handlungsbedarf mit dem Ziel zu erörtern, den jungen Menschen, die sich aktuell um einen Ausbildungsplatz beworben haben, eine Ausbildung in den Pflegeberufen ermöglichen zu können.

Ausgangspunkt der Erörterung war unter anderem der Entwurf des Krankenhausplans NRW 2015, in dem eine einmalige Erhöhung der Ausbildungsplatzkapazitäten infolge des doppelten Abiturjahrgangs avisiert wurde.

Eine über die Bezirksregierungen durchgeführte Erhebung des Ministeriums bei allen ausbildenden Schulen verdeutlichte, dass in allen Berufen zwar unbesetzte Ausbildungsplätze existieren, gleichzeitig aber zusätzliche Ausbildungsbedarfe an Schulen, die ihre per Feststellungsbescheid zugewiesene maximale Soll-Zahl an Ausbildungsplätzen bereits ausgeschöpft haben, bestehen.

Vor diesem Hintergrund wurde ein „Sonderkontingent“ verwirklicht, das die zurückgemeldeten zusätzlichen Bedarfe in der

Gesundheits- und Krankenpflege (rd. 460 zusätzliche Ausbildungsplätze) sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (rd. 70 zusätzliche Ausbildungsplätze) abbildet.

Um das gemeinsame Ziel, mehr jungen Menschen eine Ausbildung in den Pflegeberufen zu ermöglichen und dies über eine entsprechende Refinanzierung sicherzustellen, wurde seitens des MGEPA am 21.05.2013 ein abgestimmter Ergebnisvermerk den Bezirksregierungen, den Kostenträgern und der KGNW zur Verfügung gestellt.

Die KGNW hat den Ergebnisvermerk per Rundschreiben bereitgestellt und den ausbildenden Krankenhäusern, die im Hinblick auf den doppelten Abiturjahrgang zusätzliche Ausbildungsplätze (über die Soll-Zahl im Feststellungsbescheid hinaus) realisieren wollen, empfohlen, kurzfristig Kontakt mit den Kostenträgern aufzunehmen, um das Vorhaben und die Notwendigkeit einer entsprechenden budgetären Berücksichtigung frühzeitig zu dokumentieren.

Die Gemeinschaftsinitiative wurde mittels einer Pressemitteilung des Ministeriums am 12.06.2013 unterstrichen und die Maßnahme als notwendig und zielorientiert gewürdigt.

Landesberichterstattung Gesundheitsberufe

Das MGEPA hat, anknüpfend an die letzten Jahre, das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. in Köln mit der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2013 beauftragt. Hierzu führt das dip bei den Einrichtungen des Gesundheitswesens eine Abfrage durch. Wie in den Jahren zuvor ist es das Ziel der Berichterstattung, die Personalsituation in den ambulanten Pflegediensten, den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie den Krankenhäusern zu untersuchen. Ein Schwerpunkt ist in der Ausbildungsplatzkapazitätsplanung zu sehen.

Vor diesem Hintergrund hat die Geschäftsstelle mittels Rundschreiben im September die Krankenhäuser gebeten, sich an der dip-Abfrage zu beteiligen. Die Teilnahme an der Erhebung ist für die Krankenhäuser von großer Bedeutung, da sie mit ihren Daten eine bedarfsorientierte Berechnung der Ausbildungsplatzkapazitäten verantwortlich unterstützen können.

Die Befragung wurde zwischenzeitlich abgeschlossen. Die Ergebnisse werden im Rahmen der Landesberichterstattung des MGEPA NRW veröffentlicht.

Disease-Management-Programme - DMP

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom BMG auf den G-BA übergegangen. Durch die am 19.07.2012 in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f Abs. 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL) wurde eine Anpassung der Rahmenvereinbarungen erforderlich. Bisher wurden die Vertragsanpassungen/-änderungen in den Rahmenvereinbarungen DMP „Asthma bron-

chiale/COPD“ und „Brustkrebs“ in beiden Landesteilen vorgenommen. Der Vorstand der KGNW hat den Vertragsanpassungen in seiner Sitzung am 13.03.2013 zugestimmt.

Weiterhin wurde eine Anpassung der Gesellschaftsverträge der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung Disease-Management-Programme und der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme notwendig, die im Wesentlichen redaktioneller Art war.

Krankenhausförderung

Haushaltsplan 2013/2014

Zur Öffentlichen Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses des Landtags Nordrhein-Westfalen am 14.01.2013 hat die KGNW eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2013 vorgelegt.

Der Haushaltsansatz für das Jahr 2013 in Höhe von 493.182.000 € ist im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2012 um insgesamt 3.500.000 € gesunken. Diese Reduzierung setzt sich zusammen aus einer Kürzung der Titelgruppe 62 (Sonstige Zuweisungen und Zuschüsse nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)) um 0,6 Mio. € auf 1,4 Mio. € sowie einem weiteren Abschmelzen des „Sonderfonds Krankenhäuser“ um 2,9 Mio. € auf 1,6 Mio. €.

Auch die Verpflichtungsermächtigungen sind um insgesamt 5,5 Mio. € reduziert worden. Nunmehr belaufen sich die Verpflichtungsermächtigungen auf 1 Mio. € als Ansatz bei der Titelgruppe 80 („Sonderfonds Krankenhäuser“).

Zur Öffentlichen Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses des Landtags Nordrhein-Westfalen am 07.11.2013 hat die KGNW ebenfalls eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2014 vorgelegt.

Der Haushaltsansatz für das Jahr 2014 in Höhe 492.300.000 € ist im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2013 um 700.000 € gesunken (nicht mehr berücksichtigt sind die sächlichen Verwaltungsausgaben in Höhe von 182.000 €). Diese Reduzierung ergibt sich aus einer Halbierung des Haushaltsansatzes der Titelgruppe 62 (Sonstige Zuweisungen und Zuschüsse nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)). Der Haushaltsansatz des „Sonderfonds Krankenhäuser“ stagniert mit 1,6 Mio. € auf einem im Vergleich zu seiner Einführung im



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

Jahr 2010 mit einer Höhe von 5 Mio. € vergleichsweise niedrigen Niveau.

Verpflichtungsermächtigungen sind mit 1 Mio. € als Ansatz bei der Titelgruppe 80 („Sonderfonds Krankenhäuser“) vorgesehen.

Mit diesen Stellungnahmen hat die KGNW zum wiederholten Male darauf hingewiesen, dass aufgrund der gravierenden Unterfinanzierung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bei der Krankenhausförderung eine Erhöhung der Krankenhausinvestitionen durch das Land dringend erforderlich ist.

§ 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bestimmt, dass die Krankenhäuser dadurch wirtschaftlich gesichert werden, dass ihre Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung übernommen werden.

§ 9 Absatz 3 KHG enthält die Verpflichtung zu einer regelmäßigen Anpassung der Pauschalbeträge (hier für kurzfristige Anlagegüter) an die Kostenentwicklung.

Diese Regelungen haben sich in der Vergangenheit in unserem Bundesland – selbst in Zeiten sprudelnder Steuereinnahmen (z. B. 2010 und 2011 jeweils über 8 %, 2012 mit 5,7 % etwas geringer) – auf den Haushalt nicht niedergeschlagen. Ein gesetzeskonformes Vorgehen ist auch im Haushaltsplanentwurf für das Jahr 2014 nicht erkennbar. Das, obwohl das Finanzministerium NRW entsprechend der Ergebnisse des Arbeitskreises „Steuerschätzungen“ für die Jahre 2013 bis 2016 ein Plus von jeweils rund 4 % prognostiziert.

Der aufsummierte Kaufkraftverlust der einzelnen Jahre seit Einführung der neuen Fördersystematik im Jahr 2008 beläuft sich bereits im Jahr 2012 auf insgesamt ca. 93 Mio. € (kurzfristige Pauschale: ca. 45 Mio. €, Baupauschale: ca. 48 Mio. €).

Insofern hat eine vollständige Entkopplung der Fördermittelhöhen von der Preisentwicklung stattgefunden. Der vorgegebene Beitrag des Landes zur Daseinsvorsorge wird somit durch den realen Kaufkraftverlust der zur Verfügung gestellten Fördermittel stetig entwertet. Die Erosion der Krankenhausförderung ist offensichtlich und schleichend. Zu dieser Situation kommt sogar noch ein Absinken des Haushaltsansatzes hinzu.

Kritisch anzumerken bleibt ergänzend, dass offensichtlich die unzulänglichen Mittel dersfd Krankenhausförderung zu einem nicht unerheblichen Teil nicht verausgabt werden. Die Ausweisung der „IST-Ausgaben“ für das Jahr 2012 im Haushaltsplanentwurf 2014 weist im Vergleich zum Haushaltsansatz 2012 eine negative Differenz von ca. 13 Mio. € aus. Etwa 2,5 % der angesetzten Gesamtausgaben Kapitel 15 070 des Haushaltes für das Jahr 2010 wurden somit nicht für den vorgesehenen Zweck verausgabt. Geld, das den Krankenhäusern vorenthalten wurde, da auch eine umfassende Deckungsfähigkeit der einzelnen Haushaltstitel nicht bestand. Über die Ausgleichsmechanismen entsprechend der Regelungen in der Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung wären zumindest die veranschlagten Mittel für die Krankenhäuser nutzbar.

Insofern hat die KGNW in den Öffentlichen Anhörungen des Haushalts- und Finanzausschusses die Forderung zur Herstellung der umfassenden Deckungsfähigkeit erneut wiederholt, um zu bewirken, dass einmal bereitgestellte Mittel den Krankenhäusern nicht auch noch zusätzlich verloren gehen.

Der Haushaltsplanentwurf 2014 sieht weiterhin einen Haushaltsansatz in Höhe von 1,6 Mio. € für den „Sonderfonds Krankenhäuser“ vor. Im Vergleich zum Haushalt 2013 bleibt der Ansatz nach einer erheblichen Kürzung in den Ansätzen der Haushaltsjahre 2012 und 2013 auf niedrigem Niveau gleich. Zwar wird die Möglichkeit geschaffen, dass die Ausgaben in der Titelgruppe 62 (Sonstige Zuweisungen und Zuschüsse nach dem KHGG NRW) bis zur Höhe hiesiger Einsparungen überschritten werden dürfen. Gleichzeitig wurde diese Titelgruppe aber in der Höhe des Haushaltsansatzes auf 700.000 € halbiert.

Auch im Hinblick auf den „Sonderfonds Krankenhäuser“ sollte zumindest endlich sichergestellt werden, dass wenigstens die deutlich verknappten Mittel bei den Krankenhäusern tatsächlich ankommen.

Darüber hinaus bleibt der Haushaltsvermerk Nr. 5 zum „Sonderfonds Krankenhäuser“ (Titelgruppe 80) kritisch zu bewerten. Es erfolgt eine Öffnung zur Nutzung der in der Titelgruppe 80 veranschlagten Verpflichtungsermächtigung in Höhe von 1 Mio. € im Hinblick auf die Titelgruppen 71 (Kofinanzierung von Zuschüssen im Rahmen des Gemeinschaftsprogramms mit der EU zur

Unterstützung der wirtschaftlichen und sozialen Umstellung der Gebiete mit Strukturproblemen - Ziel 2 (EFRE) Landesanteil) und 72 (Kofinanzierung der gemeinschaftlich mit der EU aus dem Europäischen Sozialfonds geförderten Maßnahmen (Landesanteil)) im Kapitel 15 020. Insofern besteht krankenseitig die Befürchtung, dass die Verpflichtungsermächtigung gegebenenfalls nicht für den Krankenhausbereich ausgenutzt wird und im Ergebnis für Titelgruppen in Anspruch genommen wird, die nur in Einzelfällen tatsächlich den Krankenhäusern und der Krankenhausversorgung zu Gute kommen.

Investitionsprogramm 2013

Mit Schreiben vom 29.05.2013 hat Ministerin Steffens der Landtagspräsidentin das Investitionsprogramm 2013 (Landtagsvorlage 16/911) mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zugesandt.

Die KGNW hatte bereits im Vorfeld zu einer entsprechenden Entwurfsfassung des Investitionsprogramms 2013 gegenüber dem MGEPA Stellung genommen.

Mit dem Investitionsprogramm 2013 sind Auszahlungen in Höhe von 190 Mio. € als Baupauschalenzahlung für alle förderfähigen Krankenhäuser veranschlagt, die ja auch in den Jahren seit Einführung der Baupauschale als Berechnungsgrundlage herangezogen wurden, auch wenn aufgrund der Übergangsbestimmungen zunächst nicht alle Krankenhäuser Mittel als Baupauscha-

le tatsächlich erhalten haben. Die Höhe der Ausgabemittel zur pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter beläuft sich wie in den letzten Jahren auf 293 Mio. €.

Mit Blick auf die im Haushalt eingestellten Mittel zur Krankenhausförderung hat die KGNW u. a. auch auf die einzelnen Inhalte der Stellungnahme der KGNW zum Haushaltsplanentwurf 2013 verwiesen. Rein rechnerisch besteht gegenüber dem Bedarf eine strukturelle Investitionslücke von jährlich annähernd 700 Mio. €. Dies wird weder der gesetzlichen Verpflichtung zur auskömmlichen Krankenhausförderung noch den Mitarbeitern in den Krankenhäusern gerecht.

Mit der „Berliner Petition für eine faire Krankenhausfinanzierung“ hat der Krankenhauspapier am 19.02.2013 in Berlin dies auch bestärkt und die Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene aufgefordert, die Unterfinanzierung der Krankenhäuser zu beenden und ein Zeichen der Wertschätzung für die Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen zu setzen.

Im Zuge der Evaluation KHGG NRW hatte die KGNW die Vergabe eines Forschungsauftrags mit der Zielsetzung, den jährlichen Fördermittelbedarf der förderungsfähigen nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu analysieren, vorgeschlagen. Ausweislich des Evaluationsberichts hat der Vorschlag leider keine Zustimmung gefunden, um unter anderem etwaig entstehende Streitigkeiten darüber, welche Folgerungen aus einem solchen Gutachten zu ziehen sind, die Grundlage zu entziehen. Dass eine wissenschaft-

liche Untersuchung mit Blick auf die daraus gegebenenfalls zu ziehenden Folgerungen unterbleibt, bedauern wir ausdrücklich. Die Ablehnung des Vorschlags sollte noch einmal überprüft werden.

Ausweislich des Evaluationsberichts soll geprüft werden, ob die Möglichkeit besteht, für Krankenhäuser – unabhängig von der Trägerschaft und eventueller weiterer Einschränkungen – ein eigenes Bürgerschaftsprogramm unter Federführung des MGEPA, was eine Ermächtigung im Haushaltsgesetz und einen Haushaltsansatz beinhaltet, aufzulegen. Dies begrüßt die KGNW ausdrücklich.

Monitoring zur Baupauschale - Abfrage 2012

Durch das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW), das am 29.12.2007 in Kraft getreten ist, hat die Förderung der Investitionskosten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen eine grundlegende Umstellung erfahren.

Mit der Einführung einer vollständig neuen, umfassend pauschalisierten Investitionsförderung beschreitet der nordrhein-westfälische Gesetzgeber seit dem Haushaltsjahr 2008 einen völlig neuen Weg.

Die KGNW hat die Umstellung der Förderung von Beginn an aktiv begleitet. Unter anderem wurde bereits im September 2009 ein erstes Monitoring zur Baupauschale durchgeführt. Dazu erfolgte eine differenzierte Befragung unter allen förderfähigen nordrhein-westfälischen Krankenhäusern.

Das Monitoring zur Baupauschale ist im Jahr 2012 wiederholt worden, um das aktuelle Meinungsbild der Verantwortlichen in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern im fünften Jahr der neuen Fördersystematik analysieren zu können. Der Zeitpunkt des Monitorings berücksichtigt dabei den Umstand, dass im Jahr 2012 erstmals seit Umstellung der Investitionsförderung in Nordrhein-Westfalen alle förderfähigen Krankenhäuser die Baupauschale erhalten.

Der Abschlussbericht über die Ergebnisse der Befragung 2012 ist im Sommer 2013 fertiggestellt worden. Die Mitglieder wurden mit Rundschreiben informiert.

Die Ergebnisse der Befragung sind für Nordrhein-Westfalen als repräsentativ zu werten, da die Rücklaufquote der Baupauschalenumfrage 2012 über 75 % beträgt und im Vergleich zur Baupauschalenumfrage 2009 noch einmal gesteigert werden konnte.

In der Gesamtschau lässt sich – wie bereits im Jahr 2009 – feststellen, dass die Förderung mittels Baupauschale von den ant-

wortenden Krankenhausvertretern grundsätzlich positiv bewertet wird. Dennoch bewerten die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser die Rolle der Baupauschale für eine Besserung der Unternehmenssituation deutlich zurückhaltender als noch im Rahmen der Baupauschalenumfrage 2009. Das im Vergleich zum Jahr 2009 unverändert gebliebene Gesamtvolumen von 190 Mio. € für Zwecke der Baupauschale wird nach wie vor als bei weitem nicht ausreichend angesehen, um die strukturelle Investitionsunterfinanzierung und den bestehenden Investitionsstau in Nordrhein-Westfalen abzubauen.

Die wesentlichen Ergebnisse konnten unter anderem bereits zur Untermauerung von krankenhauseseitigen Vorschlägen und Forderungen im Rahmen der Evaluierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) gegenüber dem MGEPA genutzt werden und sind damit ein wichtiger Baustein für die politische Diskussion über eine faire Krankenhausfinanzierung.

Evaluierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes

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.

Ministerin Steffens hat der Präsidentin des Landtags zum Jahreswechsel 2012/2013 einen Bericht zur Evaluierung des KHGG NRW vom 11.12.2007, zur Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren

auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZVV) vom 21.10.2008 und zur Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18.03.2008 vorgelegt übersandt. Die Unterlagen sind ebenfalls auf der Internetseite des Landtags veröffentlicht worden. Die KGNW hat über den Bericht mittels Rundschreiben umfassend informiert.

Einleitend fasst der Bericht zum KHGG NRW als Ergebnis aller eingegangenen Rückmeldungen zusammen, dass die Beteiligten zwar keinen grundsätzlichen Änderungsbedarf, durchaus jedoch das Erfordernis einzelner Anpassungen, sehen. Der Bericht greift nach der einleitenden Zusammenfassung die Schwerpunkte des KHGG NRW auf und bewertet im Weiteren die aus den Rückmeldungen abgeleiteten Anregungen entsprechend der Unterteilung des Gesetzes in die einzelnen Abschnitte.

Das MGEPA hat eine Novellierung der bestehenden Regelungen angekündigt, einen Zeitplan hierfür jedoch nicht bekannt gegeben. Ein erster diesbezüglicher Erörterungstermin zwischen Vertretern des MGEPA und der KGNW hat im Spätsommer stattgefunden.

Ausgleichsfonds

Verhandlungen zum Ausgleichsfonds 2014

Gemäß der Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sowie Festlegung des Ausbildungszuschlags für Ausbildungsstätten der in § 2 Nr. 1 a KHG genannten Berufe (Vereinbarung nach § 17 a Abs. 5 KHG) vom 20.12.2007 und den hierin zwischen den Verbänden der Kostenträger sowie der KGNW vereinbarten Verfahrensregelungen hat die KGNW die Datenerhebung zur Umsetzung des Ausgleichsfonds 2014 abgeschlossen.

Die Krankenhäuser in NRW sind mit Schreiben vom 26.06.2013 gebeten worden, die erforderlichen Daten – entsprechend der Prozedere in den vergangenen Jahren – zur Verfügung zu stellen.

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

Derzeit wird hierauf basierend, zwischen den Verbänden der Kostenträger und der KGNW, einvernehmlich eine Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2014 nach § 17 a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 KHG i. V. m. der Vereinbarung vom 20.12.2007 zu § 17 a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 bis 3 KHG getroffen.

Weiterhin wird die Liste der einzubeziehenden Krankenhäuser für die Umsetzung des Ausgleichsfonds im Jahr 2014 ebenfalls wieder mit dem MGEPA abgestimmt.

Ausgleichsverfahren für das Wirtschaftsjahr 2012

Für das Ausgleichsjahr 2012 ist es möglich – aufgrund der Liquiditätssituation des Fonds –, noch in diesem Jahr den Ausgleich mit den Krankenhäusern durchzuführen und zum 31.12.2012 das Jahr 2012 ausgleichstechnisch abzuwickeln. Die Krankenhäuser sind mit Schreiben vom 13.11.2013 über das Verfahren informiert worden.

Sobald die Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2014 geschlossen und der zuständigen Landesbehörde gemäß § 17 a Abs. 8 Satz 2 KHG zur Genehmigung vorgelegt wurde, erhalten alle Krankenhäuser per Einschreiben eine Information über die jeweilige Höhe der zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen an den Ausgleichsfonds bzw. bei ausbildenden Krankenhäusern über die jeweilige Höhe der monatlichen Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds.

Krankenhausorganisation, EDV und Statistik

Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse

Externe stationäre Qualitätssicherung

Seit nunmehr zehn Jahren ist die externe stationäre Qualitätssicherung in allen Bundesländern etabliert. Die insgesamt 30 Leistungsbe- reiche reichen von der ambulant erworbenen und im Krankenhaus behandelten Pneumonie bis zur Geburtshilfe und Versorgung Frühge- borener. Bundesweit wurden ca. 4 Mio. Daten- sätze zu 430 Qualitätskennzahlen erhoben, davon fast 1 Mio. in Nordrhein-Westfalen. Sie bilden die Basis eines umfassenden Qualitäts- vergleichs, der auch international einzigartig ist. Die QS-Arbeitsgruppen führen mit den Krankenhäusern einen intensiven Strukturier- ten Dialog, um aus auffälligen Ergebnissen zu lernen. Auf der 11. Ergebniskonferenz am 24.09.2013 in Düsseldorf konnte im Beisein der NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens und des unabhängigen Mitglieds des G-BA, Frau Dr. Regina Klakow-Franck, ein Blick in die Zukunft der Qualitätssicherung gewagt werden. Dabei wurden die verschiedenen Vor- stellungen der Partner in der Selbstverwal- tung gegenübergestellt.

Datenerfassung (Verfahrensjahr 2012)

An dem externen stationären Qualitätssiche- rungsverfahren gemäß § 137 SGB V haben sich für das Verfahrensjahr 2012 insgesamt 351 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen betei- ligt. Von diesen wurden in den 20 auf Landes- ebene betreuten indirekten Leistungsberei- chen 950.473 Datensätze (2011: 920.345; +3,27 %) für die Berechnung der Qualitätsindikato- ren mit zusammen 316 Qualitäts-kennzahlen

nach einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert. Auf dieser Datenbasis wurden von der Geschäftsstelle QS NRW 4.256 Kli- nikauswertungen elektronisch an die Kliniken versandt. In den 10 auf Bundesebene betreu- ten direkten Leistungsbereichen kommt noch einmal eine größere Anzahl von Datensätzen für 148 Qualitätskennzahlen hinzu.

Datenvalidierung (Verfahrensjahr 2012)

Im Rahmen der Datenvalidierung, in den Leistungsbereichen „Implantierbare Defib- rillatoren: Implantation“ und „Geburtshilfe“, wurden in 18 Krankenhäusern 299 Datensätze aus den Patienten-akten erneut erfasst und mit der ursprünglichen QS-Dokumentation verglichen. Es wurden keine systematischen Falschdokumentationen festgestellt. Bereits zum dritten Mal wurde im Rahmen des Struk- turierten Dialogs auch nach den Ursachen von „Über- und Unterdokumentation“ gefragt, das heißt, welche Gründe dazu führen, dass mehr oder weniger Datensätze dokumentiert wur- den, als in der Sollstatistik dargelegt.

Strukturierter Dialog (Verfahrensjahr 2012)

In 4.004 von 70.069 geprüften Fällen (2011: 3.316) wurde in NRW aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten der „Strukturierte Dialog“ eingeleitet. In diesem Zuge wurden 1.484 Hin- weise versandt und 2.520 Stellungnahmen an- gefordert. Dabei zeigte sich erneut, dass die Kliniken die Qualität der Leistungserbringung kontinuierlich verbessert haben. Im Rahmen des „Strukturierten Dialoges“ werden Kran-

kenhäuser auf Auffälligkeiten hingewiesen, zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, in wenigen Fällen ergänzend Klinikgespräche geführt und bei Verbesserungsbedarf Zielvereinbarungen geschlossen.

Abschlussbericht über den Strukturier-ten Dialog zum Verfahrensjahr 2011

Von der Geschäftsstelle QS-NRW wurde ein Bericht über die Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen für das Verfahrensjahr 2011 in der vorgegebenen bundeseinheitlichen Form erstellt und an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesandt. Der Bericht enthält unter anderem auch Detailanalysen zu 8 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 2.0

Die Qualitätsinitiative NRW 1.0 hatte durch Setzen von Themenschwerpunkten mit konkreten Zielen konkrete Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im Strukturier-ten Dialog sehr viel stärker auf bestimmte Indikatoren mit Verbesserungspotenzial fokussiert. Als Erfolg konnten fast durchweg Verbesserungen in den Ergebnissen der Qualitätssicherung erreicht werden. Deshalb hatten sich der Lenkungsausschuss und die medizinischen Arbeitsgruppen für eine Neuauflage ausgesprochen. Für die Verfahrensjahre 2012 bis 2014 haben deshalb die Arbeitsgruppen, die

AG QS-NRW und der Lenkungsausschuss QS-NRW, weitere Indikatoren für die „Qualitätsinitiative NRW 2.0“ ausgewählt.

Die Qualitätsinitiative NRW 1.0 hatte 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 vorgestellt werden.

Forschungs- und Entwicklungsauftrag zur Weiterentwicklung des Strukturier-ten Dialogs

Der GKV-Spitzenverband wird Ende 2013 die Geschäftsstelle QS-NRW mit einem Projekt zur Weiterentwicklung des Strukturier-ten Dialogs beauftragen. Das erste Projektziel heißt: Komplexität des Strukturier-ten Dialogs reduzieren (Schlagwort „weniger, aber intensiver“). Das zweite Projektziel lautet: Beschleunigung des Strukturier-ten Dialogs (Schlagwort „schneller entscheiden, ob einer rechnerischen Auffälligkeit ein Qualitätsmangel zugrunde liegt“). Dazu soll der Strukturier-ten Dialog flexibilisiert, die Betrachtung der Indikatoren nach Typ differenziert und die Dokumentationsqualität unmittelbar validiert werden. Drittes Projektziel ist eine Intensivierung der Analyse rechnerischer Auffälligkeiten vor dem Einstieg in den Strukturier-ten Dialog. Wichtige Nebenziele sind, dass auch durch das neue Vorgehen alle teilnehmenden Krankenhäuser gleichbehandelt werden und es möglichst zu einer deutlichen Reduzierung des bürokratischen Aufwands des Strukturier-

ten Dialogs kommt. Das übergeordnete Ziel kann man mit dem Schlagwort „schneller besser“ zusammenfassen.

11. Ergebniskonferenz QS-NRW

Die 11. Ergebniskonferenz QS-NRW am 24.09.2013 in Düsseldorf, die von 330 Teilnehmern aus Krankenhäusern, Selbstverwaltung und Politik besucht wurde, berichtete über die Ergebnisse des Verfahrensjahres 2012. Im Beisein der NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens und des unabhängigen Mitglieds des G-BA, Frau Dr. Regina Klakow-Franck, wurde ein Blick in die Zukunft der Qualitätssicherung gewagt. Die verschiedenen Vorstellungen der Partner in der Selbstverwaltung wurden gegenübergestellt und neben einigen Kontroversen wurden auch eine Reihe gemeinsamer Ziele deutlich. Am Nachmittag wurden in Workshops die Ergebnisse des Verfahrensjahrs 2012 und aktuelle Entwicklungen in den vier Themenfeldern „Chirurgie, Orthopädie, Dekubitus“, „Gynäkologie, Neonatologie“, „Kardiologie“ und „Pneumonie“ intensiv diskutiert.

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

Zum zweiten Mal wurden im Erfassungsjahr 2011 in 6 Leistungsbereichen PID-Daten (Patienten-Identifikationsdaten) erhoben. Diese wurden ab dem 01.04.2013 mit einem überarbeiteten XML-Verfahren übermittelt. Betroffen sind die Leistungsbereiche „Geburtshilfe“, „Neonatologie“, „Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“, „Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel“, „Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation“ und „Knie-Endoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel“. Die Daten der genannten 6 Leistungsbereiche wurden zunächst von der Vertrauensstelle des G-BA nach § 299 SGB V pseudonymisiert und an die Bundesauswertungsstelle beim Institut gemäß § 137a SGB V (AQUA-Institut) weitergegeben. Inzwischen hat das AQUA-Institut einen aktuellen Bericht vorgelegt, aus dem die Empfehlung hervorgeht, das XML-Verfahren auch für die übrigen Leistungsbereiche einzuführen.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

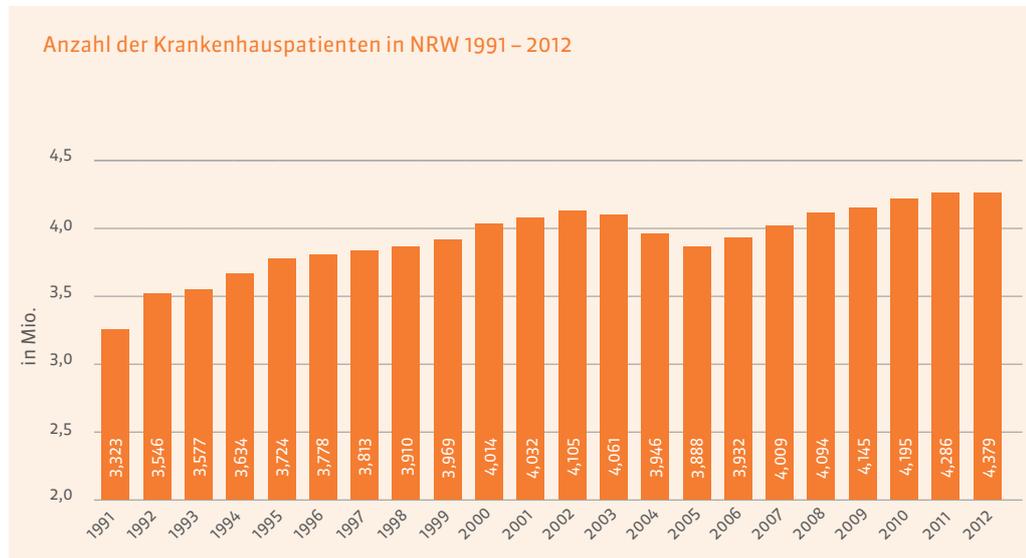
G-BA-Richtlinie sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-Richtlinie)

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

Richtlinie „Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V“ (Qesü-RL) verabschiedet.

Landesarbeitsgemeinschaft Qesü für Nordrhein-Westfalen:

In Nordrhein-Westfalen haben sich Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen,



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik in NRW, 2012

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 01.01.2015 bedarf es noch einer Finanzierungsvereinbarung und der Beauftragung der Geschäftsstelle.

Beteiligung an den Probetrieben zu den Qesü-Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie“

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 Nord-

rhein für die Erprobung der Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie“ ausgewählt worden. Die KGNW hat im Jahr 2012 aktiv interessierte Krankenhäuser gewonnen und parallel dazu die Voraussetzungen geschaffen, als Datenannahmestelle für die vom G-BA beschlossenen Probetriebe fungieren zu können. Organisatorische und technische Probleme haben den Beginn der Probetriebe für die drei Verfahren mehrfach verzögert. Die Erprobung des Verfahrens „Konisation“ wurde ausgesetzt, die des Verfahrens „Kataraktoperation“ konnte nur von niedergelassenen Ärzten getestet werden. Es hatten sich keine QS-Softwarehersteller gefunden, die die für die Erprobung benötigten QS-Module zur Verfügung stellen.

Probetrieb im Verfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiografie“

Gegenüber der Geschäftsstelle hatten zehn Krankenhäuser ihr Interesse an einer Teilnahme am Probetrieb „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiografie“ bekundet. Nachdem erst im Dezember 2012 ein Softwarehersteller zugesagt hatte, das benötigte QS-Modul zur Verfügung zu stellen, konnten mit drei Krankenhäusern vertragliche Vereinbarungen zur Teilnahme am Probetrieb abgeschlossen werden. Der geplante Beginn des Probetriebes wurde aus technischen Gründen noch zweimal verschoben. Zwei der drei Krankenhäuser mussten aus organisatorischen und technischen Gründen die weitere Teilnahme am Probetrieb kurzfristig absagen. In einem Krankenhaus konnten dann schlussendlich in der Zeit vom 01.03.2013 bis zum 10.06.2013 Daten für das Verfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Ko-

ronarangiografie“ erfasst und über die Datenannahmestelle und die Vertrauensstelle an die Auswertungsstelle versandt werden. Nach einer schriftlichen Befragung des Krankenhauses und einem Abschluss-workshop, den die Institution nach § 137 SGB V am 26.06.2013 in den Räumen der KGNW-Geschäftsstelle durchführte, wurde ein Abschlussbericht zum Probetrieb „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiografie“ von der Institution nach § 137 SGB V erstellt, der im G-BA intensiv diskutiert wurde. Die projektorganisatorischen und technischen Umsetzungsschwierigkeiten sind in dem Abschlussbericht beschrieben. Als Schlussfolgerung daraus hat der G-BA das gesamte Verfahren zur Einführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung überdacht. So soll von den drei Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie“ nur letzteres im Echtbetrieb umgesetzt werden. Die Einführung wird frühestens zum 01.01.2015 erwartet.

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

Weiterentwicklung des Indikatorensets

Im Berichtszeitraum 2013 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-Lip-

pe 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 Ende Februar 2013 beschlossene Verschlinkung des QR-Check-Indikatoren-Sets

wurde im Laufe des Jahres umgesetzt. Einschließlich der vertraglich vereinbarten nicht-kommerziellen Nutzung der GIQI-Indikatoren hat das Set nun insgesamt 249 Indikatoren. Weiterhin wurde beschlossen, zehn Patien-

tensicherheitsindikatoren neu in das Indikatoren-Set aufzunehmen und die GIQI-Indikatoren der Version 4.0 in das Set zu integrieren, die den teilnehmenden Krankenhäusern ab 2014 zur Verfügung stehen werden.

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V



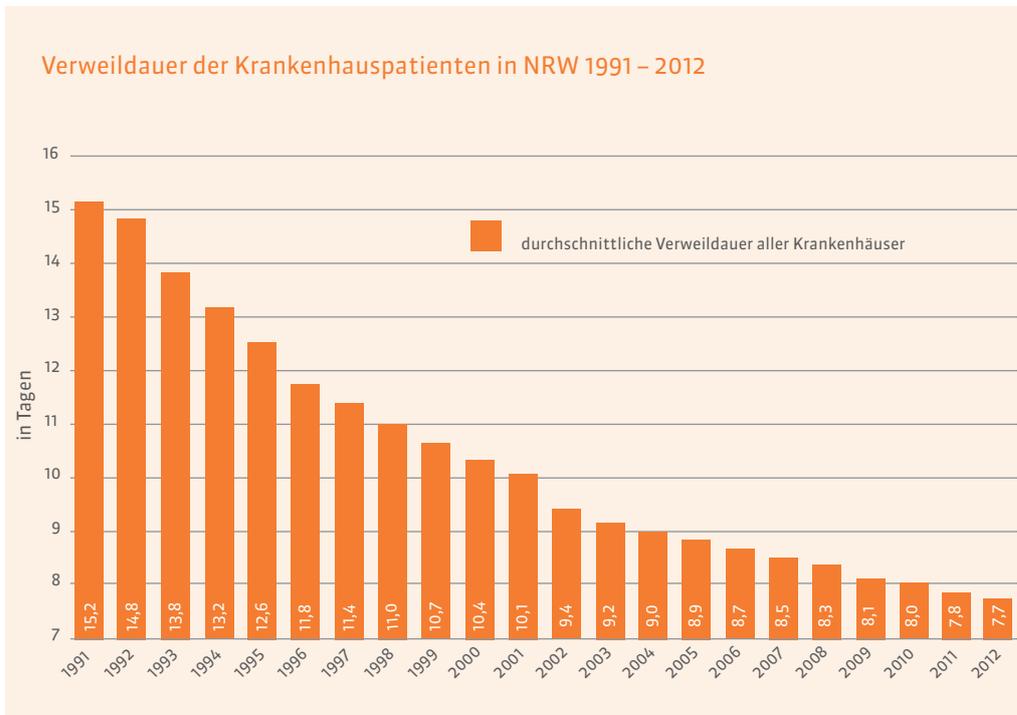
Die KGNW hat am 30.09.2013 über Zeitplan und Fristen bei der Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts informiert. Auf der Veranstaltung referierte Dr. Dirk Carstanjen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) über neue gesetzliche Regelungen.

Im Jahr 2013 – die Abgabefrist läuft wegen Verzögerungen bei der Beschlussfassung beim G-BA bis zum 15.02.2014 – sind die Krankenhäuser wieder verpflichtet, einen Strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V für das Jahr 2012 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu erstellen und diesen als XML-Dokument bei der Datenannahmestelle der Krankenkassen abzugeben.

Der G-BA hat bis Mitte 2013 über die Anforderungen zur Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichtes debattiert. Dabei hat die von

der DKG eingesetzte Arbeitsgruppe „Strukturierter Qualitätsbericht“, in der die KGNW mit drei Personen vertreten ist, die

Krankenhausvertreter in den G-BA-Gremien beraten und Verbesserungsvorschläge erarbeitet, mit dem Ziel, den Arbeitsaufwand für die Erstellung des Qualitätsberichtes für die Krankenhäuser zu reduzieren. So wurde die Verpflichtung zur Abgabe des Qualitätsberichtes im PDF-Format sowie der Teil D „Qualitätsmanagement“ gestrichen und viele Freitextfelder durch Ausfülllisten ersetzt.



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW), Information und Technik NRW, 2012

Auf manche Krankenhausträger kommt allerdings doch ein erhöhter Arbeitsaufwand bei der Erstellung der Qualitätsberichte zu, denn gegen den Widerstand der DKG wurde auf Drängen des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertreter die Verpflichtung eingeführt, für jeden im Feststellungsbescheid genannten Krankenhausstandort einen separaten Strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen.

Die KGNW hat am 30.09.2013 in Herne auf einer Informationsveranstaltung über Zeitplan und Fristen sowie über die wesentlichen Änderungen bei der Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts informiert. Mehr als 150 Mitarbeiter aus NRW-Krankenhäusern nutzten dieses Angebot.

Betreuung bei Fragen zur Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichtes

Krankenhäuser haben die Möglichkeit, den Strukturierten Qualitätsbericht mit dem Online-erfassungstool Internet Portal Qualitätsbericht (IPQ) der Deutschen Krankenhaus Trust-Center und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) kostenlos zu erstellen. Die Daten können von mehreren Personen dezentral bearbeitet werden. 172 Krankenhäuser in NRW, davon 30 in 2013 erstmals, nutzen dieses Tool. Die KGNW unterstützt von Anfang September bis zum letzten Abgabetermin am 15.02.2014 die Krankenhäuser in NRW bei der Erstellung der Qualitätsberichte durch telefonische und elektronische Beratung.

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

Auch im Jahr 2013 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

Wichtige Voraussetzungen für Direktmeldungen der Krankenhäuser sind geschaffen und eine an dem Meldeaufwand orientierte, abgestufte Meldevergütung für die Krankenhäuser pro gemeldete onkologische Neuerkrankung ist inzwischen vereinbart.

Auch in den einzelnen Krankenhäusern sind bezüglich der technischen Voraussetzungen weitere Fortschritte erzielt worden. In beiden Landesteilen steht die Möglichkeit für Direktmeldungen zur Verfügung und viele Krankenhäuser sind bereits „angeschlossen“.

Die im Juli 2011 veröffentlichte BQS-Spezifikation wurde vom AQUA-Institut fortgeschrieben und steht seit ersten Halbjahr 2013 in aktualisierter Form auf der Webseite des EKR NRW zur Verfügung. Somit sind die Hersteller aufgefordert, die aktualisierte Spezifikationen in ihre Dokumentationssoftware zu implementieren, um somit den Häusern eine automatisierte und aufwandsarme Meldung an das EKR NRW zu ermöglichen.

Eine Befragung der Krankenhäuser in NRW durch die Geschäftsstelle der KGNW zum Stand der technischen Voraussetzungen für elektronische Meldungen von Krebsneuerkrankungen an das EKR NRW brachte das Ergebnis hervor, dass zwei Drittel der antwortenden Häuser Meldungen an das EKR absetzen können. Allerdings beteiligten sich für ein repräsentatives Ergebnis mit 83 (Rücklaufquote: 20 %) Häusern zu wenige Einrichtungen an der Befragung. Hintergrund der Befragung war die in § 4 des Krebsregistergesetzes festgeschriebene Meldeverpflichtung der Ärztinnen und Ärzte bei Krebsneuerkrankungen und die Bestrebung der KGNW, die Umsetzung dieser gesetzlichen Regelung für die Krankenhäuser möglichst aufwandsarm zu gestalten. Die Verwendung indirekter Meldeverfahren (ONDIS und anderes Systeme), des neuen Direktmeldeverfahrens über die in die entsprechende QS-Software implementierte BQS-GEKID-Spezifikation bzw. der Direkteingabe über EpiCan und der HL7-ADT-EpiCan-Schnittstelle ist annähernd gleichmäßig verteilt.

Die unterschiedlichen technischen Voraussetzungen und Meldeverfahren in den Landesteilen Westfalen-Lippe und Nordrhein spiegeln sich jedoch in den Befragungsergebnissen wieder. Im Landesteil Nordrhein befinden sich die elektronischen Meldewege noch im Aufbau. Hier können erst 44 % der

Häuser Meldungen auf elektronischem Weg an das EKR senden, da das in Westfalen-Lippe (hier können bereits 92 % der Häuser elektronische Meldungen an das EKR senden) bereits in der Vergangenheit genutzte und etablierte ONDIS-Verfahren dort nicht bzw. nur in Einzelfällen eingesetzt wird.

7. Krankenhaus-Qualitätstag NRW am 03.07.2013 in Bochum



Frau Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Leiterin des Qualitätsmanagements bei den Sana Kliniken, zeigte an vielen Beispielen für konkrete Maßnahmen die positiven Effekte des Qualitätsmanagements für die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Nur durch ein funktionierendes und von allen Mitarbeitern gelebtes Qualitätsmanagement seien die Krankenhäuser in einem durch Kostendruck und Arbeitsverdichtung geprägtem Umfeld in der Lage, die Behandlungsqualität auf hohem Niveau zu erhalten. Dies war das Fazit des mit 100 Teilnehmern gut besuchten 7. Krankenhaus-Qualitätstages am 03.07.2013 in Bochum. Der Nutzen von Qualitätsmanagement und die sachgerechte Organisation eines Qualitätswettbewerbes waren die beherrschenden Themen am Vormittag.

Frau Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Leiterin des Qualitätsmanagements bei den Sana Kliniken, zeigte an vielen Beispielen für konkrete Maßnahmen die positiven Effekte des Qualitätsmanagements für die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, sowie für die Steuerbarkeit der Behandlungsprozesse auf. Frau Dr. Haeske-Seeberg ist überzeugt, dass die Krankenhäuser sehr schnell wieder in den Modus professioneller Improvisation umschalten würden, wenn es kein Qualitätsmanagement mehr gäbe. Die Steuerbarkeit der Prozesse und die anderen Vorteile wären schnell verspielt.

Herr Dorian Doumit vom GKV-Spitzenverband präsentierte die Ergebnisse einer Literaturrecherche zum Nutzen von Maßnahmen des Qualitätsmanagements. Das „Kompetenzzentrum Qualitäts-sicherung/Qualitätsmanagement der MDK Gemeinschaft“ hatte diese Recherche im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführt. Danach ließen sich nur sehr wenige Nachweise für den Nutzen von QM finden, zumindest wenn man den Nutzen an einer Verbesserung der Ergebnisqualität für die Patienten festmachen würde. Aber in einem sich ständig verändernden komplexen Kontext, wie der Gesundheitsversorgung, sei es sehr schwer einen statistischen und darüber hinaus einen kausalen Zusammenhang zwischen QM-Maßnahme und medizinischer Ergebnisqualität nachzuweisen.

Herr Dr. Christoph Veit vom BQS-Institut ging in seinem Vortrag der Frage nach, wie

qualitätsorientierte Leistungsvergütung gestaltet werden müsse, damit sie im Sinne einer Qualitätsverbesserung wirksam ist, nur geringe Nebenwirkungen hat und wenig Fehlanreize bietet. Qualitätsorientierte Leistungsvergütung sei kein Allheilmittel für die Probleme der Gesundheitsversorgung, da die primäre Motivation der Leistungsbringer nicht durch finanzielle Anreize ersetzt, sondern höchstens verstärkt werden könne. Notwendige Voraussetzung für den Erfolg solcher Modelle seien konkrete Qualitätsziele und daraus abgeleitete valide und nicht manipulierbare Messgrößen.

In den Nachmittagsworkshops wurden die Themen „Organisationsentwicklung oder Prozessoptimierung?“, „Qualitätssicherung mit Routinedaten in der praktischen Anwendung“ und „Patientensicherheit“ intensiv diskutiert.

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

Das am 30.09.2012 auf der KGNW-Fachtagung „Praxisdialog CIRS im Krankenhaus“ gestartete Projekt CIRS-NRW hat sich in 2013 sehr gut weiterentwickelt. Zu den Projektpartnern KGNW, Ärztekammer Nordrhein und Ärztekammer Westfalen-Lippe sind im Februar 2013 noch die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe hinzugekommen. Damit ist CIRS-NRW das erste landesweite einrichtungs- und sektorenübergreifende internetbasierte Berichts-

und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Gesundheitsversorgung, das von allen großen Verbänden der Leistungserbringer getragen wird. Auf www.cirs-nrw.de haben alle Professionen der Gesundheitsversorgung in NRW die Möglichkeit, kritische Ereignisse bei der Behandlung von Patienten zu berichten.

Unter Federführung der KGNW wurde ein Konzept für die Öffentlichkeitsarbeit von CIRS-NRW erarbeitet. Zudem wurde ein Fly-

er entwickelt, der CIRS-NRW vorstellt und zum Mitmachen aufruft. Dieser Flyer (insgesamt 50.000 Exemplare) wurde zusammen mit einem gemeinsamen Schreiben der CIRS-NRW-Partner an alle Geschäftsführer und Chefärzte von Krankenhäusern sowie an alle niedergelassenen Ärzte verteilt.

Das Berichtsformular zum Melden von kritischen Ereignissen wurde auf Vorschlag von Praktikern aus dem Krankenhaus um einige Eingabefelder verschlankt. Eine Überarbeitung und Verbesserung des Layouts für das Internet-Portal CIRS-NRW wird vorbereitet und soll bis Jahresende umgesetzt sein.

Eine weitere Projektgruppe hat eine Fortbildungsveranstaltung mit dem Titel „Umgang mit kritischen Ereignissen in Organisationen der Gesundheitsversorgung (Sicherheitskultur)“ erarbeitet. Für diese Fortbildungsmaßnahme wurde eine besondere didaktische Methode zur Strukturierung von Diskussionsprozessen (Fishbowl) in größeren Gruppen genutzt. Dafür wurden 13 Moderatoren ausgebildet. Diese sollen Fortbildungsveranstaltungen in und mit den verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung moderieren. Diese Fortbildung wird von den CIRS-NRW-Partnern in unterschiedlichen Settings angeboten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten die Fortbildung im Rahmen von Qualitätszirkeln bzw. als Einheit in der Moderatorenschulung für Qualitätszirkelleiter an. Die KGNW führt die Fortbildungsveranstaltung in Zusammenarbeit mit einzelnen Krankenhäusern im Rahmen der hausinternen Fortbildung durch. Die Fortbildungsveranstaltung wird mit einem einheitlichen Fragebogen evaluiert. Zum Ende des Jahres soll auf der Grundlage der Eva-

luationsergebnisse über die Weiterentwicklung des Fortbildungsprogrammes beraten werden.

Im Juli 2013 wurde aus Vertretern der CIRS-NRW-Partner und Qualitäts- bzw. Risikomanagern aus Krankenhäusern und Praxen eine „CIRS-Gruppe NRW“ gebildet, die aus den bei CIRS-NRW eingegangenen Meldungen besonders lehrreiche Fälle aufgreift und als „Bericht des Quartals“ darstellt und kommentiert. Der Bericht des Quartals wird in den Verbandspublikationen der CIRS-NRW-Partner vorgestellt.

Im ersten Jahr des Bestehens von CIRS-NRW sind in das Berichtssystem mehr als 100 Meldungen eingegeben worden. Zusammen mit den Meldungen aus dem Vorgänger-System CIRS-medical WL sind in CIRS-NRW 304 Berichte eingestellt. Das ÄZQ, das CIRS-NRW fachlich und organisatorisch betreut, bewertet die Entwicklung von CIRS-NRW als erfolgreichen Start des Projektes.

Zum einjährigen Bestehen von CIRS-NRW fand am 18.11.2013 der erste CIRS-NRW-Gipfel im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Vor mehr als 200 Teilnehmern aus Krankenhäusern und Praxen stellte Frau Dr. Klakow-Franck, das unparteiische Mitglied im G-BA, die Mindeststandards vor, die ein einrichtungsübergreifendes CIRS zukünftig erfüllen muss. Der Gesetzgeber hatte den G-BA durch das Patientenrechtegesetz beauftragt, diese Mindestanforderungen festzulegen. In einer Podiumsdiskussion bekräftigten die Vertreter der CIRS-NRW-Partner ihren Willen, das erfolgreich begonnene Projekt weiterzuführen und appellierten an alle Teilnehmer, sich aktiv zu beteiligen und Berichte in CIRS-NRW einzustellen.

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 (Telematikinfrastruktur i. S. v. § 291a Abs. 7 S.1 SGB V) im deutschen Gesundheitswesen. Diese Strukturen der Gesundheitstelematik werden in den nächsten Jahren stufenweise entwickelt und eingeführt.

Nach aktuellem Informationsstand wird der Zuschlag in allen drei Losen seit April 2012 laufenden, gegliederten Ausschreibung des Teilnahmewettbewerbs im Vergabeverfahren zur Erprobung der ersten Stufe der Telematikinfrastruktur (Online-Rollouts (Stufe 1)) bis Ende des vierten Quartals 2013 erfolgt sein. Das Vergabeverfahren zur Entwicklung der nächsten Kartengeneration ist bereits abgeschlossen. Für die Personalisierung und die sichere Ausgabe von Heilberufsausweisen und Institutionskarten für Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser mit einer sicheren und automatischen Echtheitsprüfung der Karten wurden zwei Konzerne beauftragt.

Spätestens zehn Monate nach der Zuschlagserteilung für den Online-Rollout (Stufe 1) soll nach derzeitiger Planung dann die Erprobung

im Echtbetrieb in zwei Testregionen starten. Diese umfasste die Entwicklung, den Aufbau und den Betrieb einer Telematikinfrastruktur unter Einbeziehung aller relevanten Akteure, darunter u. a. neben den sonstigen Leistungserbringern auch die deutschen Krankenhäuser und ihre Verbände. 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. Die Testregion Nordwest wird aus den Ländern Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, die Testregion Südost aus Sachsen und Bayern bestehen.

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.

Stufenplan „Nutzung der Telematikinfrastruktur 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 Telematikinfrastruktur (TI) für das Gesundheitswesen in NRW und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen, in der hiesigen Testregion neben den von der Gematik vorgesehenen Test- und Erprobungsverfahren u. a. nutzerorientierte Telematikanwendungen 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 Telematikinfrastruktur 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 Telematikinfrastruktur und ihre Anwendungen gewährleistet werden.

Aufgrund der Verzögerungen im Vergabeverfahren und dem damit zeitlich nach hinten verschobenen Beginn des Erprobungsverfahrens fanden im Jahr 2013 keine Arbeitsgruppensitzungen statt. In Vorbereitung des für das vierte Quartal 2014 geplanten Beginns des Erprobungsverfahrens werden die Arbeitsgruppen ihre Arbeit in 2014 fortsetzen.

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 Telematikinfrastruktur begleiten mit dem Ziel, die Praxistauglichkeit der Telematik-Anwendungen in der Testregion sichern.

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

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 Fallakte“ (EFA), das ab 2006 von mehreren privaten Klinikträgern mit Unterstützung des Fraunhofer-Instituts ISST in Dortmund konzipiert wurde, ist in 2013 vom Verein elektronische Fallakte e. V., dem neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft u. a. auch die KGNW als Mitglied angehört, kontinuierlich

weiterentwickelt worden. Hieran sind auch mehrere NRW-Krankenhäuser beteiligt.

So wurde mit der elektronischen Fallakte Version 2.0 (EFA 2.0) der aktuelle Standard als IHE-kompatible gemeinsame Weiterentwicklung von bvitg, IHE Deutschland und EFA-Verein auf der diesjährigen conhIT 2013 präsentiert.

Die KGNW hat ihre unterstützende Mitarbeit auch im Jahr 2013 u. a. durch ihre Mitgliedschaft und Mitarbeit 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“ im Jahr 2011 einen Leitfaden zum Thema.

Dieser Leitfaden erschien im Juli 2013 in 2. Auflage und wurde den Mitgliedskrankenhäusern in elektronischer Form im Mitgliederbereich der KGNW zur Verfügung gestellt. Die Überarbeitung wurde notwendig, weil die Europäische Kommission im Januar 2012 eine Präzisierung der EU-Medizinprodukterichtlinien vorgenommen hatte. Die Geschäftsstelle der KGNW bezog bei der Überarbeitung Experten aus der Medizintechnik und der Informationstechnologie aus der Kommission „Informations- und Medizintechnik im Krankenhaus“ ein.

Zudem wurde in der Diskussion des Themas im fachübergreifenden Gremium deutlich, wie eng die Bereiche Informationstechnik und Medizintechnik im Krankenhausalltag miteinander verzahnt sind. Für die Zukunft ist ein besserer Austausch zwischen den Abteilungen wünschenswert und eine Überarbeitung bestehender Prozesse in den IT-Abteilungen notwendig.

Risikomanagement in medizinischen IT-Netzwerken

Die im November 2011 in deutscher Sprache erschienene DIN EN 80001-1:2011 – Anwendung des Risikomanagements für IT-Netzwerke, die Medizinprodukte beinhalten“ beschreibt, 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 zum Beispiel 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 praxisnaher Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser in 2011 stand auch im vergangenen Jahr die Mitarbeit auf natio-

naler und internationaler Ebene an den sogenannten Technischen Berichten zur Norm (Technical Reports) im Vordergrund. Hierbei konzentriert sich internationale Mitarbeit der entsprechenden Arbeitskreise der DKE unter KGNW-Beteiligung aktuell auf die Do-

kumente „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“.

Erweiterung der Kommission „Informations- und Medizintechnik im Krankenhaus“ der KGNW

Die Kommission Informations- und Medizintechnik wurde nicht nur inhaltlich sondern auch personell den Herausforderungen, die aus der zunehmenden Verzahnung der Themenfelder Informations-technik und Medizintechnik entstehen, angepasst. Vier Vertreter der Medizintechnik aus unterschiedlichen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen wurden in die Kommission berufen und erweitern damit den fachlichen Hintergrund der Kommission in allen die Informations- und Medizintechnik betreffenden Themen.

Datenübermittlung nach § 301 SGB V – Rahmenvereinbarung mit dem PKV-Verband zur Datenübermittlung von Abrechnungsdaten in Verbindung mit § 17c KHG

Auch im Jahr 2013 waren eine Reihe von Schlüsselfortschreibungen und Nachträgen umzusetzen. Im Regelfall beinhalten diese Ergänzungen zu Entgeltschlüsseln sowie Korrekturen für stationäre und ambulante Entgeltarten sowie Entgeltschlüssel für neue bzw. geänderte EBM-Ziffern.

Von besonderer Bedeutung auch hinsichtlich der vielfachen Nachfragen aus dem Mitgliederbereich war in 2013 der Abschluss der Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei Krankenhausleistungen für selbstzahlende Patienten, die von der Möglichkeit der Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und privatem Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen.

Der Beitritt der Krankenhäuser sollte zum 01.07.2013 erfolgen; ab dem 01.04.2013 war ein Testverfahren für Krankenhäuser, privaten Krankenversicherungsunternehmen und den beauftragten Trust Centern vorgesehen.

Mit der Rahmenvereinbarung haben die DKG und der Verband der Privaten Krankenversicherungen die Einzelheiten der Übermittlung der Daten entsprechend § 301 SGB V auf elektronischem Wege und zur Direktabrechnung zwischen Krankenhäusern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung geregelt. Hintergrund hierfür ist die gesetzliche Verpflichtung nach § 17c

Abs. 5 KHG. Daraus ergibt sich eine Verpflichtung der Krankenhäuser, bei Abrechnung von Fallpauschalen und Zusatzentgelten mit selbstzahlenden Patienten die Daten entsprechend § 301 SGB V auf dem Wege des elektronischen Datenaustauschs an das PKV-Unternehmen zu übermitteln, wenn der Versicherte von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht und schriftlich seine Einwilligung erklärt hat.

Aus den Rückfragen der Krankenhäuser war zu entnehmen, dass insbesondere hinsichtlich der Fragen nach der grundsätzlichen Verbindlichkeit der elektronischen Datenübermittlung bei PKV-Versicherten sowie der Verbindlichkeit der Rahmenvereinbarung zwischen DKG und PKV-Verband große Unsicherheit bestand. Mit mehreren Rundschreiben hat die KGNW darüber informiert, dass die Verbindlichkeit immer dann gegeben ist, wenn ein selbstzahlender Patient

die von seinem privaten Krankenversicherungsunternehmen gebotene Möglichkeit zur direkten Abrechnung nutzen möchte und gegenüber dem Krankenhaus schriftlich seine Einwilligung zur elektronischen Datenübertragung erklärt. Der Beitritt zur Rahmenvereinbarung selbst ist zwar nicht gesetzlich vorgegeben und daher freiwillig, in der Praxis ist die Schaffung/Beauftragung und Akzeptanz einer individuellen Lösung allerdings unwahrscheinlich oder zumindest fraglich.

Aufgrund der inzwischen großen Zahl an Versicherten, die potenziell für die Datenübermittlung entsprechend der Rahmenvereinbarung in Frage kommen, werden Versicherungsunternehmen die elektronische Form der Datenübermittlung künftig vermehrt erwarten und einfordern. Aus diesem Grund hat die KGNW ihren Mitgliedshäusern den Beitritt zur Rahmenvereinbarung empfohlen.

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. 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.

Im Rahmen eines gemeinsamen Projektes der Landeskrankenhausgesellschaften und der DKG erhebt die DKTIG unter der Bezeichnung „Kalkulation deutscher Relativgewichte“ jährlich die DRG-Ganzjahresdaten des Vorjahres. Für die DKG ist es wichtig, dass

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

Die KGNW hat sich auch in 2013 an diesem Projekt beteiligt, die Daten der teilnehmenden Krankenhäuser zweckgebunden bei ihren Mitgliedshäusern erhoben und diese im Anschluss an die DKTIG weitergeleitet.

Für die Kalkulation des Landesbasisfallwerts werden die DRG-Daten jährlich auch von der

KGNW erhoben, um im Rahmen der Verhandlungen der Argumentation der Kostenträger oder auch in einem potenziellen Schiedsverfahren begegnen zu können. Für das Jahr 2012 stellten wiederum mehr als 90 % der dazu aufgeforderten Häuser ihre Daten für dieses Projekt zur Verfügung. Die Daten werden im Rahmen eines gemeinsamen Projektes der deutschen Landeskrankengesellschaften zentral von der dazu beauftragten Deutschen Krankenhaus Trustcenter und Informationsverarbeitung GmbH in Saarbrücken strukturiert, gruppiert und aufbereitet.

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

Datenerhebung zur Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV)

Die KGNW erhebt jährlich von allen Mitgliedskrankenhäusern die Grunddaten zur Krankenhausstatistik gemäß § 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. 310 beim Landesbasisfallwert berücksichtigungsfähigen Träger für deren angeschlossene DRG-Krankenhäuser. Die Daten werden entweder direkt bei dem Krankenhausträger oder über die Krankenhauszweckverbände erhoben und intern in einer eigens hierfür entwickelten Datenbank verarbeitet und aufbereitet.

Informationsbörse der KGNW zu krankenhausindividuellen Entgelten

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

In 2012 erfolgte die Bekanntgabe der Auswertungsergebnisse für das Budgetjahr 2012 im Juli.

IT-Trends – Health Telematics 2013

Im Rahmen des Kongresses „IT-Trends Medizin/Health Telematics 2013“ am 25.09.2012 in Essen beteiligte sich die KGNW als Kooperationspartner und wirkte aktiv bei der Besetzung der Fachforen mit, um diese durch Praxisberichte aus den Krankenhäusern zu bereichern. Neben einigen Referenten, die über Projekte in Krankenhäusern in NRW berichteten, stellte die KGNW 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 ausgewählter Impulsvorträge zu den Themen „Nutzer- und Patientenorientierung“

und „Telemedizin“ stimmte unter anderem Herr Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel aus Sicht der Krankenhäuser mit einem Vortrag zur Wichtigkeit akzeptanzsteigernder Maßnahmen zur Förderung von Telematik und Telemedizin in der praktischen Anwendung, die Kongressbesucherinnen und -besucher auf die Fachvorträge und Diskussionen des diesjährigen Fachkongresses ein. Die über 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hörten Beiträge zu aktuellen Telemedizin-Projekten im Gesundheitswesen, Telemedizin, 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 sollen den datenschutzkonformen Umgang mit elektronischen Patientendaten im Krankenhaus regeln und den Landesbeauftragten für den Datenschutz Leitlinien an die Hand geben, anhand denen 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. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat unter Mitarbeit der KGNW Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser in Deutschland erarbeitet. Diese sind in Abstimmung mit den für die OH KIS verantwortlichen Stellen bei den Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder entwickelt worden und sollen bis Ende des Jahre 2013 konsentiert sein. Im Frühjahr 2014 planen die Datenschützer einen Review ihrer Orientierungshilfe. Nach deren Veröffentlichung wird die KGNW auch die Konsultationen auf Landesebene mit dem Landesbeauftragten für den Datenschutz und Informationsfreiheit NRW (LDI NRW) fortsetzen, die im gegenseitigen Einvernehmen derzeit ruhen, um die Entwick-

lung auf Bundesebene abzuwarten. Auch die kirchlichen Häuser, für die gesonderte Datenschutzrichtlinien gelten, sollen in den Konsultationen mit dem LDI NRW einbezogen werden.

Mitwirkung in der AG Krankenhaus-Informationstechnik der DKG

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft initiierte auf Empfehlung ihres Fachausschusses für „Daten-Information und -Kommunikation“ eine Arbeitsgruppe „Krankenhaus-IT“, die sich mit den in der Krankenhaus-IT vorherrschenden Themen befasst und im Sinne aller Krankenhäuser in Deutschland Handlungsleitfäden und Umsetzungshinweise zu speziellen aktuellen Themen erarbeiten soll. Somit sollen neben einem einheitlichen Vorgehen der Krankenhäuser auch Informationsangebote für Häuser angeboten werden, die nicht die Möglichkeit haben, jede Entwicklung mitzunehmen. Erste Ergebnisse konnten mit der Erarbeitung der Umsetzungshinweise zur DIN ISO 80001 zum Risikomanagement in medizinischen IT-Netzwerken sowie jetzt zur Datenschutz-Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme verzeichnet werden.

Krankenhausstatistik

Auswertung der planungsrelevanten Daten 2012

Für das Berichtsjahr 2012 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 voraussichtlich im Januar 2014 abgeschlossen und wird dann im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung stehen.

Auswertung der Betten und Patientenbewegungen 2012

Die KGNW erhebt jährlich die Grunddaten gemäß KHStatV von allen Mitgliedskrankenhäusern, um sie im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben, insbesondere bezüglich krankenhauplanerischer Fragestellungen, auszuwerten. Bisher mussten die Krankenhäuser die KHStatV-Grunddaten zusätzlich an die KGNW senden. Um das Verfahren der Datenübermittlung für die Krankenhäuser zu vereinfachen, hatte es im Jahr 2012 mehrere Gespräche mit Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) gegeben. Auch seitens der KGNW-Gremien wurde dieser Vorschlag begrüßt, sodass im September 2012 eine entsprechende Vereinbarung mit

IT.NRW unterzeichnet werden konnte. Darin wurde geregelt, dass die Daten zur Krankenhausstatistik zukünftig über IT.NRW zur Verfügung gestellt werden, sofern der Krankenhausträger sein Einverständnis zur Weitergabe der Daten gemäß § 3 und § 4 KHStatV gibt. Dieses vereinfachte Verfahren reduziert den Verwaltungsaufwand im Krankenhaus und bei der KGNW, außerdem werden die KGNW-seitigen Auswertungen auf gleicher Datenbasis wie jene von IT.NRW erstellt. Auch bei den Krankenhausträgern ist die neue Verfahrensweise positiv aufgenommen worden, denn es haben 99 % unserer Mitglieder die entsprechende Einverständniserklärung unterschrieben. Die Vereinbarung wurde 2013 umgesetzt, sodass mit dem Berichtsjahr 2012 die Daten zur Krankenhausstatistik erstmalig über IT.NRW an die KGNW übermittelt und dann entsprechend ausgewertet werden konnten.

Nach Abschluss der Datenauswertung zur Zahl der Krankenhausbetten, Berechnungs- und Belegungstage sowie der Patientenbewegungen (vollstationär) nach Fachgebieten konnten die Übersichten und Berichte zum Berichtsjahr 2012 im März 2014 im geschützten Bereich des Mitglieder-Services als Download zur Verfügung gestellt werden.

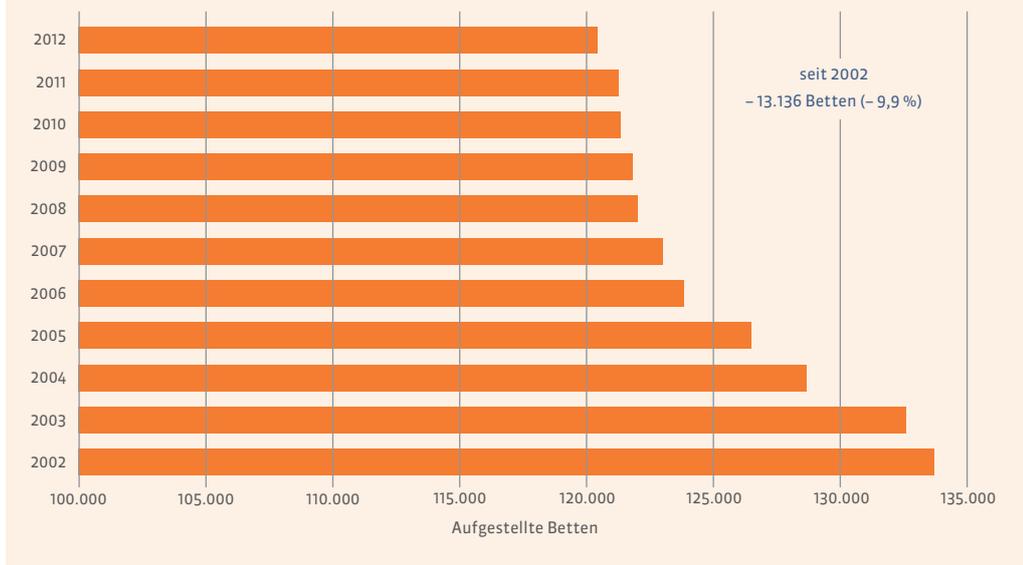
Die wesentlichen Ergebnisse im Überblick:

Die wesentlichen Ergebnisse, die teilweise von den offiziellen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes und dem Geschäftsbereich Statistik von Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) abweichen, sind nachfolgend dargestellt.

Bei den vollstationär behandelten Patienten war im Jahr 2012 erneut ein Anstieg zu verzeichnen. Die Fallzahl stieg um 2,0 % auf insgesamt 4.363.002 Fälle. Die Berechnungs- und Belegungstage sind 2012 beinahe konstant geblieben, sie erhöhten sich um 0,1 % gegenüber dem Jahr 2011.

Während die Zahl der Krankenhausfusionen weiter zugenommen hat, ist die Zahl der Krankenhausbetten nur geringfügig zurückgegangen. Die aufgestellten Betten reduzierten sich von 120.877 im Jahr 2011 auf nunmehr 120.236 im Jahr 2012 (Abbildung 1).

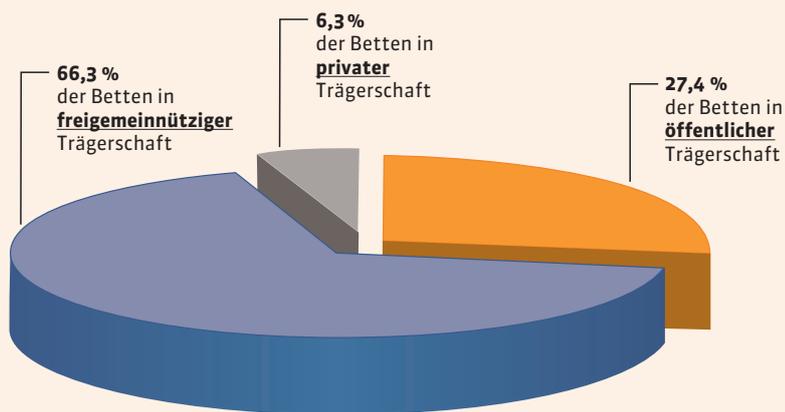
Abbildung 1: Entwicklung der aufgestellten Betten in NRW seit 2002
(Mitgliedskrankenhäuser der KGNW)



Quelle: Eigene Abfragen KGNW.

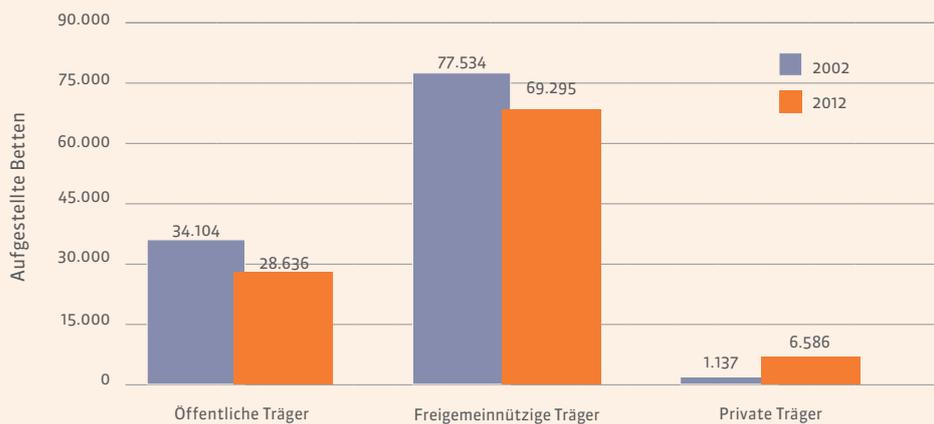
Wie sich in unserem Mitgliederbereich die Krankenhausbetten der Allgemeinkrankenhäuser derzeit auf die Krankenhausträger verteilen, verdeutlicht die Abbildung 2.

Abbildung 2: Aufgestellte Betten 2012 in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft (Mitgliedkrankenhäuser der KGNW)



Die Krankenhauslandschaft hat sich im Verlauf der vergangenen Jahre vielfältig gewandelt. Die Abbildung 3 zeigt, wie sich die Zahl der Betten je Träger in der Zeit von 2002 bis 2012 verändert hat.

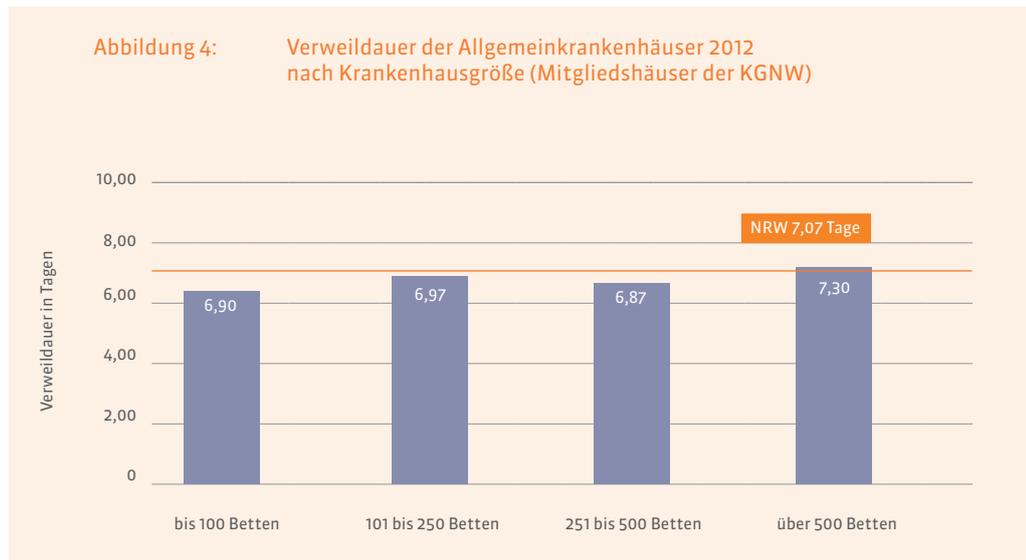
Abbildung 3: Bettenveränderung der Allgemeinkrankenhäuser Vergleich der Jahre 2002 und 2012 nach Trägerschaft



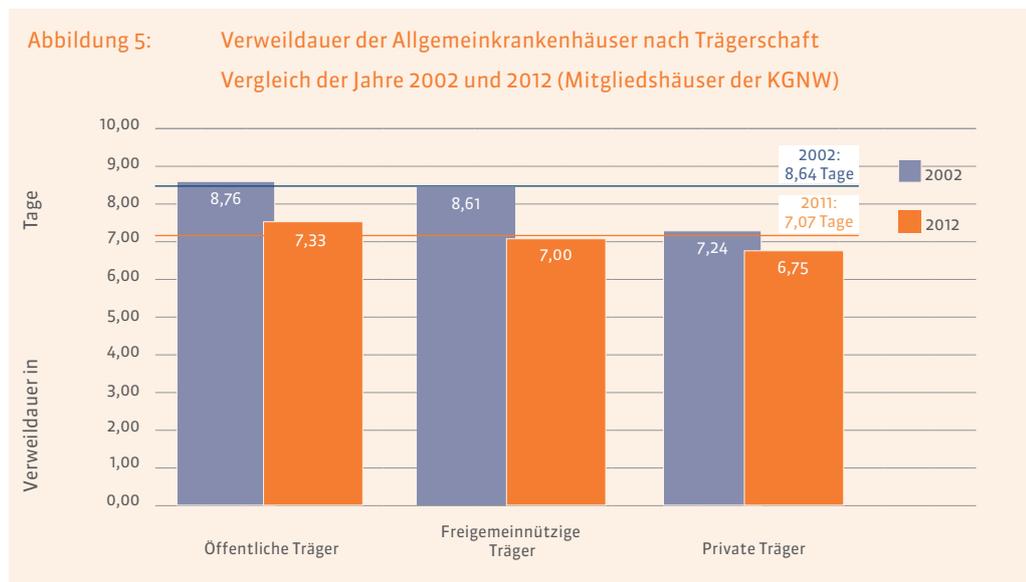
Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

Während die Patienten in unserem Mitgliederbereich im Jahr 2012 durchschnittlich 7,68 Tage im Krankenhaus behandelt wurden, waren es in den Allgemeinkrankenhäusern nur durchschnittlich 7,07 Tage, letzteres ist eine Reduzierung um 1,8 % gegenüber 2011.

Wie aus der Abbildung 4 ersichtlich ist, differiert die durchschnittliche Verweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern mit einer Krankenhausgröße bis 500 Betten nur in geringem Umfang.



Die Abbildung 5 zeigt, wie sich die Verweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern, abhängig von der Trägerschaft, seit 2002 verändert hat.



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

Eine Verteilung unserer Mitgliedskrankenhäuser auf Fallzahl-Gruppen, basierend auf die im Jahr 2012 behandelten stationären Patienten, wird in der Abbildung 6 dargestellt.

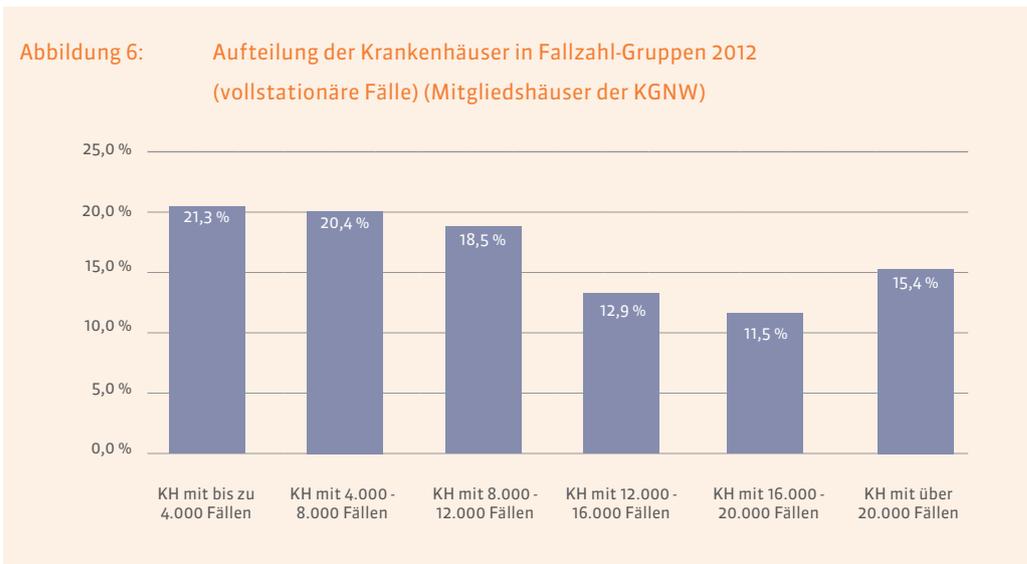
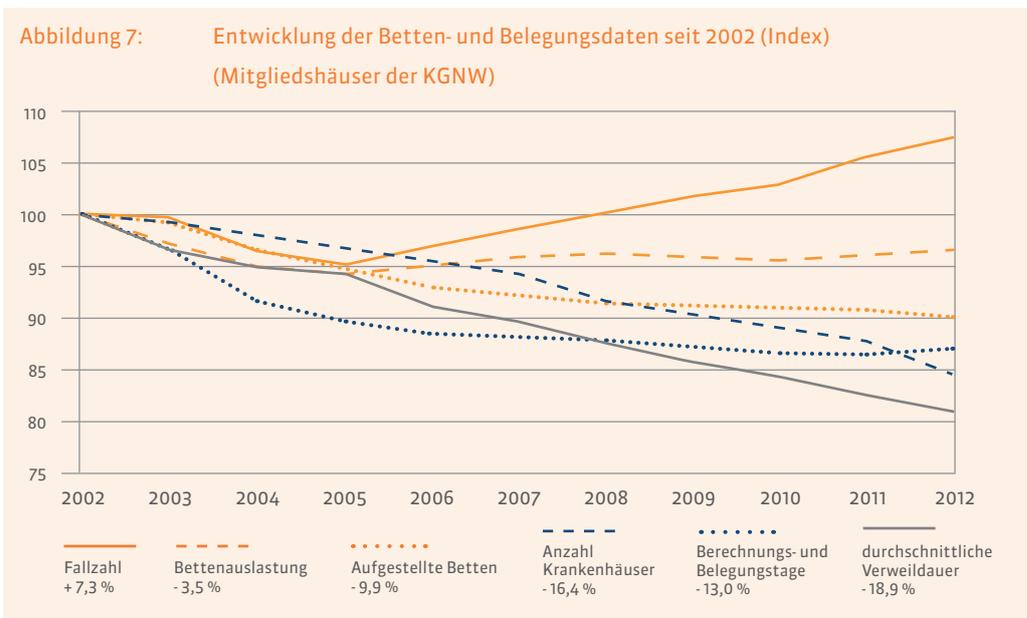


Abbildung 7 verschafft zusammenfassend einen Überblick über die Entwicklung der statistischen Kennziffern unserer Mitgliedskrankenhäuser der letzten zehn Jahre.



Quelle: Eigene Abfragen, KGNW

In welchen Fachgebieten und in welchem z. T. erheblichen Umfang die Verweildauer in den vergangenen Jahren in Allgemeinkrankenhäusern sich reduziert hat, macht ein Vergleich der Jahre 2002 und 2012 deutlich.

Gebiet	Allgemeinkrankenhäuser			
	Verweildauer 2002	Verweildauer 2012	Reduzierung in Tagen	Reduzierung in %
Augenheilkunde	3,87	2,83	-1,04	-26,9 %
Chirurgie	9,00	6,81	-2,19	-24,3 %
darunter Gefäßchirurgie	10,32	9,06	-1,26	-12,2 %
darunter Thoraxchirurgie	12,00	9,50	-2,50	-20,8 %
darunter Unfallchirurgie	9,47	6,76	-2,71	-28,6 %
darunter Viszeralchirurgie	9,55	6,88	-2,67	-28,0 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,75	4,48	-1,27	-21,1 %
darunter Frauenheilkunde	5,79	4,63	-1,16	-20,0 %
darunter Geburtshilfe	5,64	4,32	-1,32	-23,4 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,73	3,90	-0,83	-17,5 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	9,10	6,13	-2,97	-32,6 %
Herzchirurgie	9,76	11,36	1,60	16,4 %
Innere Medizin	8,65	6,43	-2,22	-25,7 %
darunter Angiologie	7,86	7,17	-0,69	-8,8 %
darunter Endokrinologie	10,18	9,93	-0,25	-2,5 %
darunter Gastroenterologie	8,20	6,17	-2,03	-24,8 %
darunter Hämatologie	8,12	7,43	-0,69	-8,5 %
darunter Kardiologie	6,39	5,47	-0,92	-14,4 %
darunter Nephrologie	8,81	5,86	-2,95	-35,5 %
darunter Pneumologie	7,53	6,74	-0,79	-10,5 %
darunter Rheumatologie (I)	14,32	8,28	-6,04	-42,2 %
darunter Klinische Geriatrie	15,41	-	-	-
Klinische Geriatrie*	-	15,00	-0,41	-2,7 %
Kinderchirurgie	4,90	3,43	-1,47	-30,0 %
Kinderheilkunde	5,81	4,64	-1,17	-20,1 %
darunter Kinderkardiologie	7,19	4,94	-2,25	-31,3 %
darunter Neonatologie	11,66	11,62	0,04	-0,3 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	43,11	32,95	-10,16	-23,6 %
Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	5,74	4,74	-1,00	-17,4 %
Neurochirurgie	10,14	9,31	-0,83	-8,2 %
Neurologie	9,70	6,94	-2,76	-28,5 %
Nuklearmedizin (Therapie)	4,68	3,31	-1,37	-29,3 %
Orthopädie	10,98	7,46	-3,52	-33,1 %
darunter Rheumatologie (O)	9,84	5,53	-4,31	-43,8 %
Plastische Chirurgie	7,05	5,65	-1,40	-19,9 %
Psychiatrie und Psychotherapie	24,70	22,11	-2,59	-10,5 %
darunter Suchtkrankheiten ¹⁾	-	11,69	-	-
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	52,73	49,89	-2,84	-5,4 %
Strahlentherapie	8,25	8,60	0,35	4,2 %
Urologie	6,79	5,18	-1,61	-23,7 %
Sonstige Fachbereiche	10,15	6,06	-4,09	-40,3 %
Insgesamt	8,65	7,07	-1,58	-18,3 %

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

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

Gleichermaßen 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.

Zur Objektivierung der immer wieder aufkommenden Diskussion über die Ursachen für die in Nordrhein-Westfalen leicht höhere Krankenhaushäufigkeit hat das DKI in zwei aufeinander aufbauenden Studien die möglichen Einflussfaktoren auf die Krankenhaushäufigkeit untersucht. In einer weiteren Untersuchung, dieses Mal einem Gemeinschaftsprojekt von DKI und KGNW, wurde untersucht, ob sich Unterschiede in der Krankenhaushäufigkeit durch die regional unterschiedliche Haus- bzw. Facharzt-dichte erklären lassen.

Die Ergebnisse der beiden DKI-Studien haben bereits gezeigt, dass die Krankenhaushäufigkeit mit dem sozioökonomischen Erbe Nordrhein-Westfalens und den damit verbundenen demographischen und sozioökonomischen Determinanten (Arbeitslosigkeit, Armut, Erwerbsminderung und Alter) in Verbindung steht. Die Analysen zum „Einfluss der haus- und fachärztlichen

Versorgung auf die Krankenhaushäufigkeit“ wurden somit nach Demographie (Alter und Geschlecht) sowie Sozioökonomie (Arbeitslosigkeit und Armut) adjustiert und über den Ansatz einer multiplen linearen Regression modelliert. Insgesamt wurden elf Variablen zu Demographie und Sozioökonomie berücksichtigt. Die Zusammenhänge unterscheiden sich für das männliche und weibliche Geschlecht so sehr, dass getrennte Modelle entwickelt wurden. Die Modelle für Frauen und für Männer enthalten jeweils unterschiedliche erklärende Variablen. Insgesamt können bei Frauen 54 % der Unterschiede in der Krankenhaushäufigkeit erklärt werden. Bei den Männern sind es sogar 64 %. Untersucht wurden die Unterschiede der Krankenhaushäufigkeit auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Die Ergebnisse zeigen keinen Zusammenhang von Krankenhaushäufigkeit mit der hausärztlichen Versorgung. Eine höhere fachärztliche Versorgungsdichte geht jedoch mit einer leicht niedrigeren Krankenhaushäufigkeit einher. Ein zusätzlicher Facharzt reduziert die Anzahl der Krankenhaushäufigkeit je 10.000 Einwohner bei Frauen um 7,2 und für Männer um 3,7.

Themenfeld „Regionalanalysen in der Versorgungsforschung“

Weiterhin werden verstärkt regional aufbereitete Betrachtungen von Krankheitslasten und Versorgungsstrukturen auf Basis von Sekundärdatenanalysen von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens und der Wissenschaft veröffentlicht. Gerade wegen unterschiedlichster Herangehensweise und Motivationen ist die Frage der standardisierten Ergebnisaufbereitung und -interpretation verstärkt in den Fokus gerückt ist. Die KGNW-Geschäftsstelle engagiert sich aktiv in der Arbeitsgruppe Informationsvermitt-

lung und Interpretation der Initiative zur „Guten kartographischen Praxis im Gesundheitswesen“ (GKPiG). Ziel dieser Initiative ist die Erstellung eines Handlungsleitfadens mit dem Ansatz, geografische Darstellungen von Gesundheitsdaten stärker als bisher nach wissenschaftlich und methodisch objektiven Kriterien zu gestalten. Der Leitfaden hat im November 2013 bereits einen hohen Detail- und Reifegrad erreicht und wird im kommenden Jahr veröffentlicht.

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 er-

reichen, dass nur wenige Krankenhäuser zum Arzneimittelverbrauch befragt wurden und an 20 Krankenhäusern durch mengenproportionale Dauerprobenahme die Arzneimittelfrachten im Abwasser gemessen wurden.

Nachdem bereits Ende 2012 alle Messungen und Analysen durchgeführt waren, wurde in 2013 von den beteiligten Projektpartnern ein Abschlussbericht erstellt, der sich Ende 2013 immer noch in der Endabstimmungsphase mit dem Umweltministerium befindet. Die Ergebnisse und die daraus formulierten Handlungsempfehlungen an die Politik, die auf dem 9. Krankenhaus-Umwelttag NRW präsentiert wurden, haben die KGNW dazu bewogen, mögliche Handlungsbedarfe und Umsetzungsstrategien für Krankenhäuser mit dem MKLUNV zu erörtern.

9. Krankenhaus-Umwelttag NRW am 02.10.2013 in Gelsenkirchen



Der „Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW“, die Fachvereinigung Krankenhaustechnik e.V. (FKT) und die KGNW haben am 02.10.2013 zum 09. Krankenhaus-Umwelttag NRW in den Wissenschaftspark Gelsenkirchen eingeladen.

Zum Auftakt stellte Herr Dzukowski vom Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg das Projekt „Das Grüne Krankenhaus“ vor. „Das Grüne Krankenhaus“ steht für eine Management-Philosophie zur Sicherung des langfristigen medizinischen und wirtschaftlichen Erfolgs ohne weitere Verknappung der natürlichen Lebensgrundlagen. Herr Dzukowski zeigte an vielen beispielhaften Projekten wie dem Bau eines Blockheizkraftwerkes, dem „papierlosen Krankenhaus“, der Beschaffung von Elektrofahrzeugen bis hin zur Förderung des Fahrradverkehrs auf, wie diese Strategie in die Praxis umgesetzt wurde. Anschließend präsentierte Herr Dr. Herbst erste Ergebnisse des Forschungsprojektes zur Elimination von Arzneimitteln aus Krankenhausabwässern. Den Vormittag beschloss Herr Hackelberg mit seinen Ausführungen zur modularen Aufgabenbeschreibung für Abfall- und Umweltbeauftragte. In drei parallelen Workshops wurden am Nachmittag viele weitere interessante Perspekti-

ven und Projekte zum Umweltschutz im Krankenhaus präsentiert und lebhaft diskutiert. Im Workshop zu „Energieeffizienz“ wurde neben den ökonomischen und ökologischen Vorteilen von Blockheizkraftwerken auch ein innovatives Verfahren zur Wärmerückgewinnung aus den Abgasen von Brennkesseln vorgestellt. Der Workshop „Abfallrecht“ thematisierte die Haftungsrisiken denen sich Abfallbeauftragte ausgesetzt sehen, wenn die Abfallentsorgung nicht ordnungsgemäß erfolgt. In einem weiteren Workshop wurde zunächst das Zertifizierungsverfahren der Deutschen Gesellschaft für „Nachhaltiges Bauen“ vorgestellt und am Beispiel eines Krankenhausneubaus die praktische Umsetzung und die Vorteile des Zertifizierungsverfahrens aufgezeigt. Der weitere Schwerpunkt des Workshops verdeutlichte, wie beispielhafte Umweltschutzaktivitäten durch Öffentlichkeitsarbeit unterstützt werden und wie Krankenhäuser sich erreichbare Umweltziele setzen können.

Projekt „Ökoeffizienz im Krankenhaus“

Die KGNW befindet sich in der Initiierungsphase eines Projekts zum Thema „Ökoeffizienz im Krankenhaus“. Dabei sollen interessierte Krankenhäuser bei der nachhaltigen und ökologisch-ökonomischen Gestaltung ihrer Betriebsabläufe beratend unterstützt werden, etwa bei der Entwicklung einer Öko- und Energieeffizienzstrategie und der Umsetzung. Durch die Teilnahme an diesem Projekt sollen gemeinsam mit den Krankenhäusern in einem moderierten Erfahrungsaustausch Optimierungspotentiale und Handlungsoptionen identifiziert werden.

Ziel ist die Erarbeitung und zumindest teilweise Umsetzung eines Umweltprogramms, in dem die Potenziale und Maßnahmen des teilnehmenden Krankenhauses in den Bereichen Energie, Wasser, Abfall, Gefahrstoffe und Verbrauchsmaterialien beschrieben werden. Neben den ökonomisch-ökologischen Potentialen soll auch aufgezeigt werden, wie ein solches Projekt die Krankenhäuser bezüglich der öffentlichen Wahrnehmung von umweltbewusstem Handeln unterstützt.

„Gemeinsames Gespräch DKG/LKGen und AK Umweltschutz“ am 01.07.2013 in Düsseldorf

Die KGNW war am 01.07.2013 Gastgeber des von der DKG seit vielen Jahren etablierten Treffens von Umwelt- und Abfallbeauftragten aus Krankenhäusern und den zuständigen Referenten der Landeskrankenhausgesellschaften. Das Treffen dient einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch

zum Thema „Umweltschutz im Krankenhaus“. Dabei werden mögliche Handlungsbedarfe aufgrund von Gesetzesänderungen diskutiert und neue Umweltschutzprojekte aus den verschiedenen Bundesländern vorgestellt.

IT-Service für Mitglieder und Geschäftsstelle

Webbasierter Mitgliederservice

Die Geschäftsstelle betreut in dem in den Webauftritt der KGNW integrierten Mitgliederservice ca. 950 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.

Um den Mitgliedskrankenhäusern sämtliche Informationen um den Krankenhausplan

2015 in übersichtlicher Form zur Verfügung stellen zu können, wurde ein Informationsportal erstellt. Dieses ist nach Anmeldung im Mitgliederbereich einsehbar und stellt neben aktuellen Rundschreiben allgemeine Informationen zum Krankenhausplan und zu den einzelnen Beschlussfassungen bereit.

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 Anwendern/Innen optimiert. Die Überarbeitung wurde im Jahr 2013 erfolgreich abgeschlossen.

IT-Infrastruktur in der Geschäftsstelle

Im Jahr 2012 hatte die Geschäftsstelle eine komplett umgestaltete Serverinfrastruktur und virtuelle PC-Lösungen implementiert. Ziel war ein bedarfsorientierter Umbau, um auch die Datenanalyse und den ortsunabhängigen Zugriff stärker zu unterstützen. Die KGNW setzt dabei auf eine virtuelle Umgebung, die zugleich den gestiegenen Anforderungen an Datenmanagement, Datenanalyse, Datensicherung, E-Mail-Erreichbarkeit und die Archivierung von digitalen Dokumenten gerecht wird. Damit konnten seit Einführung neue Standards in punkto Datensicherheit, Geschwindigkeit des Datenzugriffs und Hochverfügbarkeit der Daten erreicht werden. Dieser Umstieg konnte im

ersten Quartal 2013 abgeschlossen werden.

Zudem wurde auch bezüglich der eingesetzten Arbeitsplatzsysteme ein Wechsel vollzogen, in den gestiegenen Anforderungen an die Mobilität und Verfügbarkeit der IT-Lösungen gerecht zu werden. Zudem wurde ein Umstieg von Windows XP auf Windows 7 vollzogen und die Office-Pakete entsprechend angepasst.

Medizin

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

sundheitskonferenz, der Versorgungs- und Krankenhausplanung, der MDK-Prüfverfahren nach § 275 SGB V sowie der Gutachten zur Krankenhausinanspruchnahme. Das Referat Medizin ist im Fachausschuss für Krankenhausorganisation und Personalwesen, im Fachausschuss Medizin, in der Kommission Hygiene, in 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 Indikatorenset und eine kriteriengestützte Reduktion der zwischenzeitlich mehr als 300 Indikatoren. Daneben wurden in Kooperation mit Herrn Prof. Stausberg vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München US-amerikanische sogenannte „Patient Safety In-

dikatoren (PSI)“ der „Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)“ übersetzt und in das Set aufgenommen.

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. Nach umfangreichen Proberechnungen anhand von ca. 30.000 psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungsfällen aus dem 1. Quartal 2013 wurden die Kennzahlen erneut überarbeitet und erweitert sowie eine zweite Proberechnung mit den Falldaten des 2.-4. Quartals 2013 vereinbart.

Hygiene im Krankenhaus

Ein zentrales Problem im Bestreben für eine kontinuierliche Verbesserung der Hygiene ist der unstrittig bestehende ausgeprägte Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten für „Hygiene und Umweltmedizin“ und für „Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“. Aus diesem Grund wurde von den Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin) gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) gemäß den Anforderungen an einen Krankenhaushygieniker der KRINKO-Empfehlung (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen aus dem Jahr 2009 ein Ausbildungskonzept für klinisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte entwickelt. Diese strukturierte curriculäre Fortbildung „Krankenhaushygiene“ umfasst 200 Kursstunden, verteilt auf sechs Module, sowie mehrwöchige Praktika in Hygieneinstituten, Laboren und Gesundheitsämtern und soll laut BÄK zunächst für einen Zeitraum von fünf Jahren zur Anwendung kommen. Aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels in der Hygiene hat sich das Referat III in enger Abstimmung mit der DKG und den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe um eine rasche landesweite Umsetzung der curriculären Fortbildung der BÄK eingesetzt. Mittlerweile besteht in beiden Ärztekammern ein Kammerzertifikat „Krankenhaushygiene“. Ein gemeinsames Fortbildungskonzept

wurde durch die Fortbildungseinrichtungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit weiteren Landesärztekammern entwickelt.

Alternativ zu dem o. g. zumindest zweijährigen Fortbildungsweg wurde im Kammerbezirk Nordrhein ein vereinfachtes Verfahren für Ärztinnen und Ärzte, die bereits seit mehreren Jahren in diesem Bereich praktisch tätig sind, beschlossen. Neben der Facharztanerkennung und der ab Oktober 2007 erworbenen Qualifikation „Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin“ ermöglicht eine mindestens 36 monatige Tätigkeit als Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin eine Zulassung zur mündlichen Prüfung vor der Ärztekammer Nordrhein. Im Rahmen dieser Prüfung sind die Inhalte aller Module der strukturierten curriculären Fortbildung „Krankenhaushygiene“ relevant. Dieses „vereinfachte Qualifizierungsverfahren“ endet am 31.12.2015. Erfreulicherweise haben bereits drei Ärzte in Nordrhein von dieser Option erfolgreich Gebrauch gemacht und besitzen als vermutlich erste Mediziner in Deutschland ein Kammerzertifikat „Krankenhaushygiene“.

Mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung in der Krankenversicherung“ (Beitragsschuldengesetz) wurde ein Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG zum 01.08.2013 in Kraft gesetzt.

Durch das Hygiene-Förderprogramm soll in den Jahren 2013 bis 2016 die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen, Fort- und Weiterbildung sowie externe Beratungsleistungen mithilfe von festen Kostenanteilen oder Festbeträgen gefördert werden. Weiterbildungen zu Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie

zu Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie werden über das Jahr 2016 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2016 beginnen; vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen werden bis einschließlich zum Jahr 2020 gefördert.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der Arbeitsschwerpunkt des Referates Medizin im Rahmen der Disease-Management-Programme lag 2013 in der Unterstützung und Beratung bei der Erstellung des Qualitätssicherungsberichtes 2012 durch die DMP-Redaktionsgruppe.

Weiterhin hat sich das Referat Medizin an der Erarbeitung und Bewertung von Feedbackberichten für die an den DMP teilneh-

menden Arztpraxen durch die einzelnen DMP-Fachkreise beteiligt. Ein bereits im Jahr 2010 gestartetes Projekt der DMP-Kurzfeedbackberichte für einzelne DMP-Programme wurde auf weitere DMP-Programme ausgedehnt. Ziel ist es, die Langversion der Feedbackberichte zukünftig sukzessive einzustellen und nur noch auf Anforderung für alle DMP-Programme 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 war bedauerlicherweise ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Hierbei ergab sich jedoch für NRW eine

geringere Reduktion der Organspendezahlen (NRW-5,8 % / Deutschland-12,8 %).

Im Jahr 2013 setzte sich trotz vielfältiger fördernder Aktivitäten dieser Trend zunächst fort. Aktuelle Zahlen aus dem 3. und 4. Quartal 2013 lassen jedoch, laut der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), eine Stabilisierung der Zahlen auf einem niedrigeren Niveau vermuten.

Das am 01.08.2012 in Kraft getretene TPG-Änderungsgesetz soll durch zahlreiche strukturelle und organisatorische Änderungen im Organspendeprozess die Anzahl der Organspenden erhöhen. Grundlegende Inhalte sind die verpflichtende Bestellung einer(s) Transplantationsbeauftragten und

die Einführung der Entscheidungslösung. In die weiterhin andauernden weitreichenden Maßnahmen zur Umsetzung des TPG-Änderungsgesetzes auf der Bundes- und Landesebene ist das Referat Medizin eng eingebunden.

Deutsche Kodierrichtlinien für das Jahr 2014

Wie in den Vorjahren standen im Sinne einer einheitlichen Kodierung Klarstellungen und Anpassungen an die ICD-10-GM, den OPS sowie an das G-DRG-System 2014 im Vordergrund. Seit Jahren strittige Fragen,

z. B. zur Beatmung und korrekten Kodierung der Hauptdiagnose bei malignen Erkrankungen, konnten jedoch weiterhin nicht gelöst werden.

ICD-10-GM Version 2014 und OPS-Version 2014

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 26.09.2013 die amtlich gültige Fassung der ICD-10-GM Version 2014 auf seinen Internetseiten veröffentlicht. Änderungen ergeben sich unter anderem aus der Einführung neuer Codes für die weibliche Genitalverstümmelung, Komplikationen durch Mammaprothesen oder -implantate, Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge sowie den neuen sekundären Schlüsselnummern zur Unterscheidung von dauerhaften und temporären Blutgerinnungsstörungen.

Die endgültige Fassung des OPS 2014 des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information sieht u. a. Änderungen zur Kodierung von Neurostimulatoren, Operationen am Verdauungstrakt, im Bereich der Applikation von Medikamenten, Transfusion von Blutzellen und Blutgerinnungsfaktoren sowie für die Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen vor.

DRG-System 2014

Bei annähernd unveränderter Kalkulationsbasis wurden durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Strukturvergleiche zwischen den Kalkulationsdaten und der Grundgesamtheit der Daten nach § 21 KHEntgG durchgeführt. Hierbei zeigten sich Unterschiede bzgl. der Verteilung bestimmter Leistungsgruppen innerhalb einzelner Fallpauschalen sowie in der Alters- und Verweildauerverteilung. Insgesamt wurde vermutet, dass die Kostenverteilung in den einzelnen Fallgruppen der Kalkulationshäuser in Teilbereichen nicht die Versorgungsrealität abbildet. Diese Hypothese

wurde bereits in der Katalogüberarbeitung für das Jahr 2014 berücksichtigt und wird auch das Handeln des InEK in den kommenden Jahren beeinflussen. Neben den klassifikatorischen Änderungen erfolgte wie in den Vorjahren eine Anpassung der CCL-Matrix.

Schwerpunkte der klassifikatorischen Weiterentwicklung waren die Analyse von Fällen mit Extremkosten, Eingriffen am Weichteilgewebe und pädiatrischen Leistungen. Für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung wurde ein neues Zusatzentgelt eingeführt.

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.

Im Jahr 2013 wurde erstmalig ein Entgeltkatalog für die Psychiatrie und Psychosomatik kalkuliert (PEPP-Entgeltkatalog) und mittels Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) genehmigt.

Die zentralen Kritikpunkte am PEPP-Entgeltkatalog sind eine nicht ausreichende Datenbasis in der Psychosomatik, die Durchführung einer Fallgruppierung anstelle einer

Tagesgruppierung, die Einstufung primär nach Maßgabe der Hauptdiagnose und nur eingeschränkt in Anlehnung an die Behandlungsleistung, ein unzureichender Differenzierungsgrad des Entgeltkataloges, eine mangelhafte Abbildung der Suchterkrankungen sowie eine verweildauerabhängige Kostendegression. Zahlreiche Kalkulationshäuser können, laut eigener Aussage, die InEK-Kalkulation nicht anhand ihrer Daten nachvollziehen.

Mit dem 01.01.2013 startete 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 2017-2022.

Für den Katalog 2014 konnte das InEK die Kalkulationsstichprobe deutlich vergrößern. Nur die Psychosomatik sei laut dem InEK weiterhin unterrepräsentiert. Zahlreiche psychiatrische und somatische Diagnosen sowie ärztliche und psychologische Therapieeinheiten konnte das InEK als Kostentrenner identifizieren, wobei die Grundstruktur des Katalogs annähernd unverändert ist. In allen Kalkulationshäusern konnte das InEK für alle PEPPs einen signifikanten Kostenunterschied zwischen Kurz- und Langliegern ermitteln. Da sich beinahe alle Kalkulationshäuser an der Pflichtversorgung beteiligen, war eine Berechnung der Kostenunterschiede zwischen einer Pflichtversorgung und einer „Nicht-Pflichtversorgung“ nicht mög-

lich. Seitens der DKG wurde der Vorschlag eingebracht, mit den vorhandenen Daten tagesbezogene Analysen durchzuführen und zu prüfen, inwieweit Alternativen zur Fallgruppierung möglich sind. Teilaspekte dieses Vorschlages werden aktuell nach langwierigen Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband als Prüfauftrag an das InEK formuliert. Daneben fordert die DKG eine Verlängerung der budgetneutralen Phase um zwei Jahre.

Trotz der weiterhin bestehenden erheblichen Mängel hat die DKG dem Katalog 2014 zugestimmt, um hiermit eine konstruktive aber ergebnisoffene Weiterentwicklung des Systems zu ermöglichen.

Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V

Im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V beschäftigen sich spezielle Arbeitsgruppen mit den Themen „Einweisungs- und Entlassmanagement“ und „Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen“. Bzgl. des Einweisungs- und Entlassmanagements werden ab 07/2013 neue standardisierte ärztliche Kurzberichte zur Einweisung und Entlassung in drei Modellregionen unter Beteiligung von ca. 150 Arztpraxen und sieben Krankenhäu-

sern erprobt. An diese Erprobungsphase schließt sich eine strukturierte Evaluation, vermutlich bis zum 2. Quartal 2014, an.

Zum Thema „Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen“ wurden landesteilspezifisch jeweils mehrere Unterarbeitsgruppen gebildet. Hier dauern die Beratungen noch an.

Notfallsanitätergesetz – NotSanG

Das am 27.05.2013 im Bundesgesetzblatt (BGBl. I S. 1348) verkündete und am 01.01.2014 in Kraft tretende Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitäter-gesetz – NotSanG) löst das Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz - RettAssG) vom 10.07.1989 (BGBl. I S. 1384) ab. Bis zum 31.12.2014 bestehen beide Gesetze, respektive Ausbildungsgänge, parallel.

Diese neue rettungsdienstliche Ausbildung umfasst drei Jahre und ist somit ein Jahr länger als die Ausbildung zur Rettungsassistentin und zum Rettungsassistenten. Die Auszubildenden erhalten eine Ausbildungsvergütung.

Die praktische Ausbildung erfolgt in genehmigten Lehrrettungswachen (1.960 Stunden) und geeigneten Krankenhäusern (720 Stunden, davon 80 Stunden Normalstation, 120 Stunden interdisziplinäre Notfallaufnahme, 280 Stunden Anästhesie und OP-Abteilung, 120 Stunden intensivmedizinische Abteilung, 40 Stunden geburtshilfliche, pädiatrische oder kinderchirurgische Abteilung, 80 Stunden psychiatrische oder gerontopsychiatrische Fachabteilung), der theoretische und praktische Unterricht in staatlich anerkannten Schulen (1.920 Stunden).

Die geeigneten Krankenhäuser müssen eine Betreuung der Auszubildenden durch qualifizierte Praxisanleiter aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich sicherstellen (Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die nach dem Krankenpflegegesetz zur Praxisanleitung berechtigt sind und qualifizierte Ärztinnen und Ärzte). Die Praxisanleiter in den Krankenhäusern werden laut der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung durch regelmäßig persönlich anwesende Lehrkräfte der staatlich anerkannten Schulen beraten.

Dem „Allgemeinen Teil“ der Bundes-Drucksache 17/11698 zum NotSanG ist eine Kostenschätzung des BMG in Höhe von 42 Mio. € für ca. 4.000 Auszubildende/Jahr zu entnehmen. Hiervon fallen, laut dem BMG, ca. 24 Mio. € in den Krankenhäusern an. Nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft führen die beschriebenen gesetzlichen Neuregelungen zu Mehrkosten in den Krankenhäusern in Höhe von 62,5 Mio. €.

Am 16.09.2013 hat sich auf Veranlassung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGPEA) die sogenannte „Expertengruppe zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes in NRW“ konstituiert. In fünf Unterarbeitsgruppen werden einzelne Themenschwerpunkte für die Beratungen der Expertengruppe vorbereitet.

Internetportal „Aus- und Weiterbildung für Pflegeberufe“

Im Hinblick auf den demographischen und epidemiologischen Wandel werden die Anforderungen an die pflegerische Versorgung zukünftig sowohl quantitativ als auch qualitativ steigen. Dem gegenüber werden allein für Nordrhein-Westfalen im Jahr 2030 40.000 fehlende Pflegefachkräfte prognostiziert (PwC-Studie, 2012). Darüber hinaus erfordern die sinkenden Zahlen an Schulabgängern und die niedrige Entscheidungsrate jünger Menschen für dieses Berufsfeld unmittelbare Strategien zur Nachwuchsgewinnung.

Vor diesem Hintergrund hat die Geschäftsstelle gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege (LAG) und dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) das Pro-

jekt eines regionalen Onlineportals für Pflegeberufe angestoßen. Mit dem Onlineportal soll die Attraktivität der Pflegeberufe nachhaltig gesteigert, alle wesentlichen Informationen zur Aus- und Weiterbildung der Pflegeberufe in NRW nutzergerecht aufbereitet und eine georeferenzielle Darstellung der verfügbaren Ausbildungsplätze ermöglicht werden.

Im Rahmen der Projektumsetzung erfolgte die Konstituierung einer Steuerungsgruppe, bestehend aus den Vertretern der beteiligten Verbände. Zudem wurde seitens der Geschäftsstelle ein Lastenheft formuliert auf dessen Basis Angebote verschiedener Web-Anbieter eingeholt wurden. Eine diesbezügliche Beschlussfassung durch die Steuerungsgruppe wird kurzfristig angestrebt.

Recht und Personal

Die Tätigkeitsschwerpunkte von Referats IV lagen im Jahr 2013 im Bereich der Rechtsberatung von Mitgliedskrankenhäusern, der Information der Mitglieder in rechtlichen Fragestellungen, der Umsetzung neuer Selbstverwaltungsaufgaben auf Bundes- und Landesebene, der Abwicklung und Begleitung von Musterverfahren im Rahmen des Prozesskostenfonds, der Organisation

von und der Beratung in KGNW-Gremien und Beteiligung in zahlreichen externen sowie verbandsinternen Arbeitsgruppen. Die Aufgabenzuordnung von Referat IV wurde an die neuen Selbstverwaltungsaufgaben der KGNW angepasst.

Rechtsberatung

Im Bereich der Rechtsberatung der Mitglieder lag der Schwerpunkt auch in diesem Jahr wieder im Bereich der Abrechnungsprüfung insbesondere den formellen Voraussetzungen u. a. des MDK-Prüfverfahrens (z. B. Fristenprobleme und Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V) und den einschneidenden Klarstellungen des Bundessozialgerichtes (Verwirkung, Verjährung, Begründungspflichten etc.).

Einen weiteren Schwerpunkt bildete die Beratung im Wahlleistungsbereich. Neben zahlreichen Fragen im Bereich der Vergütung wahlärztlicher Leistungen (Stellvertreterregelungen und persönliche Leistungserbringung) wurden die Mitglieder im Rahmen der Abfrage zur Novellierung der Gemeinsamen Empfehlung zur Wahlleistung Unterkunft (u. a. auch im Rahmen einer gesonderten Informationsveranstaltung) unterstützt.

Zudem haben Anfragen zur Zulässigkeit und Ausgestaltung von Kooperationen mit Vertragsärzten weiter zugenommen. Neben den vielschichtigen Problemstellungen etwaiger Kooperationen u. a. im Bereich der Vergütung

(angemessene Vergütung/Zuweiserproblematik), der Einsatzbereiche (u. a. zeitliche Einsatzgrenzen, Versorgungsauftrag etc.), der Vertragsform (Anstellungs- oder Honorarverhältnis/Scheinselbständigkeit) rückte die Grundsatzfrage der Möglichkeit einer Einbindung von Vertragsärzten im Bereich der vor- und nachstationären Behandlung bei Behandlung der Patienten in der Vertragsarztpraxis immer mehr in den Vordergrund.

Das Referat Recht und Personal hat zudem zu konkreten Rechtsfragen im Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrecht (rechtliche Fragestellungen aufgrund des neuen Krankenhausplanes NRW), Sozialrecht (insbesondere Abrechnungsfragen anhand einzelner Abrechnungsbestimmungen), Chefarztvertragsrecht (z. B. Fragen zur Vertragsgestaltung, Kostenerstattung, Nutzungsentgelt), Datenschutzrecht (Fragen zur Schweigepflicht, zur Herausgabe von Krankenunterlagen an Kostenträger und sonstige Dritte) sowie zu den Muster-Behandlungsverträgen nebst den dazugehörigen Allgemeinen Vertragsbedingungen Stellung genommen.

Im Rahmen des neuen Gesamtvertrages über die öffentliche Wiedergabe von privaten Fernseh- und/oder Hörfunkprogrammen in Kranken- und Patientenzimmern von Krankenhäusern zwischen der VG Media und der DKG für die Jahre 2014 bis 2017 hat Referat

IV umfangreiche Vertragshilfe geleistet und nach Abfrage im Mitgliederbereich ein Verzeichnis für den Gesamtvertragsnachlass erstellt, um den Mitgliedskrankenhäusern den Anspruch auf einen günstigen Mitgliedstarif zu sichern.

Information der Mitglieder

Referat IV hat auch dieses Jahr die Mitglieder über zahlreiche rechtliche Fragestellungen mittels Rundschreiben informiert. Neben diversen Informationen über krankenhausesrelevante Rechtsprechung der

Bundesgerichte (vorwiegend BSG und BGH) sowie besonderer unterinstanzlicher Entscheidungen, wurde über anstehende Gesetzgebungsvorhaben sowie die Umsetzung aktueller Gesetze informiert.

Rechtsprechung

Schwerpunkt im Bereich der Rechtsprechung bildeten die vielschichtigen Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Vergütung ambulanter und stationärer Leistungen, zur nachträglichen Rechnungs-korrektur sowie zur Abgrenzung vertrags-ärztlicher Leistungen und Krankenhausleis-

tungen. Mit Blick auf die „divergierenden“ Entscheidungen der Senate des Bundessozialgerichtes wurden nachhaltige hierauf bezogene Handlungsempfehlungen immer schwieriger.

Gesetzgebungsaktivitäten ohne Einbindung der Selbstverwaltung

Im Bereich der krankenhausesrelevanten Gesetzgebungsaktivitäten wurde über die Neuregelungen des Psychiatrie-Entgeltgesetzes (PsychEntgG), der Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtgesetz), zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme sowie zum Ausbau der Hilfen für

Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt informiert.

Das Patientenrechtegesetz ist am 26.02.2013 in Kraft getreten und verfolgt das Ziel, die bestehende Rechtslage, die zum Teil erheblich durch die Rechtsprechung definiert worden ist, abzubilden. Wesentlicher Bestandteil die-

ses Gesetzes ist die Normierung des Behandlungsvertrages im BGB als Untertitel zum Dienstvertrag. In den §§ 630a ff. BGB werden die typischen Haupt- und Nebenpflichten des medizinischen Behandlungsvertrages geregelt sowie die von der Rechtsprechung entwickelte Haftungssystematik bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern kodifiziert. Referat IV hat an einer vom Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) im Auftrag des MGEPA organisierten Netzwerktagung „Zusammen Wege gehen“ am 19.09.2013 in Bochum mitgewirkt. Im Rahmen eines Workshops wurden die Krankenhausrechtlichen Grundgesetze erläutert und individuelle Fragen der Patientenfürsprecher diskutiert.

Mit dem am 27.02.2013 in Kraft getretenen „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen“ regelt der Bundesgesetzgeber, unter welchen Voraussetzungen eine betreute Person auch gegen ihren natürlichen Willen ärztlich behandelt werden darf. Eine gesetzliche Regelung war erforderlich, nachdem der Bundesgerichtshof (BGH) seine bisherige Rechtsprechung aufgegeben und entschieden hatte, dass es derzeit an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Regelung für eine den Willen des Betreuten ersetzende Einwilligung des Betreuers in eine Zwangsbehandlung fehle. Vor diesem Hintergrund bestand dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf, da aufgrund der fehlenden rechtlichen Grundlage die medizinische Versorgung von Patienten, denen krankheitsbedingt die Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit fehlt, nicht rechtssicher gewährleistet werden konnte. Die Neuregelungen stellen im Wesent-

lichen die vor der Rechtsprechung des BGH bis Mitte 2012 bestehende Rechtslage wieder her und sollen die Fortführung der bisherigen Praxis ermöglichen.

Das „Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt“ tritt zum 01.05.2014 in Kraft und ermöglicht es Schwangeren in Not unter einem Pseudonym im Krankenhaus zu entbinden, wenn sie ihre Daten vertraulich beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben hinterlegen, damit sie das Kind später einsehen kann. Auf diese Weise soll dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft Rechnung getragen und zugleich eine Alternative zur anonymen Geburt und den Babyklappen geschaffen werden. Über das neue Verfahren der „vertraulichen Geburt“ im Krankenhaus ab dem 01.05.2014 und die sich für alle Krankenhäuser mit geburtshilflichen Einrichtungen ergebenden Neuerungen hat Referat IV berichtet.

Vor Inkrafttreten des PsychEntgG zum 01.01.2013 war umstritten, ob und inwieweit das Krankenhaus bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen auf Honorarärzte zurückgreifen kann. Selbst nach der Klarstellung in § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG in der Fassung des PsychEntgG („auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte“) wird noch vereinzelt vertreten, dass das Krankenhaus sich nur angestellter oder beamteter Ärzte bedienen dürfe. Insbesondere die Entscheidungen des Oberverwaltungsgericht (OVG) Lüneburg vom 12.06.2013 stützen die Auffassung der KGNW, wonach Honorararztverträge nicht erst mit Inkrafttreten des (PsychEntgG) zulässig sind.

Gesetzgebungsaktivitäten mit Einbindung der Selbstverwaltung

Eine weitere Vielzahl an Rundschreiben betraf die immer noch nicht abgeschlossene Umsetzung des durch das GKV-VStG 2012 neugestalteten § 116b SGB V (ambulante spezialfachärztliche Versorgung - ASV) sowie die überraschende Neugestaltung des § 17c KHG durch das Beitragssatzschuldengesetz.

Entscheidender Faktor für die Umsetzung des § 116b SGB V ist die diesbezügliche Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses, die bereits zum 31.12.2012 hätte vorliegen müssen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Plenumsitzung am 21.03.2013 die Erstfassung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) beschlossen. Diese enthält jedoch zunächst nur übergreifende Regelungen. Die für die einzelnen Erkrankungsbilder notwendigen Regelungen werden sukzessive in den Anlagen dieser Richtlinie beschlossen. Erst mit dem Inkrafttreten der erkrankungsspezifischen Anlagen können potentielle Leistungserbringer eine Anzeige bei der Geschäftsstelle des zuständigen erweiterten Landesausschusses einreichen. Die bereits konstituierten erweiterten Landesausschüsse können erst mit Inkrafttreten der ersten Anlage ihre Arbeit aufnehmen. Mit ersten Konkretisierungen ist aber erst Anfang 2014 (im Bereich Tuberkulose) zu rechnen.

Das zum 01.08.2013 in Kraft getretenen „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ (Beitragsschuldengesetz) enthält in

dem geänderten § 17c KHG Neuregelungen zur Prüfung von Krankenhausrechnungen. Neben Vereinbarungen auf Bundesebene zwischen GKV-Spitzenverband und der DKG sollen auf Landesebene strittige Einzelfälle geschlichtet werden. Die diesbezüglich entscheidenden Punkte des Beitragsschuldengesetzes sind:

- Bundesvereinbarung zum Prüfverfahren bis zum 31.03.2014
- Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene bis zum 31.12.2013 zur verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung
- Modellhafte Entwicklung und Erprobung der Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG
- Wegfall der Stichprobenprüfung nach § 17c Abs. 2 KHG (alt)
- Schlichtungsausschuss auf Landesebene für strittige Einzelfallprüfungen
- Schlichtungszwang für alle Streitfälle unter 2.000 €

Von besonderer Relevanz ist die Neuregelung des § 17c Abs. 4 KHG zur Errichtung eines Schlichtungsausschusses auf Landesebene zur Überprüfung von Ergebnissen einer Ein-

zelfallprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V. Denn gemäß § 17c Abs. 4b KHG (neue Fassung) ist bei strittigen Forderungen bis zu 2.000 € zwingend ein Schlichtungsverfahren durchzuführen, bevor Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden kann. Seit Inkrafttreten des Gesetzes am 01.08.2013 ist strittig, ob und für welche Fälle (z. B. nur für Aufnahmen vor dem 1.08.2013?) der direkte Rechtsweg zu den Sozialgerichten bei streitig gebliebenen Vergütungen, deren Betrag 2.000 € nicht übersteigt, geöffnet ist. Letztlich ist diese Rechtsfrage nur durch die Sozialgerichtsbarkeit zu klären. Die Zulassungshürde von 2.000 € stellt nur eine von vielen offenen und strittigen Rechtsfragen dar.

Verhandlungen zur Umsetzung neuer Selbstverwaltungsaufgaben

Ein Landesschlichtungsausschuss nach § 17c Abs. 4 KHG (neu) existiert bislang nicht. Hinsichtlich der Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Landesebene wurden in mehreren Erörterungsgesprächen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen die Kernfragen erörtert. Es besteht angesichts der zu erwartenden Masse der Verfahren und der obligatorischen Anrufung bei Forderungen bis zu 2.000 € dahingehend Einigkeit, ein möglichst schnelles, kostengünstiges und bürokratieschonendes Verfahren festzusetzen.

Die erweiterten Landesausschüsse der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser nach § 116b SGB V haben sich in beiden Landesteilen Anfang des Jahres 2013 konstituiert. Eine Geschäftsordnung ist ebenfalls für beide erweiterten Landesausschüsse festgesetzt worden.

Die Geschäftsstellen der erweiterten Landesausschüsse werden in beiden Landesteilen von den jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen übernommen. Die Geschäftsordnungen sehen ferner vor, dass der erweiterte Landesausschuss gemäß § 116b Abs. 3 Satz 7 SGB V durch ein verkleinertes Gremium über die Anzeigen der potentiellen Leistungserbringer entscheidet. Dieses verkleinerte Gremium wird als „Entscheidungsausschuss“ bezeichnet. Der Entscheidungsausschuss ist zudem auch für die Entscheidungen im Widerspruchsverfahren zuständig. Der „große“ erweiterte Landesausschuss kommt in seiner vollen Besetzung demnach primär zur Beratung in Grundsatzfragen zusammen. Sowohl für die Anzeigenstellung als auch die Bearbeitung der Anzeigen werden von den Geschäftsstellen der erweiterten Landesausschüsse Formulare und Checklisten erarbeitet, die in der Landesarbeitsgruppe „Erweiterter Landesausschuss“, in der auch die KGNW vertreten ist, abgestimmt werden.

Abwicklung und Begleitung von Musterverfahren

Sanierungsbeitrag (flächendeckende Klagewelle mit acht Musterverfahren)

Nachdem das Bundessozialgericht den Rechnungsabschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG (a.F.) (Sanierungsbeitrag) für grundsätzlich verfassungsgemäß erklärt und das Bundesverfassungsgericht die darauf bezogenen Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung angenommen hat, war im Jahr 2012 nur noch die Frage der Verfassungsmäßigkeit des rückwirkenden Inkrafttretens des Rechnungsabschlages zum 01.01.2007 offen. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 21.03.2013 (Az.: B 3 KR

23/12 R) entschieden, dass zwar eine echte Rückwirkung des § 8 Abs. 9 KHEntgG (alte Fassung) bis zur 3. Lesung des GKV-WSG (02.02.2007) vorgelegen habe, die zwar grundsätzlich unzulässig sei, das Rückwirkungsverbot aber aufgrund eines „Bagatellvorbehalts“ sowie zwingender Belange des Gemeinwohls nicht greife. Nach ausgiebigen Diskussionen wurde entschieden, diese Entscheidungen trotz tiefem Unverständnis nicht weiter anzugehen und die Musterverfahren zu beenden. Den Mitgliedern wurden die letzten Handlungsempfehlungen in der Sache mit entsprechenden Musterschreiben zur Verfügung gestellt.

Besuchsbereitschaftspauschalen (2 Musterverfahren gegen die KV Nordrhein)

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteilen vom 12.12.2012 (Az.: B 6 KA 3/12 R und B 6 KA 4/12 R) festgestellt, dass die Regelungen des EBM 2008 über die gesonderte Vergütung der Besuchsbereitschaft in der ambulanten Notfallversorgung rechtswidrig sind, da sie zu einer mittelbaren Benachteiligung der Krankenhausambulanzen führen, für die eine sachliche Rechtfertigung fehlt (vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 156/2013 vom 22.04.2013).

Aus dem Urteil folgt aber nicht, dass den Krankenhäusern automatisch ein Anspruch auf Richtigstellung der bisher ergangenen Honorarbescheide und auf Vergütung der Zusatzpauschalen zusteht, wie das Gericht ausdrücklich betont. Denn das BSG hat lediglich festgestellt,

dass die Regelungen zu einer sachlich nicht gerechtfertigten ungleichen Vergütung der Vertragsärzte und der Krankenhausambulanzen führen. Dies hat nunmehr der Bewertungsausschuss neu zu entscheiden.

Eine Neubewertung durch den Bewertungsausschuss steht leider bislang noch aus. Die KGNW hat ihren Krankenhäusern empfohlen, die entsprechenden Besuchsbereitschaftspauschalen weiterhin abzurechnen und gegen den anschließend korrigierten Abrechnungsbescheid bzw. gegen die sachlich-rechnerische Richtigstellung der KV quartalsweise Widerspruch einzulegen. Zu diesem Zweck wurden landesspezifische Musterwidersprüche per Rundschreiben zur Verfügung gestellt.

AOK-Krankenhausnavigator (2 Musterverfahren gegen den AOK-Bundesverband)

Die KGNW führt zwei Musterprozesse zur Überprüfung des Vergleichsportals der AOK („AOK-Krankenhausnavigator“) vor dem Sozialgericht Berlin (Az.: S 89 KR 1636/13 ER) und LG Köln (Az.: 88 O (Kart.) 58/13). Die KGNW wehrt sich nicht gegen Transparenz in der Qualität, sondern gegen einen intransparenten und in der Selbstverwaltung unabgestimmten Alleingang der AOK. Die KGNW streitet dabei insbesondere für eine im G-BA gemeinsam abgestimmte, auf breiter und solider Datenbasis stehende Qualitätstransparenz, die einen strukturierten Dialog zulässt. Aufgrund der Eilbedürftigkeit wurden zunächst zwei Anträge im einstweiligen Rechtsschutz eingereicht, die auf Unterlassung des Vergleichs auf Basis von QSR-Daten, insbesondere der seit August 2013 neu aufgenommenen Indikatoren im Bereich der PCI, zielen. Die inhaltlichen „Angriffe“ in den Eilverfahren werden auf ein externes Gutachten zur Bewertung der Methodik gestützt. Beide Verfahren im einstweiligen

Rechtsschutz wurden erstinstanzlich abgewiesen, enthalten aber keine inhaltlichen Aussagen zur Rechtmäßigkeit, sondern beschränken sich ausschließlich auf die Frage der Eilbedürftigkeit. Die ersten Instanzen haben die Rechtswidrigkeit der Methodik und Darstellung im Krankenhausnavigator damit weder bestätigt noch verworfen.

Gegen die erstinstanzlichen Entscheidungen im einstweiligen Rechtsschutz wurden Rechtsmittel eingelegt. Zur Unterstützung weiterer Klagen im Hauptsacheverfahren hat die KGNW ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, das den Mitgliedskrankenhäusern zur Verfügung gestellt wird und von klageinteressierten Krankenhäusern für etwaige eigene Klagen im Hauptsacheverfahren genutzt werden kann.

Einbindung in verbandsinterne sowie externe Gremienarbeit

Verbandsinterne Gremienarbeit

Die KGNW hat in den letzten Jahren intensiv an einer besseren Vernetzung insbesondere in den Selbstverwaltungsaufgaben der Länder und stärkeren Positionierung gegenüber den Kassenverbänden mit bundesweit abgestimmten Rechtsauffassungen und Positionierungen innerhalb des KH-Verbundes gearbeitet. Ende 2012 hat die Landesgeschäftsführertagung eine Arbeitsgruppe der Landeskrankenhausgesellschaften gegründet, die sich mit der Umsetzung des § 116b SGB V beschäftigt. Die KGNW hat die Organisation der AG übernommen. Diese LKG AG hat in zahlreichen Sitzungen gemeinsam abgestimmte Mustervereinbarungen erarbeitet.

Aufgrund der konstruktiven Arbeitsergebnisse wurde 2013 eine weitere Arbeitsgruppe der Landeskrankenhausgesellschaften gegründet, die die Umsetzung der neuen Selbstverwaltungsaufgabe nach § 17c KHG begleitet.

Zudem ist Referat IV intensiv in zahlreichen Arbeitsgruppen des Fachausschusses Recht und Verträge eingebunden und in der Verhandlungsgruppe der DKG zu den Bundesvereinbarungen nach § 17c KHG (Bundeschlichtungsausschuss, MDK-Prüfverfahren, Modellprojekte zur Auffälligkeitsprüfungen) vertreten.

Arbeitsgruppe zu § 90a SGB V (Gemeinsames Landesgremium)

Das Gemeinsame Landesgremium wurde unmittelbar nach Inkrafttreten des § 90a SGB V im Frühjahr 2012 konstituiert. In diesem Gremium sitzen die Spitzen der in § 90a SGB V genannten Institutionen (Kassenärztliche Vereinigungen, Landesverbände der Krankenkassen und KGNW). Ziel ist die Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Das Gemeinsame Landesgremium in NRW berät zu sektorenübergreifenden Themenfeldern und die diesbezüglichen grundlegenden Problem- und Aufgabenstellungen, die dann in Arbeitsgruppen bearbeitet und dem Gemeinsamen Landesgremium zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Das Gemeinsame Landesgremium in NRW hat bereits zwei Themenfelder eruiert, die aktuell beraten werden. Bereits seit 2012 wurde das Thema Entlassmanagement mit dem Schwerpunkt der Arzt/Arzt-Kommunikation bei Einweisung und Entlassung beraten. In 2013 wurden in mehreren Sitzungen, in Arbeitsgruppen, Unterarbeitsgruppen und Arbeitskreisen das Muster der ärztlichen Kurzberichte abgestimmt und die Evaluation in zwei Modellregionen eingeleitet, deren Ergebnisse Ende 2014 vorliegen sollen.

Das zweite Themengebiet umfasst die Verbesserung der (ärztlichen) Versorgung in Pflege-

heimen. Da aufgrund der enormen regionalen Unterschiede kein landesweit einheitliches Problemfeld eruiert werden konnte, wurden Modellregionen in beiden Landesteilen unter Einbeziehung von Ärztnetzen, Krankenhäusern und Pflegeheimen bestimmt, in denen die Leistungserbringer und Kostenträger vor Ort gemeinsam in entsprechenden Arbeits-

kreisen regionalspezifische Problemfelder bestimmen bzw. herausarbeiten und Lösungsansätze prüfen und erproben sollen. Auch hier erfolgt die Beratung in zahlreichen Arbeitsgruppen und -kreisen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der unterschiedlichen Arbeitskreise in den Modellregionen wird voraussichtlich Mitte 2014 erfolgen.

Koordinierungsstelle zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern beider Landesteile haben 2012 eine gemeinsame Koordinierungsstelle „Weiterbildung Allgemeinmedizin“ für Nordrhein-Westfalen gegründet, deren Entscheidungen einvernehmlich durch den Lenkungsausschuss getroffen werden. Die Konstituierung beruht auf § 5 der zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossenen „vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“.

Die KGNW hat auch für das Jahr 2013 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 2012 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.

Ziel der Zusammenarbeit ist die Förderung der Weiterbildung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses zur langfristigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Zur Umsetzung der vertraglich vorgesehenen und ggf. von der Koordinierungsstelle erweiterten oder konkretisierten Aufgabenstellungen wurden zwei Geschäftsstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Ärztekammern in den jeweiligen Landesteilen eingerichtet.

Clearingstelle NRW

Die Clearingstelle in NRW wurde als „koordinierendes Gremium“ durch den Landesvertrag zur Einrichtung einer Clearingstelle in Nordrhein-Westfalen 2010 mit dem Ziel der „Beachtung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt“ errichtet. Diese stimmt sich in Grenzfällen ab und entwickelt gegebenenfalls gemeinsame Prüfkriterien. Die Geschäftsstelle hat die KGNW übernommen. Die gemeinsame Clearingstelle übernimmt grundsätzlich keine Einzelvertragsprüfung. Die Mitglieder (Vertragsärzte bzw. Krankenhäuser) können sich nicht direkt an die Clearingstelle, sondern nur an ihre jeweils zuständige Institution der Selbstverwaltung wenden. Krankenhäuser können eine abschließende rechtsverbindliche Klärung nur über die zuständige Bezirksregierung erreichen.

Die Clearingstelle NRW kann aber auf Antrag eines Vertragspartners Kooperationsverträge beraten, soweit eine Beratung aufgrund ei-

ner besonderen Konstellation notwendig ist, d. h. nicht anhand der Leitlinie abschließend bewertet werden kann. Eine solche Konstellation war nach Ansicht der Clearingstelle für einen in 2013 vorgelegten Fall ausnahmsweise gegeben.

In der der Prüfung zu Grunde liegenden Fallkonstellation hatte ein Krankenhaus Ende November 2012 den Augenärzten im Einzugsgebiet des Krankenhauses ein Kooperationsangebot unterbreitet. Der Kooperationsvertrag wurde der Geschäftsstelle der Clearingstelle Nordrhein-Westfalen im Dezember 2012 von der KV Nordrhein mit der Bitte um Bewertung zugeleitet, nachdem ein im Bereich des Krankenhauses ansässiger Vertragsarzt dies der KV angezeigt hatte. Weitergehende Informationen können dem Rundschreiben 352/2013 vom 17.09.2013 entnommen werden.

Änderungen im Aufgabenbereich

Aufgrund der neuen Aufgabenstellungen der KGNW im Bereich § 17c KHG neu und § 116b SGB V fokussierte sich Referat IV auf Rechtsthemen. Die Betreuung von Personalthemen ist zum Teil auf andere Referate übergegangen. So werden beispielsweise die Bereiche „Pflegerberufe“ von Referat III, „Rekrutierung ausländischer Ärzte“ von Referat V und „Ausgleichsfonds/ Ausbildungsstättenfinanzierung“ von Referat I wahrgenommen. Referat IV betreut nunmehr übergeordnet den Bereich Personalwesen und ist dementsprechend für

die Organisation des Personalausschusses verantwortlich. Die Beratungsthemen werden mit den betroffenen Referaten abgestimmt. Ferner hat Referat IV seit dem 01.10.2013 die Aufgaben des Vorstandsbüros übernommen.

Politik / Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Themen im Berichtszeitraum wurden maßgeblich durch die Bundestagswahl und die von den Krankenhäusern sowohl im Vorfeld dieser Wahl als im Zuge der Koalitionsverhandlungen der zukünftigen Bundesregierung verbundenen Forderungen nach einer fairen und nachhaltigen Finanzierung der Krankenhäuser bestimmt. Im Mittelpunkt der Aktivitäten der Krankenhäuser zur Durchsetzung ihrer Positionen und ihren zentralen Forderungen aus dem Positionspapier „Faire Rahmenbedingungen für Deutschlands Krankenhäuser“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) stand die Kampagne der DKG und ihrer Mitgliedsverbände „Wir alle sind das Krankenhaus“. Neben der Unterstützung der bundesweiten Kampagne bestimmten die Diskussion und die Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 sowie die Gespräche des neuen KGNW-Präsidenten Jochen Brink mit NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens, Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU-Bundestagsfraktion Jens Spahn sowie den gesundheitspolitischen Sprecherin-

nen und Sprechern der Landtagsfraktionen die Themenstellung des Referates. Als Ansprechpartner für Medien und Öffentlichkeit informierte das Referat über diese Positionen und Forderungen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und formulierte die Erwartungen und Handlungsempfehlungen der Kliniken zu diesen Bereichen ebenso wie zu den Themenfeldern Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in NRW, Mehrleistungen, AOK-Navigator, Arzneimitteltherapiesicherheit, Hygiene, Stellung der Patientenfürsprecher/innen und Versorgung demenzkranker Patienten. Weitere Tätigkeitsschwerpunkte waren die Organisation von KGNW-Veranstaltungen in Kooperation mit anderen Referaten sowie im Bereich Internationales die Weiterentwicklung des landesbezogenen Internetportals für Weiterbildungsangebote zum Facharzt in NRW verbunden mit internationalen Aktivitäten in Österreich und in Nordgriechenland.

KG NW-Forum 2013



Auf dem KGNW-Forum 2013 am 12.12.2013 in Neuss diskutierten rund 350 Klinikvertreter und Gäste aus dem Gesundheitswesen und der Politik unter dem Titel „Bund, Länder und Krankenkassen ringen um Kompetenzen und Finanzen – wo bleiben die Krankenhäuser?“

Auf dem Podium tauschten NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens, die Vorstandsvorsitzenden des Verbandes der Ersatzkassen Ulrike Elsner, Professor Jonas Schreyögg von der Universität Hamburg, der ein Gutachten zu Ursachen und Lösungen der Leistungsentwicklung in den Krankenhäusern erarbeitet, sowie der Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft Wolfgang Pföhler und KGNW-Präsident Brink ihre Positionen aus.

Nach den Ergebnissen des Krankenhaus-Barometers des Deutschen Krankenhausinstituts hat jede zweite Klinik in 2012 rote Zahlen geschrieben. Der Druck in den Häusern ist riesengroß und man könne den Patienten und Mitarbeitern nicht länger zumuten, dass Tarifierhöhungen über Stellenabbau und weitere Arbeitsverdichtung refinanziert werden müssten, sagte KGNW-Präsident Brink.

Professor Bert Rürup hat schon im Jahr 2008 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums bestätigt, dass sich der Investitionsbedarf für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser auf jährlich rund 1,2 Mrd. Euro belaufe. Bei aktuell rund 500 Mio. Euro Landesförderung fehlten also 700 Mio. Euro. Das Land stellt nicht einmal die Hälfte der erforderlichen Mittel zur notwendigen räumlichen und technischen Modernisierung zur Verfügung, aber erhöht im neuen Krankenhausplan die Anforderungen an die Strukturqualität der Häuser. Präsident Brink appellierte an die rot-grüne Landesregierung, dass man die gewünschte Qualität gerne liefern wolle, aber dann auch die entsprechenden Mittel brauche.

Das ungelöste Problem der Krankenhäuser sei laut KGNW die fehlende faire Finanzierung und nicht, wie der Koalitionsvertrag die

Öffentlichkeit glauben machen wolle, die mangelnde Qualität in den Kliniken. Leider habe die Negativkampagne der Krankenkassen Wirkung bei den Politikern gezeigt. Hinter der Forderung der Kassen nach qualitätsorientierter Vergütung dürfe nicht das Ziel stehen, Krankenhausleistungen einem Preiswettbewerb auszusetzen, bei dem die Qualität auf der Strecke bliebe.

Herr Brink betonte, dass kein Bereich im Gesundheitswesen so transparent bei der Qualität wie die Krankenhäuser sei und dass die Kliniken sich für einen Qualitätswettbewerb aussprechen und sich neben der erfolgreichen externen gesetzlichen Qualitätssicherung auch den Vergleichsportalen im Internet stellten. Aber der Qualitätswettbewerb müsse von unabhängiger Seite auf methodisch sauberer Grundlage und mit transparenten und fairen Spielregeln stattfinden. Weil dies bei den Veröffentlichungen von sogenannten Routinedaten der AOK nicht gegeben sei, unterstütze die KGNW zwei Mitgliedshäuser bei ihren Klagen.

Die KGNW begrüßt grundsätzlich das im Koalitionsvertrag vorgesehene unabhängige Institut, das sektorübergreifend Routinedaten auswerten und veröffentlichen soll. Auch wenn die Umsetzung sicher schwierig wird und weitere Bürokratie droht, wäre es ein klarer Fortschritt in Sachen Neutralität.

Der Dachverband der NRW-Kliniken ist strikt gegen Selektivverträge die den Krankenkassen die Möglichkeit gäben, zugelassenen Krankenhäusern die Kostenübernahme für Patientenbehandlungen zu verweigern. Da-

mit würden die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen über Leistungsstrukturen und -kapazitäten in den Regionen entscheiden. Kliniken sind zentraler Baustein der elementaren Daseinsvorsorge. Deshalb müsse die Letztverantwortung beim Land bleiben, betonte Brink.

Einen Bettenabbau von rund 8.600 Betten tragen die NRW-Kliniken grundsätzlich mit und stellen sich den Verhandlungen darüber in den regionalen Planungskonferenzen. Krankenhäuser hätten auch schon in den letzten Jahren geschlossen oder sind fusioniert. Der Krankenhausmarkt in Nordrhein-Westfalen sei also längst in Bewegung und werde es bleiben.

Aktivitäten und Kampagnen im Rahmen von Investitionsfinanzierung und Krankenhausreform

Auf der Mitgliederversammlung der KGNW am 12.12.2013 wurde von Herrn Klaus Dittko, Vorstand der beauftragten Agentur Scholz & Friends, die Aktion der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur besseren politischen Berücksichtigung der Belange der Krankenhäuser unter dem Slogan „Wann immer das Leben uns braucht. Ihre Krankenhäuser“ vorgestellt. Damit werden die vorherigen Aktivitäten der Krankenhäuser auf Bundes-, Landes- und Ortsebene fortgesetzt.

Öffentlichkeit, Presse und Politik sollen im Hinblick auf die politische Diskussion in 2014 für die hohe Leistungsfähigkeit und Qualität der stationären Patientenversorgung sowie

für die finanziellen und personellen Belastungen unter Berücksichtigung des Themas „Investitionsfinanzierung“ unterrichtet und sensibilisiert werden.

Insbesondere das Problem der strukturellen Investitionsunterfinanzierung bleibt im Koalitionsvertrag ungelöst und die Länder ziehen sich auch vor dem Hintergrund leerer Kassen und der drohenden Schuldenbremse immer mehr aus ihrer Verantwortung zurück. Lösungen sind unter Berücksichtigung der Scharfschaltung der Schuldenbremse auf der Bundes- und Landesebene im Jahr 2020 dringend erforderlich.

Das ungelöste Problem der strukturellen Investitionsunterfinanzierung vor dem Hin-

tergrund leerer Kassen und der drohenden Schuldenbremse wurde von der Geschäftsstelle thematisiert und bereits in den Sitzungen des Präsidiums und des Vorstands am 27.11.2013 sowie im Rahmen der Mitgliederversammlung am 12.12.2013 als zentrales Handlungsfeld und „Mega-Thema“ der Krankenhäuser und der KGNW hervorgehoben. Dies wurde mit der Forderung nach einer Lösung durch einen „nationalen Kraftakt“ unter Beteiligung des Bundes verbunden, um das bundesweit erforderliche Fördervolumen von rund 6 Mrd. Euro (derzeit rund 2,7 Mrd. Euro) zu stemmen. Betont wurde zudem, dass sich die Kompetenz der Länder in der Krankenhausplanung bewährt hat und beizubehalten ist.

KGW-Spitze bei Gesundheitsminister Bahr und CDU-Gesundheitsexperte Spahn in Berlin

Auf der Bundesebene standen Anfang des Jahres 2013 die Diskussion über die Gewährung von Soforthilfen für die Finanzierung der Tarifkostensteigerungen in den Krankenhäusern sowie die Entwicklung der Mehrlagen in den Krankenhäusern im Vordergrund. In einem Gespräch mit Herrn Minister Bahr im Bundesgesundheitsministerium am 29.01.2013, an dem von Seiten der KGNW der Präsident, die beiden Vizepräsidenten und der Geschäftsführer teilgenommen haben, sind die aktuellen Entwicklungen im Krankenhausbereich insbesondere vor dem Hintergrund der gravierenden finanziellen Probleme vieler Krankenhäuser diskutiert

worden. Darüber hinaus ist der Politik die doppelte Degression und deren Bedeutung für die finanzielle Situation der Krankenhäuser erläutert worden.

Am selben Tag hat es auch ein Treffen mit Jens Spahn, dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, gegeben. Auch hier standen die Finanzsituation der Kliniken sowie die Themen Hygiene und Mehrleistungsproblematik im Mittelpunkt des Gesprächs.

Informationskampagne „Wir alle sind das Krankenhaus“

Start der Informationskampagne „Wir alle sind das Krankenhaus“

Die Leistung unserer Krankenhäuser verdiene Anerkennung und Unterstützung von uns allen, diesen Appell richteten die Krankenhäuser in einer bundesweiten Kampagne an die Politik mit der Forderung nach einer fairen Krankenhausfinanzierung. Diese zentrale Botschaft der bundesweiten Informationskampagne „Wir alle sind das Krankenhaus“ wurde auf zwei Motiven, die in einer ersten Staffel von Februar bis März großflächig in allen Landeshauptstädten und der Bundeshauptstadt Berlin plakatiert wurden, hervorgehoben. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ihre Mitgliedsverbände wollten die Öffentlichkeit und die Politik über die schwierige finanzielle Lage in den Kliniken und die drohenden Folgen für die Patientenversorgung informieren.

Die Krankenhäuser forderten mit der Kampagne Respekt für die täglichen Leistungen der bundesweit 1,1 Mio. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein. Neben einem respektvollen Umgang wurde als weitere Forderung erhoben, dass die Krankenhäuser von der Politik in die Lage versetzt werden müssen, ohne die Erbringung von Mehrleistungen tariflich gebundene Gehälter an ihre Beschäftigten zahlen zu können, ohne negative Jahresabschlüsse hinnehmen zu müssen.

Hintergrund der Kampagne war dass die wirtschaftliche Lage in den deutschen Krankenhäusern sich in den letzten beiden Jahren spürbar verschlechtert hat. Das war

das Ergebnis des aktuellen Krankenhaus Barometers des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), einer jährlich durchgeführten Repräsentativbefragung in den deutschen Kliniken. 2011 schrieb fast jede dritte Klinik rote Zahlen. Ihre wirtschaftliche Lage schätzte 2012 nur noch gut ein Viertel der Kliniken als gut ein. Für 2013 erwarteten 40 % der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation.

Bundesweiter Krankenhaustag am 19.02.2013 in Berlin

Über 250 Klinikmanager aus den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern und ihrer Verbände haben sich am 19.02.2013 auf den Weg nach Berlin gemacht, um der Bundespolitik beim Krankenhaustag die problematische Lage der Kliniken zu schildern. Im Rahmen der bundesweiten Informationskampagne „Wir alle sind das Krankenhaus“ forderten Klinikvertreter aus ganz Deutschland eine faire Krankenhausfinanzierung.

In Berlin wurde vor rund 1.000 Geschäftsführern und Direktoren der deutschen Krankenhäuser der parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium Annette Widmann-Mauz, den gesundheitspolitischen Sprechern sowie zahlreichen Gesundheitspolitikern der Bundestagsfraktionen im kritischen Dialog und kontroverser Diskussion die unzureichenden Vergütungsregelungen und Kürzungen als Ursache für die gravierenden Finanzierungsprobleme und die kritische Lage vieler Krankenhäuser

dargestellt. In der „Berliner Petition für eine faire Krankenhausfinanzierung“ an den Bundestag, die von den über 1000 Teilnehmern unterzeichnet wurde, ist herausgestellt worden, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland drastisch verschlechtert hat. Auf die dadurch zunehmende wirtschaftliche Bedrohung zahlreicher Kliniken, die Gefährdung der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung sowie die zu hohen Belastungen der Beschäftigten und die fehlende Zeit für die persönliche Zuwendung bei Ärzten und Pflegekräften für ihre Patienten wurde ebenfalls hingewiesen.

KGNW-Vizepräsident Joachim Finklenburg hielt einen der neun Vorträge von Krankenhausvertretern aus den verschiedenen Bundesländern und trug mit einer viel beachteten Rede die Belange der Krankenhäuser pointiert vor. Neben Landräten und Geschäftsführern von freigemeinnützigen und kommunalen Krankenhäusern hat auch ein Personalratsmitglied die Situation der Krankenhäuser dargestellt. Die positive Wirkung der Veranstaltung auf die Politik und das breite Medienecho bestimmten die nachfolgende Diskussion um die Finanzhilfen für die Krankenhäuser.

Kampagnenbroschüre und Aktionen vor Ort

Der gut besuchte Krankenhausgipfel am 19.02. 2013 in Berlin ist bei Politik und Medien auf große Resonanz gestoßen. Zahlreiche Regierungs- und Oppositionspolitiker sprachen

sich beim Gipfel und im Nachgang für kurzfristige Hilfen für die Krankenhäuser aus. Während der Beratungsphase der Politik wurde durch lokale Aktionen der Handlungsdruck der Politik erhöht.

So wurden von einigen Mitgliedshäuser Informationsveranstaltungen – zum Beispiel in Siegen und im Märkischen Kreis – durchgeführt und auf die zentralen Probleme vor Ort hingewiesen. Die KGNW hat die Mitglieder per Rundschreiben mehrfach aufgefordert, in dieser entscheidenden Phase weiterhin das Gespräch mit den lokalen Bundestagsabgeordneten und Journalisten zu suchen sowie auch Mitarbeiter und Patienten zu informieren.

Im Rahmen der Kampagne „Wir alle sind das Krankenhaus“ hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft dazu gedruckte Exemplare der zwölfseitigen Kampagnenbroschüre an die Mitgliedskrankenhäuser, die Abgeordneten des Deutschen Bundestags, die Mitglieder der Gesundheitsausschüsse der 16 Landesparlamente und die Landeskrankenhausesellschaften und die Spitzenverbände verschickt. Von der DKG-Homepage konnten die Kampagnenbroschüre und weitere Materialien heruntergeladen oder bestellt werden.

Finanzhilfen für die Krankenhäuser

In seiner Sitzung am 05.07.2013 hat der Bundesrat mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ (Beitragsschul-

dengesetz) auch das Maßnahmenpaket zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser gebilligt.

Die somatischen Krankenhäuser erhalten ab dem 01.08.2013 einen bundeseinheitlichen Versorgungszuschlag, der als prozentualer Aufschlag auf die Rechnungen für DRG's ausgestaltet ist. Er beläuft sich ab dem 01.08.2013 auf 1 % und für das Jahr 2014 auf 0,8 %. Den Krankenhäusern werden damit über den Versorgungszuschlag bundesweit zusätzliche Mittel in Höhe von ca. 250 Mio. € für das Jahr 2013 und ca. 500 Mio. € für das Jahr 2014 zur Verfügung gestellt. Für die Kliniken in NRW sind das ca. 60 Mio. € in 2013 und ca. 115 Mio. € in 2014.

Zur anteiligen Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen in 2013 ist darüber hinaus von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene eine Tarifausgleichsrate zu vereinbaren, die auch basisrelevant für den Landesbasisfallwert ist. Die Tarifausgleichsrate soll ab einem von den Selbstverwaltungspartnern ebenfalls zu vereinbarenden Zeitpunkt zunächst auf den Versorgungszuschlag aufgeschlagen werden, so dass die Landesbasisfallwerte 2013 nicht neu verhandelt werden müssen. Die basiswirksame Berücksichtigung der Tarifausgleichsrate soll über die Landesbasisfallwerte 2014 erfolgen. Das Volumen der Tarifausgleichsrate beläuft sich auf ca. 150 Mio. € in 2013 plus Basiseffekt in 2014 in gleicher Höhe.

Mit dem Hygiene-Förderprogramm sollen in den Jahren 2013 bis 2016 insbesondere die Neueinstellung und Aufstockung vorhande-

ner Teilzeitstellen von Hygienepersonal sowie die Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften zu qualifiziertem Hygienepersonal gefördert werden. Förderfähig ist auch die Hinzuziehung von externen Krankenhaushygienikern mit bis zu 400 € pro Tag. Allein in 2013 stünden hierfür 17 Mio. €, in 2014 stünden 40 Mio. € zur Verfügung. Laut Aussagen des Bundesgesundheitsministeriums werden bis zum Jahre 2020 insgesamt 365 Mio. € bereitgestellt.

Für die Verhandlung des Veränderungswertes, der die Obergrenze für die Entwicklung der Landesbasisfallwerte darstelle, wurde den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene für die Jahre 2014 und 2015 der Verhandlungskorridor bis zum vollen Orientierungswert eröffnet. Für den Fall, dass der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreite, gilt die höhere Grundlohnrate.

Aus KGNW-Sicht wurde das Gesamtpaket der Maßnahmen für den Krankenhausbereich insgesamt positiv bewertet. Anfang des Jahres war so ein Paket nicht zu erwarten. Für die problemlose Zustimmung im Bundesrat im Sinne der NRW-Krankenhäuser war auch der persönliche Einsatz von Gesundheitsministerin Steffens und der Staatskanzlei von Ministerpräsidentin Kraft entscheidend.

Positionen der Krankenhäuser zur Bundestagswahl und Koalitionsverhandlungen

Die Krankenhäuser in Deutschland wünschen sich faire Rahmenbedingungen. Wie diese aus Sicht der Kliniken aussehen, hat

die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihren Positionen für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages verfasst. Zentrale Handlungsfelder sind

- die Sicherung der Teilhabe aller Patienten am medizinisch-technischen Fortschritt,
- der Erhalt der Wahlfreiheit der Patienten und der kassenunabhängigen Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen in der Trägervielfalt,
- die Sicherung und Förderung der Qualität der Patientenversorgung,
- die nachhaltige Weiterentwicklung des Finanzierungssystems,
- die Schaffung fairer Rahmenbedingungen für die ambulante Krankenhausversorgung sowie
- der Abbau unnötiger Bürokratie.

Die KGNW hat noch besonders auf Seite 6 der DKG-Positionen hingewiesen: „Ungelöst geblieben ist das Problem der unzureichenden Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Bundesländer. Die vor diesem Hintergrund vom Bund und Ländern vorgetragenen, gegenseitigen Schuldzuweisungen belasten die Krankenhäuser und müssen aufhören. Eine Klärung des Problems durch Bund und Länder ist zwingend erforderlich und muss zeitnah erfolgen.“ Die KGNW hat diese Positionen an einen NRW-Verteiler von Politik, Selbstverwaltung und Medien verschickt und in diversen Veranstaltungen und Gesprächen dafür geworben.

Da der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 27.11.2013 formuliert hin-

sichtlich Qualitäts- und Personalvorhaltung höchste Anforderungen an die Krankenhäuser, aber leider keine nachhaltige Lösung der Finanzprobleme der Krankenhäuser. Die unzureichende Investitions-kostenfinanzierung und die Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte wurden auf eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe und das Jahr 2014 vertagt. Umso mehr gilt es auf Landes- und Bundesebene zum Wohl der Krankenhäuser zu streiten.

Fortführung der Kampagne „Wir alle sind das Krankenhaus“

Seitens der DKG wurden im Zusammenhang mit den zukünftigen gesundheits- und krankenhauspolitischen Entwicklungen Aktivitäten vorbereitet, um das Image der Krankenhäuser in der öffentlichen Wahrnehmung zu stärken und um parallel auf aktuelle politische Entwicklungen reagieren zu können. Hierzu ist vom DKG-Vorstand ein Kampagnenbeirat mit Mitgliedern des Präsidiums und Vorstands der DKG etabliert worden. Die KGNW ist durch Präsident Brink (Vertreter: Geschäftsführer Matthias Blum) und Vizepräsident Morell in diesem Beirat vertreten.

In den Sitzungen sind drei inhaltliche Eckpunkte der Kampagne erarbeitet worden, die von der Agentur Scholz & Friends umgesetzt werden sollen:

1. Die Autonomie der Patienten hinsichtlich ihrer Entscheidung, frei einen Arzt und ein Krankenhaus zu wählen, soll er-

halten bleiben. Damit soll ein Gegenpol zur Forderung nach Selektivverträgen, die in verschiedenen Parteiprogrammen aufgeführt sind, gebildet werden.

2. Die Krankenhäuser sprechen sich für eine humane Behandlung der Patienten mit ausreichend Zeit für die Belange der Patientinnen und Patienten aus. Letzteres zielt auf eine ausreichende personelle und sachliche Ausstattung, womit auf den Fachkräftemangel und die notwendige Finanzierung aufmerksam gemacht werde.
3. Ebenso soll weiterhin die Forderung nach einer fairen Krankenhausfinanzierung aufrechterhalten werden – verbunden mit der Forderung nach einer nachhaltigen Finanzierung, um auf Dauer die Attraktivität der Arbeitsplätze zu erhalten.

Von zentraler Bedeutung für den Erfolg der Kampagne ist ein erfolgreicher Dreiklang mit Aktionen auf Bundes-, Landes- und Ortsebene.

Krankenhausplan NRW 2015



An der Informations- und Diskussionsveranstaltung am 07.11.2013 zum neuen Krankenhausplan 2015 auf Einladung der KGNW nahmen Vertreter des Ministeriums für Gesundheit Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und den Bezirksregierungen teil.

Zum Krankenhausplan wurde nach der Veröffentlichung des Entwurfs zum Jahresbeginn in einer Pressemitteilung deutlich gemacht, dass der durch das MGEPA vorgelegte Entwurf in wesentlichen Punkten Spielräume für Interpretationen, deren Auswirkungen gravierend sein könnten, eröffnet und die Krankenhäuser dies insbesondere im Hin-

blick auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung in NRW mit großer Sorge betrachten.

Besonders hervorgehoben wurde insbesondere in Zusammenhang mit der zukünftigen Bettenausstattung der Intensivstationen von mindestens 8-12 Betten, dass aktuell

über 22 % der Krankenhäuser in NRW, die nur 2 bis 7 Intensivbetten vorhalten, diese Anforderungen nicht erfüllen und dass durch diese vorgesehene Regelung die medizinische Leistungsfähigkeit, insbesondere im ländlichen Gebiet, nachhaltig in Frage gestellt wird und die Rettungsdienste vor unlösbare Probleme gestellt werden. Auch könnten die neuen personellen Anforderungen bei der Besetzung der Intensivstationen die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser nicht erfüllen. Kritisiert wurde vor diesem Hintergrund auch, dass diese neuen strukturellen und personellen Anforderungen auf Studien basieren, die für die Krankenhausgesellschaft weder wissenschaftlich ausreichend fundiert, noch in ihrer jeweiligen Tragweite abschätzbar sind. Vielmehr müsse Krankenhausplanung verlässliche und interpretationsfreie Rahmenbedingungen schaffen, die ein tragfähiges Gleichgewicht zwischen den Zielrichtungen der Krankenhausversorgung – patientengerecht, qualitativ hochwertig, ortsnah, bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich – zulassen, lautete die KGNW-Forderung hinsichtlich des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“.

Ein weiterer Kritikpunkt der KGNW war, dass der Entwurf der Landesregierung sich immer wieder auf Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften bezieht und diese zum Standard erhebt, ohne dass diese strukturiert wissenschaftlich bewertet worden sind. Die Krankenhausvertreter fordern hier anerkannte Verfahren ähnlich der Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Im Entwurf bliebe auch der Versor-

gungsauftrag des einzelnen Krankenhauses unklar. Es werde eine flächendeckende gestufte Versorgung beschrieben, aber ein „allgemeiner Versorgungsauftrag der örtlichen Versorgung“ genannt. Eine Abgrenzung zu einem „darüber hinausgehenden Versorgungsauftrag“, also einer weiteren „Stufe“, werde nicht konkret definiert. Streitfälle seien vorprogrammiert, da für die Beteiligten regionaler Planungskonzepte vollständige Planungsgrundlagen fehlten.

Als zentrale Forderung wurde die Definition und Ausgestaltung des Versorgungsauftrages hervorgehoben, die in der Hoheit des Landes bleiben muss und die nicht Gegenstand der Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen werden darf. Hier sehe der Entwurf in der Inneren Medizin und der Chirurgie „erweiterte Möglichkeiten einer mit den Krankenkassen abgestimmten Differenzierung“ vor. Nach Einschätzung der KGNW hat diese Formulierung erhebliche Auswirkungen auf den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses und vor dem Hintergrund der bereits abgeschafften Teilgebieteplanung würden damit die Budgetverhandlungen unangemessen und bedenklich ausgeweitet.

Weiterhin wurde zu Jahresbeginn aufgrund der zahlreichen offenen und ungeklärten Fragen die Forderung nach einem transparenten und fairen Dialog, nach einer erneuten Beratung im Landesausschuss für Krankenhausplanung oder einer Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss des Landtags erhoben und die Einbeziehung der Krankenhäuser in die Vorberatungen des Entwurfs massiv kritisiert.

Diese zentralen Positionen wurden gegenüber den Medien, der Öffentlichkeit und der Politik kontinuierlich betont und bei Anfragen – insbesondere in Zusammenhang mit der Landtagsanhörung am 07.03.2013 – immer wieder herausgestellt.

Hinsichtlich der Umsetzung der Pläne für die Psychiatrie/Psychosomatik und die Geriatrie wurde betont, dass diese Pläne noch Zeit brauchen, da zu klären sei, ob und in welchem Umfang die personellen Strukturen bereits vorhanden sind oder erst noch aufgebaut werden müssen. Funktionierende Verbünde und Kooperationen dürften nicht

zerschlagen werden. Insgesamt sollten keine Kapazitäten abgebaut werden, die man später mühsam wieder aufbauen müsse.

Im weiteren Verlauf des Diskussions- und Umsetzungsprozesses des Krankenhausplans wurde aber auch deutlich gemacht, dass die KGNW die Umsetzung konstruktiv begleiten werde und letztlich die Umsetzung vor Ort mit dem erforderlichen Augenmaß von Land und Krankenkassen entscheidend sein werde. Begrüßt wurde das Angebot von Ministerin Steffens zum intensiven Dialog.

KGW-Frühjahrsempfang 2013



Der Frühjahrsempfang der KGNW am 13.03.2013 war wieder eine Plattform für einen offenen, lebhaften und konstruktiven Dialog über die Herausforderungen in der Patientenversorgung.

KGW-Präsident Jochen Brink hat die schwierige Lage der Kliniken und die Bedenken beim neuen Krankenhausplan thematisiert und einen Appell für eine faire Krankenhausfinanzierung an die anwesenden Politiker und Journalisten gerichtet. NRW-Gesundheitsministerin Barbara Stef-

fens zeigte viel Verständnis für die finanziellen Nöte der Kliniken und verteidigte ihren Krankenhausplan für NRW mit Nachdruck. Sie wies daraufhin, dass der Bezug auf medizinische Leitlinien wie z. B. bei den Intensivbetten nur eine Richtgröße und nicht verbindlich sei.

KGW zur OECD-Studie „Mengenentwicklung im Krankenhaus“

Eines der beherrschenden Themen des Jahres war die Leistungsentwicklung in den Krankenhäusern. Die Kliniken mussten sich immer wieder dem Vorwurf der Krankenkassen von zu vielen und unnötigen Operationen stellen, der verstärkt im Zusammenhang mit der im April veröffentlichten OECD-Studie „Managing Hospital Volumes“ von Politik und Medien erhoben wurde.

DKG und KGNW argumentierten das die OECD-Studie den Kliniken in Deutschland ein international herausragend hohes Versorgungs- und Leistungsniveau, ein weltweit einmaliges Qualitätssicherungssystem, unbeschränkten und flächendeckenden Zugang für die Patienten zu Qualitätsmedizin bescheinigt.

Dass Deutschland bei der Häufigkeit einer Reihe von Behandlungen eine Spitzenposition einnimmt, ist zunächst einmal als Ausdruck eines wünschenswert breiten und offenen Zugangs der Patienten zu stationären Leistungen und als Qualitäts- und Vertrauensbeweis für die Krankenhäuser in Deutschland zu werten. Die OECD-Studie gibt auch nicht an, welches Leistungsniveau

im internationalen Rahmen dem tatsächlichen Bedarf entspricht.

Demgegenüber kam eine im Dezember 2012 veröffentlichte Studie des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) unter anderem zu dem Ergebnis, dass die Zahlen der von den Krankenkassen kritisierten Leistungen, wie z. B. Hüft- und Knieersatz, angesichts der immer größer werdenden Zahl älterer Menschen in Deutschland keine Auffälligkeiten darstellen. Im Vergleich mit hoch entwickelten Gesundheitssystemen in Staaten wie USA und Schweiz liegen auch bei vielen anderen Leistungen keine Besonderheiten vor. Im Grunde bestätigen die Autoren der Studie, dass das Leistungs-geschehen in Deutschland nicht allein mit der demographischen Entwicklung erklärt werden kann, sondern dass alle Faktoren, von der Demographie über den medizinischen Fortschritt, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten für Patienten und niedergelassene Ärzte sowie die Qualität und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems berücksichtigt werden müssten.

KGW zum Vergleichsportal „Krankenhausnavigator“ der AOK

Mit massiver Kritik und zwei Musterverfahren von Mitgliedskrankenhäusern vor dem Sozialgericht Berlin und dem Landgericht Köln reagierten KGNW und NRW-Kliniken auf die Veröffentlichung des Vergleichsportals der AOK, dem „AOK-Krankenhausnavigator“. Nach Veröffentlichung wurden aufgrund der Eilbedürftigkeit zunächst zwei Anträge im einstweiligen Rechtsschutz von den die Musterverfahren führenden Krankenhäusern eingereicht, die auf Unterlassung des Vergleichs auf Basis von QSR-Daten, insbesondere der seit August 2013 neu aufgenommenen Indikatoren im Bereich der PCI, zielten. Die inhaltlichen „Angriffe“ in den Eilverfahren wurden auf ein Gutachten zur Bewertung der Methodik gestützt. Beide Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz wurden erstinstanzlich abgewiesen, enthielten aber keine inhaltlichen Aussagen zur Rechtmäßigkeit, sondern beschränkten sich ausschließlich auf die Frage der Eilbedürftigkeit. Die ersten Instanzen hatten die Rechtswidrigkeit der Methodik und Darstellung im Krankenhausnavigator damit weder bestätigt noch verworfen. Aus diesem Grund wurden Rechtsmittel im einstweiligen Rechtsschutz eingelegt.

Die Reaktionen aus dem NRW-Krankenhausbereich löste eine Vielzahl von Medienanfragen aus, die in einem längeren Beitrag des WDR-Magazins Westpol mündeten.

Gegenüber den Medien wurde deutlich gemacht, dass die Kliniken Transparenz in

der Qualität nicht ablehnen und für einen Wettbewerb um Qualität nach fairen Spielregeln stehen, aber einen intransparenten und in der Selbstverwaltung ungestimmten Alleingang der AOK nicht hinnehmen wollen. So streiten die Krankenhäuser mit Unterstützung der KGNW für eine im G-BA gemeinsam abgestimmte, auf breiter und solider Datenbasis stehende Qualitätstransparenz, die einen strukturierten Dialog zulässt. Darauf hingewiesen wurde aber, dass nicht nachgewiesene oder fehlerhafte Bewertungen in den Vergleichsportalen insbesondere beim Krankenhausnavigator der AOK sowie die neu von der AOK aufgenommenen Indikatoren (PCI) bei zahlreichen NRW-Krankenhäusern erheblichen Unmut erzeugt haben.

Diese Positionen wurden in einer Presseerklärung vertreten und die Kritik an den von der AOK im Vergleichsportal Krankenhausnavigator verwendeten QSR-Daten (Qualitätssicherung mit Routinedaten) mit dem Hinweis, dass es gesetzlich geregelt sei, dass Krankenhäuser auf Grundlage ihrer Qualitätsberichte verglichen werden dürfen, besonders betont. Aber der AOK-Krankenhausnavigator verwende darüber hinaus zunehmend Daten, die bislang nicht vom laut Gesetzgeber dafür zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dessen unabhängigen Instituts AQUA festgelegt worden seien. Es würden Kennzahlen aus Abrechnungsdaten der AOK-Versicherten bestimmt und als Indikatoren

für Qualität veröffentlicht. Die KGNW stellte die Berechtigung der AOK dazu in Frage und warf der Krankenkasse neben methodischen Schwächen vor allem fehlende Transparenz vor.

Weitere Kritikpunkte der KGNW die in der Presseerklärung hervorgehoben wurden, waren dass Vergleichsportale, die Patienten bei der Wahl ihres Krankenhauses beraten wollen, den hohen Ansprüchen für die Bewertungskriterien genügen und die Vergleiche auf validen medizinischen Indikatoren beruhen müssen. Die Verantwortlichen in den Kliniken brauchen ein zeitnahes und umfassendes Feedback, um im Rahmen des Qualitätsmanagements Auffälligkeiten ihres Hauses zu analysieren und erforderliche Maßnahmen zur Verbesserung einleiten zu kön-

nen. Bei den QSR-Daten der AOK ist dies aus Sicht der KGNW nicht gegeben.

Den Krankenhäusern werden zudem auch Ereignisse negativ angelastet, die nichts mit der eigentlichen Operation zu tun haben, was an zwei Beispielen deutlich wird. Das Versterben von Patienten innerhalb eines Zeitraumes nach dem Krankenhausaufenthalt wird einer Klinik als „schlechte Qualität“ attestiert, ohne zu wissen, ob der Patient tatsächlich an einer Komplikation oder durch einen Verkehrsunfall zu Tode gekommen ist. Komplikationen, die durch einen Sturz des Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auftreten und eventuell eine Nachbehandlung bei orthopädischen Leistungen erforderlich machen, werden dem Krankenhaus ebenfalls als „schlechte Qualität“ attestiert.

Landesgesundheitskonferenz 2013

Die Landesgesundheitskonferenz 2013 (LGK) hat am 22.11.2013 im Präsidentenschlösschen der Bezirksregierung Düsseldorf unter Beteiligung der KGNW stattgefunden. Im Mittelpunkt der diesjährigen LGK standen neben der Diskussion zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage auch die Verabschiedung der Entschließung zum Schwerpunktthema „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“. Erstmals wurde unter Federführung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MEGA) in diesem Jahr geplant, in Zusammenhang mit der LGK 2013 die Preisverleihung zum

diesjährigen Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ durchzuführen. Der Wettbewerb stand unter dem Thema „Arzneimitteltherapiesicherheit“ der letztjährigen LGK. Mit diesem Wettbewerb zeigt die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf. Als Jury-Mitglied hat die KGNW an der Auswahl der Projekte mitgewirkt, die mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet wurden.

Das Schwerpunktthema der diesjährigen LGK wurde bereits in der letztjährigen LGK am 22.11.2012 vereinbart und geht insbesonde-

re auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und den Aktionsplan „NRW inklusiv“ zurück. Zur wissenschaftlichen Unterstützung der Erarbeitung der EntschlieÙung hat das MGEPA auch bei dieser EntschlieÙung mit dem Institut für Pflegewissenschaften in Kooperation mit der Universität Bielefeld wiederum externen Sachverstand hinzugezogen. Die EntschlieÙung wurde in Sitzungen des Vorbereitenden Ausschusses (VA) der Landesgesundheitskonferenz und einer Arbeitsgruppe dieses Ausschusses unter Beteiligung der KGNW ausführlich und intensiv diskutiert.

Mit der EntschlieÙung zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen hat die LGK ein Thema aufgegriffen, das die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in den Blick nimmt, die für Menschen mit Behinderungen in besonderer Weise Bedeutung erlangen können wie z. B. der zunehmende Wettbewerb im Gesundheitswesen, die Segmentierung und Unübersichtlichkeit der Versorgungsstrukturen sowie die Ausdifferenzierung der sozialen Sicherungssysteme.

Neben der Beschreibung der Ausgangslage und einer Defizitanalyse wurden in der EntschlieÙung Handlungsempfehlungen aufgenommen worden, um die dargestellten Defizite kurz-, mittel- und langfristig abzustellen. Die Landesgesundheitskonferenz will mit dieser EntschlieÙung die Ziele der UN-BRK im Rahmen ihrer Verantwortlichkeiten nachhaltig umsetzen. Zudem soll deutlich gemacht werden, dass sich die Mitglieder der LGK für die Sicherstellung einer wohnortnahen, barrierefreien und flächendeckenden Versorgung mit Präventions-, Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegeangeboten einsetzen, die für Menschen mit und ohne Behinderungen zugänglich sind. Zum Ausdruck kommen soll weiterhin, dass nur auf diesem Weg der notwendige Entwicklungsprozess zu einer inklusiven Gesellschaft erfolgreich umgesetzt werden kann und, dass basierend auf dem Selbstverständnis der LGK, sich ihre Mitglieder verpflichten, die Umsetzung der nachfolgenden Handlungsempfehlungen aktiv voranzubringen.

Versorgung von Demenzerkrankten in Krankenhäusern



Der Paritätische NRW und die KGNW stellten am 09.07..2013 im St. Anna Hospital in Herne das landesweite Projekt „Förderung der Umsetzung demenzsensibler Versorgungsprojekte“ vor. Kim-Holger Kreft, Geschäftsführer des Allgemeinen Krankenhaus Viersen, berichtete über seine Erfahrungen aus der Praxis.

Der demografische Wandel mit einem zunehmenden Anteil älterer Menschen hat in den Krankenhäusern zu einer Steigerung der Zahl von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz oder mit kognitiven Einschränkungen geführt. Im Hinblick auf diese Entwicklungen fördert das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) ein auf drei Jahre angelegtes Projekt „Förderung der Umsetzung demenzsensibler Versorgungsprojekte“ der GSP - Gesellschaft für soziale Projekte. Im Rahmen des Projekts wurde ein Unterstützungsprogramm für Krankenhäuser in NRW zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten erarbeitet.

Gemeinsam stellten der Paritätische NRW und die KGNW im St. Anna Hospital in Herne am 09.07.2013 das Programm vor über 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Rahmen

einer Informationsveranstaltung vor. Mit Hilfe des Programms soll es den Krankenhäusern schneller gelingen, ein

effizientes demenzsensibles Konzept umzusetzen und das Personal deutlich zu entlasten sowie die Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten in möglichst kurzer Zeit den spezifischen Bedürfnissen anpassen zu können, damit Demenzerkrankte das Krankenhaus in einem besseren Allgemeinzustand verlassen können. Aus Sicht der Krankenhäuser wies KGNW-Präsident Jochen Brink auf den hohen Hilfe- und Pflegebedarf bei der Patientenversorgung von chronisch Kranken sowie bei psychischen und vor allem dementiellen Erkrankungen hin. Hier stünden die Krankenhäuser aufgrund des Ärztemangels und des sich abzeichnenden Mangels an Pflegepersonal vor großen Herausforderungen.

Im Zuge der Veranstaltung hoben Dr. Susanne Angerhausen und Cornelia Plenter von der GSP hervor, dass die Kliniken bei der Umsetzung von Maßnahmen, mit denen die Versorgung von Menschen mit einer Demenz an deren Bedürfnisse angepasst werden, ebenso wie bei der Entwicklung und Einführung von passgenauen Konzepten für eine demenzsensible Versorgung unterstützt werden sollen. Weiterhin sollen die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Entwicklung und Umsetzung von Prozessen in diesem Bereich gestärkt werden. In diesem Kontext erläuterte Dr. Klaus Wingenfeld, Geschäftsführung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, die zentralen Elemente einer demenzsensiblen Versorgung im Krankenhaus, die zur Optimierung von Pflege und medizinischer Behandlung führen und die

Versorgungssituation Demenzkranker in den Kliniken weiter verbessern können. Ihre Erfahrung aus der Praxis bei der Implementierung von demenzsensiblen Versorgungsstrukturen stellten Kim-Holger Kreft, Geschäftsführer des Allgemeinen Krankenhaus Viersen, und Elke Harms als Pflegedirektorin am Beispiel ihres Krankenhauses dar.

Das in Herne vorgestellte Programm, das von der KGNW als Kooperationspartner aktiv unterstützt wird, sieht in der weiteren Umsetzung vor, dass die konkrete Unterstützung der Projektverantwortlichen in den Kliniken und die Vermittlung der Inhalte über einen Zeitraum von zwei Jahren u. a. durch eine Reihe von sechs fachlich begleiteten Praxis-Workshops erfolgt, die Ende 2013 beginnen sollen.

Netzwerktagung für Patientenfürsprecher in Bochum

Das Engagement der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zu würdigen, das Potenzial dieses besonderen Ehrenamts für die Patientinnen und Patienten und die Krankenhäuser bewusst zu machen, Informationen und Hilfestellung zu bieten sowie die landesweite Vernetzung zu unterstützen, waren Ziele der ersten landesweit organisierten Netzwerktagung „Zusammen Wege gehen“ der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher am 19.09.2013 in Bochum. Organisiert wurde die Veranstaltung vom Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation,

Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen (MGE-PA) gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) und dem Patientenbeauftragten der nordrhein-westfälischen Landesregierung.

Gesundheitsministerin Barbara Steffens würdigte in ihrer Eröffnungsrede die überwiegend ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher als wichtige Ansprechpersonen für Kranke und deren Angehörige und als eine wichtige Instanz im Gesundheitswesen, die einen erheblichen Beitrag dazu leisten, das Gesundheitssystem menschlicher zu machen.

In der Veranstaltung wurde deutlich, dass unabhängige Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher anschaulich Auskunft darüber geben können, wie sie die Praxis im jeweiligen Krankenhaus empfinden und wie sie als Vertrauenspersonen auch wichtige Ratgeber für die Verantwortlichen in den Kliniken sein können. Hervorgehoben wurde zudem, dass insbesondere bei einem Krankenhausaufenthalt von älteren oder behinderten Menschen Unterstützungsdienste wie die Grünen Damen und Herren, die Sozialen Dienste, die Krankenhauseelsorge und eben die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher besonders wichtig sind.

Hier sei es das gemeinsame Anliegen der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, der KGNW und des nordrhein-westfälischen Patientenbeauftragten Dirk Meyer die ehrenamtliche Arbeit der Patientenbeauftragten zu stärken und ihre wertvolle Arbeit bekannter

zu machen, erklärte die Ministerin. Jochen Brink, Präsident der KGNW, hob hervor, dass die gute Zusammenarbeit mit den Patientenfürsprecherinnen und -sprechern eine wichtige Aufgabe für die Geschäftsführungen der Krankenhäuser ist, um die patientenzentrierte Behandlung weiter zu verbessern und mit dieser Veranstaltung wollte die KGNW bei ihren Mitgliedern für einen intensiven Dialog mit den ehrenamtlich Tätigen werden.

Das gemeinsame Anliegen, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und konkrete Hilfestellung und Unterstützung in schwierigen Situationen im Krankenhaus zu ermöglichen, unterstrichen Dirk Meyer, Beauftragter der Landesregierung für Patientinnen und Patienten und Gregor Bornes vom Gesundheitsladen Köln e.V. als zentrale Aufgabe der ehrenamtlich Tätigen ebenso wie der Leiter des Landes zentrums Gesundheit NRW, Arndt Winterer.

Internationale Aktivitäten



NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens unterstützt die Initiative „docjobs-nrw“.

Die im Jahr 2010 begonnenen internationalen Aktivitäten in Österreich zur Werbung für eine Facharztweiterbildung in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern wurden weiter geführt und mit Aktivitäten in Nordgriechenland ausgebaut.

Jobmessen in Österreich

Auf Einladung der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) fanden auch in diesem Jahr wieder die Jobmessen in Innsbruck, Graz und Wien vom 28. bis 30.10.2013 unter Beteiligung von Kliniken und Klinikverbänden aus Nordrhein-Westfalen sowie Krankenhäusern aus weiteren Bundesländern und aus Österreich statt. Das Ziel war, in diesen drei österreichischen Universitätsstädten insbesondere Studenten im letzten Studienabschnitt, Studienabsolventen sowie Jungmediziner, die sich in postpromotioneller Weiterbildung befinden, anzusprechen. Neben den Krankenhäusern hat sich auch die

Projektgemeinschaft der landesweiten Initiative „Ausländische Ärztinnen und Ärzte/docjobs-nrw“, die vom Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, dem Landeszentrum Gesundheit NRW, den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie der KGNW getragen wird, mit einem Informationsstand beteiligt. Neben den Jobmessen sollte die Meinungs- und Erfahrungsaustausch sowie die Zusammenarbeit mit Vertretern der ÖÄK und österreichischen Krankenhäusern fortgeführt. Diese Zusammenarbeit baut auf der Grundlage einer „Freundschaftsvereinbarung“ aus dem Jahre 2010 zwischen der Österreichischen Ärztekammer und Nordrhein-Westfalen insbesondere im Bereich der fachärztlichen Weiterbildung auf und wurde mit einer Begrüßungsveranstaltung am 11.04.2013 in Düsseldorf für alle in NRW tätigen österreichischen Ärztinnen und Ärzte intensiviert.

An dieser Veranstaltung, die unter Federführung der KGNW als Mitglied der AG „Ausländische Ärztinnen und Ärzte /www.docjobs-nrw.de“ durchgeführt wurde, haben über 50 der mehr als 300 in NRW beschäftigten österreichischen Ärztinnen und Ärzte teilgenommen. Sie wurden von der nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerin Barbara Steffens, dem Vizepräsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Bernd Zimmer, dem Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Theodor Windhorst sowie KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum begrüßt. Von Seiten der ÖAK nahm ihr Vizepräsident, Dr. Harald Mayer an der Veranstaltung teil. Mit dieser Veranstaltung sollte den Ärztinnen und Ärzten eine Kommunikationsplattform zu einem Meinungs- und Erfahrungsaustausch und die Möglichkeit geboten werden, mit Kolleginnen und Kollegen, die den gleichen beruflichen Weg gegangen sind, ins Gespräch zu kommen. Vor dem Hintergrund des sich zurzeit außerhalb der Ballungsräume und Großstädte abzeichnenden Ärztemangels in Österreich sollen Entwicklungsoptionen für die zukünftige Zusammenarbeit erarbeitet werden.

Zusammenarbeit mit Nordgriechenland

Die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen Nordgriechenland und NRW unter Beteiligung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser wurde auch 2013 mit der Durchführung einer Delegationsreise sowie einer Jobmesse unter Beteiligung von Kliniken und Klinikverbänden aus Nordrhein-Westfalen in Thessaloniki weitergeführt.

Die diesjährige Messe wurde wieder von einer Delegationsreise unter Federführung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) mit Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums, der Ärzteschaft, des Landesentrums Gesundheit NRW und der KGNW begleitet. Als Mitglied der Delegationsreise nahmen seitens der KGNW Frau von Germeten-Ortmann, Vorstandsmitglied und Vorsitzende des Fachausschusses Personalwesen der KGNW, und Herr Gebhardt als Präsidiums- und Vorstandsmitglied der KGNW teil. Zudem fand parallel zu der zweitägigen Messe ein Symposium statt. Der Programmablauf der Veranstaltungen sah eine gemeinsame offizielle Eröffnungsveranstaltung am 07.11.2013 unter Beteiligung der Vertreterinnen und Vertreter der Delegationsreise und der beteiligten griechischen Institutionen vor. Die Organisation und Umsetzung der Jobmesse vor Ort lag in diesem Jahr beim Zentrum für Gesundheitsmanagement (ZfG) Herten, das über gute Kontakte nach Griechenland verfügt.

Planung und Durchführung von Sprachkursen

Zeitnah zu der diesjährigen Jobmesse wurde ein zweiter Sprachkurs für interessierte griechische Ärztinnen und Ärzte in Kooperation mit dem Goethe-Institut in Thessaloniki gestartet. Auf diesen Sprachkurs könnten die Kliniken während der Messe gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die eine Anstellung in NRW anstreben, hinweisen und die interessierten Ärztinnen und Ärzte, die den für die Erteilung der deutschen Approbation notwendigen Sprachstand in Thessaloniki von

Grund auf erlernen wollten, konnte von den Kliniken direkt zu diesem Kurs angemeldet werden. Der Kurs baut auf den Erfahrungen des Pilotkurses vor Ort in Thessaloniki mit 15 griechischen Ärztinnen und Ärzten auf, der im Januar 2013 im Goethe-Institut in Thessaloniki gestartet wurde. Unter Berücksichtigung der beiden Sprachkurse im Goethe-Institut in Thessaloniki sind seit Beginn des berufsbezogenen Sprachqualifikationsprogramms für ausländische Ärztinnen und

Ärzte im Oktober 2012 bereits über 30 Kurse in NRW von der AG „Ausländische Ärztinnen und Ärzte / docjobs-nrw“ in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gestartet worden. Weitere Kurse sind in der konkreten Umsetzungsphase. In diese Kurse konnten bisher 359 Ärztinnen und Ärzte von insgesamt 406 bei den vom BAMF vorliegenden Anträgen durch die AG und die Lotsenstelle im Landeszentrum Gesundheit vermittelt werden.

Überprüfungsverfahren der Sprachkenntnisse ausländischer Angehöriger akademischer Heilberufe

Für ausländische Ärztinnen und Ärzte in NRW bestehen auf der Grundlage des neuen Konzepts verstärkt Möglichkeiten, neben der fachlich-medizinischen Kompetenz auch die Kenntnisse der deutschen Sprache zu verbessern. So können zum Erwerb berufsbezogener Sprachkompetenz und zur Verbesserung der Sprachkenntnisse in NRW durch die Arbeitsgruppe „docjobs-nrw / Ausländische Ärztinnen und Ärzte“, an der neben dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), die beiden Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, das Landzentrum Gesundheit und die KGNW beteiligt sind, allen interessierten Ärztinnen und Ärzten kostenfreie Sprachkurse angeboten werden. Diese sind durch eine Ausweitung eines Sprachqualifikationsprogramms des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge ermöglicht worden. Im Rahmen der Beratungen zur Entwicklung dieses Sprachkursprogramms in der Arbeitsgruppe wurden verstärkt thematisiert, dass ausländische Ärztinnen und

Ärzte vor Erteilung einer Approbation gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 5 BÄO über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen müssen, aber eine Regelung fehlt, wie der Nachweis ausreichender Sprachkenntnisse erbracht werden sollte. Daraus resultieren unterschiedliche Anforderungen für die Sprachprüfungen in den einzelnen Bundesländern und führen als Folge zu einem Nachteil einzelner Bundesländer im Hinblick auf die Standortwahl zur Facharztausbildung ausländischer Ärztinnen und Ärzte. Weiterhin wird auch in NRW die Fähigkeit zur medizinischen Korrespondenz (z. B. die Anfertigung eines Arztbriefs) nicht überprüft. So müssen ausländische Ärztinnen und Ärzte um in NRW die Erteilung der Approbation zu erreichen, ihre Sprachkompetenz in der Regel durch ein Sprachzertifikat der Stufe B 2 des „Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER)“ und durch einen von der Bezirksregierung durchgeführten Fachsprachtest nachweisen.

Die Arbeitsgruppe „Ausländische Ärztinnen und Ärzte“ hat auf Anregung der Ärztekammer Nordrhein Vorschläge zur Veränderung und zur künftigen Durchführung der Fachsprachprüfungen erarbeitet, die in einem Entwurf für die Verfahrensgrundsätze des MGEPA aufgenommen wurden. Seitens des MGEPA wurden alle verkammerten Heilberufe in die Konzeption zu einem einheitlichen Überprüfungsverfahren der erforderlichen Sprachkenntnisse einbezogen. Ein entsprechender Entwurf wurde vom MGEPA mit den Ärzte- und Zahnärztekammern abgestimmt und wird nach den geplanten abschließenden Beratungen im Parlament als allgemeine Weisung nach § 9 Abs. 2 HeilBerG durch das MGEPA erlassen.

Zukünftig soll unter Berücksichtigung des Vorschlags der Arbeitsgruppe die verantwortliche Durchführung der Sprachprüfungen in NRW den Heilberufskammern übertragen werden. Entsprechend den getroffenen Vereinbarungen zwischen dem MGEPA und den Ärzte- und Zahnärztekammern in NRW erfolgt im Rahmen einer Beleihung auf der Grundlage des § 9 Heilberufsgesetz NW die Abnahme der Fachsprachprüfung zum 01.01.2014 durch die Kammern erfolgen. Die Fachsprachprüfung bleibt Teil des Approbationsverfahrens und die Erteilung der Approbation verbleibt als Verwaltungsakt bei den Bezirksregierungen. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass in der Fachsprachprüfung im Gegensatz zur bisherigen Praxis, statt einer mündlichen Wiedergabe eines Fachartikels, ein schriftlicher Arztbrief angefertigt werden muss. Die geplante Neustrukturierung der

Fachsprachprüfungen für ausländische Ärztinnen und Ärzte auf Landesebene hat das MGEPA in die Beratungen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), die am 26./27.06.2013 in Potsdam tagte, eingebracht. Die GMK hat die Arbeitsgruppen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) mit der Entwicklung von Eckpunkten für ein bundeseinheitliches Überprüfungsverfahren der erforderlichen Sprachkenntnisse von ausländischen Ärztinnen und Ärzten für alle verkammerten Heilberufe beauftragt. In die zu erarbeitenden Eckpunkte sollte hinsichtlich der ausreichenden Kenntnisse der deutschen Umgangssprache und der medizinischen Fachsprache aufgenommen werden, dass der Nachweis dieser Kenntnisse vor Aufnahme der Tätigkeit erfolgen soll. Folge dieser Regelung ist, dass dann abweichend vom bisherigen Verfahren in NRW aber die bisherige Regelung weiter bis zur bundesweiten einheitlichen Umsetzung gilt, eine Berufserlaubnis ohne bestandenen Sprachtest nicht mehr möglich ist.

Schiedsstellen nach §§ 18, 18 a KHG

Entsprechend der Vereinbarung über die Schiedsstellen in NRW ist die Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Rheinland bei der KGNW, die Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe (früher: AOK-Landesverband Westfalen-Lippe) eingerichtet. Die zurzeit laufende 7. Amtsperiode der Mitglieder und ihrer Stellvertreter sowie auch des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter begann für beide Schiedsstellen am 01. Januar 2010 und endet nach der in § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Schiedsstellen nach § 18 a 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. Dezember 2013.

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 Wahrendorf

Vor der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe waren

- insgesamt drei Verfahren aus dem Jahr 2013 anhängig,
- davon wurden zwei Verfahren durch Festsetzung der Schiedsstelle beendet,
- ein Verfahren konnte bisher nicht abgeschlossen werden.

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

- 2013 insgesamt einundzwanzig Verfahren aus den Jahren 2010 bis 2013 anhängig,
- davon wurden vier Verfahren durch Rücknahme (davon zwei Verfahren nach § 120 Abs. 1 a und Abs. 4 SGB V),
- elf Verfahren durch Festsetzung der Schiedsstelle beendet,
- drei der elf Festsetzungen stellten Entscheidungen der Schiedsstelle nach § 14 Abs. 3 KHEntG dar,
- darüber hinaus wurde ein Verfahren durch eine Einigung vor der Schiedsstelle beendet,
- fünf Verfahren (davon ein Verfahren nach § 120 Abs. 2 und 4 SGB V sowie ein Verfahren nach §§ 17 a Abs. 8, 18 a KHG) konnten bisher nicht abgeschlossen werden,
- das Verfahren nach § 120 Abs. 2 und 4 SGB V wurde bereits für Dezember 2013 zur mündlichen Verhandlung terminiert.

Bei den anhängigen Verfahren der Schiedsstelle-KHG Rheinland stellte – wie in den vorangegangenen Jahren – ein Streitpunkt der Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses dar. Dabei ging es insbesondere um den zwischen den Parteien strittigen Inhalt und Umfang des Versorgungsauftrages, der durch Auslegung des konkreten Feststellungsbescheides sowie unter Berücksichtigung des Runderlasses des damaligen MAGS vom 29.12.2008 zu ermitteln war. Strittig waren u. a. die budget-täre Berücksichtigung von Linksherzkatheterleistungen, Knie-TEP-Leistungen, wirbelsäulenchirurgischen Leistungen, komplexen Eingriffen am Organsystem „Ösophagus“ und des Leistungsbereichs der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung.

Noch in diesem Jahr ist in einem Verfahren eine Entscheidung über die Höhe der Pauschalbeträge – für die Jahre 2013 und 2014 – je Abrechnungsfall bei Leistungen in einer psychiatrischen Institutsambulanz zu treffen.

Darüber hinaus war – auf beide Schiedsstellen bezogen – in mehreren Verfahren die Vereinbarung eines Zuschlages für ein kinderonkologisches Zentrum strittig.

Schlichtungsausschuss nach § 17 c Abs 4 KHG

§ 17 c Abs. 4 KHG sieht bei Streitigkeiten der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG über die Prüfergebnisse des MDK nach § 17 c 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 § 17 c Abs. 4 KHG für Nordrhein-Westfalen (Schlichtungsvereinbarung) ist die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses bei der KGNW eingerichtet.

Die zurzeit laufende 3. 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 3. Amtsperiode bestellt:

Vorsitzender

Vorsitzender Richter am
Landessozialgericht Essen
Josef Brand

1. Stellvertreter

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

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Gemäß der am 9. 06.1997, in der geänderten Fassung vom 28.12.2005 und nachfolgend geänderten Fassung vom 08.12.2010 beschlossenen Satzung gehören neben den Spitzenverbänden die Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) als

Mitglieder an. Derzeit sind in der Gesellschaft 288 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31. Dezember 2013). Insgesamt vertritt die KGNW 356 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
Lenaustraße 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

Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung ist satzungsgemäß das oberste Organ der Krankenausgesellschaft 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 gemäß § 9 Abs. 4 der Satzung
- d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung
- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gemäß § 11 der Satzung

f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gemäß § 5 sowie der Beiträge gemäß § 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 an die Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben

m) Auflösung der Gesellschaft

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

12.12.2013 in Neuss

Vorstand

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

Präsident:

Geschäftsführer Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus Lippstadt

1. Vizepräsident:

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

2. Vizepräsident:

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Von den Einzelmitgliedern gewählte Mitglieder:

Vorstand Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Vorstandsvorsitzender Dr. Klaus Goedereis
St. Franziskus-Stiftung Münster

Kfm. Direktor Dr. Hans-Jürgen Hackenberg
Universitätsklinikum Bonn

Vorstandsvorsitzender Dieter Kesper
Stiftung der Cellitinnen e. V., Köln
(ab 12.12.2013)

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

Geschäftsführer Ralf H. Nennhaus
Rhein-Kreis Neuss Kliniken Kreiskranken-
haus Grevenbroich St. Elisabeth

Hauptgeschäftsführer Hermann Nientiedt
Klinikverbund Westmünsterland gGmbH,
Ahaus

Vorsitzender Geschäftsführer
Dr. Rainer Norden
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH

Geschäftsführer Rainer Rabsahl
Evangelisches Krankenhaus Wesel GmbH

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef Krankenhaus GmbH, Moers

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

Geschäftsführer Thomas Schellhoff
BETHLEHEM Krankenhaus gGmbH, Stolberg
(bis 22.07.2013)

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

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

Geschäftsbereichsleiterin Elke Grothe-Kühn
Diakonisches Werk der Ev. Kirche im
Rheinland

Geschäftsführer Thomas Wülle
Kath. Kliniken im Märkischen Kreis gem.
GmbH, Iserlohn

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

**Von den Verbandsmitgliedern benannte
Mitglieder:**

Beigeordneter Reiner Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

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

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

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

Referatsleiter Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.
(ab 04.07.2013)

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Abteilungsleiter Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.
(bis 04.07.2013)

Vorstand Hans-Joachim Ehrhardt
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e. V.

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

Dipl-Kfm. Karsten Gebhardt
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen, Münster

LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

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

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

Abteilungsleiterin
Brigitte von Germeten-Ortmann
(Vorsitzende des Fachausschusses für
Personalwesen)
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn e. V.
(ab 04.07.2013)

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

Bergisch Gladbach
(bis 04.07.2013)

Abteilungsleiter Klaus Schoch
Caritasverbund für die Diözese Münster e. V.
(Vorsitzender des Fachausschusses für
Planung und Förderung)
(ab 04.07.2013)

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Sitzungen:

10.01.2013 in Düsseldorf (Sondersitzung)
13.03.2013 in Düsseldorf
04.07.2013 in Düsseldorf
26.09.2013 in Düsseldorf
27.11.2013 in Düsseldorf

Präsidium

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

„Das Präsidium hat den Vorstand in der Erfüllung seiner Aufgaben durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, insbesondere durch Vorbereitung der Vorstandssitzungen, zu unterstützen. Es hat dafür zu sorgen, dass die Arbeit der Gesellschaft nach den Bestimmungen der Satzung und den Beschlüssen des Vorstandes sowie der Mitgliederversammlung durchgeführt

wird. Ferner wählt das Präsidium auf Vorschlag des Geschäftsführers die Hauptreferenten der Geschäftsstelle aus. Darüber hinaus kann das Präsidium anstelle des Vorstandes in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist dem Vorstand unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Vorstandsmitglieds sind sie auf der nächsten Vorstandssitzung erneut zu behandeln.“

Dem Präsidium gehörten im Berichtszeitraum an:

Präsident:

Geschäftsführer Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus Lippstadt

1. Vizepräsident

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

2. Vizepräsident

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach

Geschäftsführendes Präsidialmitglied

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Beisitzer:

Vorstand Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen, Münster

Hauptgeschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

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

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

Sitzungen:

04.07.2013 in Düsseldorf
26.09.2013 in Düsseldorf
27.11.2013 in Düsseldorf

Hauptausschuss

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

Vorsitzender:

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

Stellv. Vorsitzende:

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

Geschäftsführer

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

Mitglied:

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Von der Mitgliederversammlung aus dem Kreis der Einzelmitglieder gewählte Mitglieder:

Geschäftsführer
Michael Ackermann
Klinikum Bielefeld

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

Geschäftsführer
Peter Bohn
Arbeitsgemeinschaft kommunaler Krankenhäuser Westfalens (AKW) e. V., Dortmund

Geschäftsführer Horst Defren
Kliniken Essen-Mitte
Ev. Huysens-Stiftung/Knappschaft GmbH

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

Generalbevollmächtigter
Hans-Joachim Ehrhardt
ab 27.08.2013 Klinikum Duisburg GmbH

Geschäftsführer Dieter Erfurth
Gangelter Einrichtungen, Krankenhaus
Maria-Hilf
Dipl.-Volksw. Thomas Figge
Zweckverband der Krankenhäuser des
Ruhrbezirks e. V., Herne

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.
Köln

Regional-Geschäftsführer
Sascha John
Helios Klinikum Wuppertal

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

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

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigem. Krankenhäuser
Münsterland und Ostwestfalen, Münster

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

Geschäftsführer Stephan Richter
Zweckverband der Krankenhäuser im
Regierungsbezirk Detmold

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Georg Schmidt
AGAPLESION Bethesda Krankenhaus Wup-
pertal gGmbH

Geschäftsführer
Manfred Sunderhaus
Katholisches Klinikum Essen GmbH

Jürgen Thau
St.-Johannesstift, Ev. Krankenhaus
Paderborn gGmbH

Geschäftsführer Thomas Wülle
Katholische Hospitalvereinigung im
Märkischen Kreis
St. Elisabeth-Hospital GmbH, Iserlohn

**Von den Verbandsmitgliedern benannte
Mitglieder:**

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

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

Kaufmännischer Direktor
Dr. Hans-Jürgen Hackenberg
Universitätsklinikum Bonn

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

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtische Kliniken Mönchengladbach
GmbH

Geschäftsführer Dr. Harald Januschewski
Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach

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

Kaufmännischer Direktor
Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
LWL-Psychiatrieverbund

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

Sitzungen:

21.02.2013 in Düsseldorf
13.03.2013 in Düsseldorf (Sondersitzung)
20.06.2013 in Düsseldorf
12.09.2013 in Düsseldorf
14.11.2013 in Düsseldorf

Fachausschüsse und Kommissionen / Arbeitsgruppen

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

Hauptausschuss

- Arbeitsgruppe „Heilmittelvertrag“
- Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“
- Arbeitsgruppe „Verhandlung des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB“
- Arbeitsgruppe „Umsetzung des § 17 a 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 „Informations- und Medizintechnik 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

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

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
Ruhrbezirks 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
Krankenhäuser Münsterland und
Ostwestfalen, Münster

Geschäftsführer Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Sitzungen:
15.01.2013 in Düsseldorf
04.02.2013 in Düsseldorf
21.02.2013 in Düsseldorf
04.11.2013 in Düsseldorf
28.11.2013 in Düsseldorf
10.12.2013 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

Sitzung:

Keine

**Arbeitsgruppe „Kennzahlen aus Routineda-
ten nach § 21 KHEntgG in der Psychiatrie“**

Dipl.-Kfm. Martin Heiser

Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,

Köln

Geschäftsführer Martin Heumann

Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,

Köln

Geschäftsführer Thomas Köhler

Zweckverband der Krankenhäuser Südwest-

falen e. V., Iserlohn

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer

LWL-Klinik Herten

Dr. med. Philipp Massing

LVR-Zentralverwaltung Köln

Ärztlicher Leiter Dr. Kai Schmidt

St.-Vinzenz-Hospital Rhede

Regina Waldeyer
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

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

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

Sitzungen:
14.01.2013 in Düsseldorf
23.09.2013 in Düsseldorf

Fachausschuss für Planung und Förderung

Vorsitzender:
Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster e.V.
(ab 04.07.2013)

**a) Mitglieder aus dem Kreis der
Einzelmitglieder:**
Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer
Klinikum Herford
(ab 04.07.2013)

Vorstandsvorsitzender Dieter Kesper
Stiftung der Cellitinnen, Köln
Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus GmbH,
Bergisch-Gladbach

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 Lertzynski
Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria, Köln

Krankenhausdirektor Ralf Nennhaus
Kreiskrankenhaus Grevenbroich,
St. Elisabeth, Grevenbroich

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef-Krankenhaus GmbH, Moers

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Michael Wermker
Ev. Krankenhaus Hamm GmbH
(ab 27.11.2013)

Geschäftsführer Manfred Witkowski
Ev. Krankenhaus Hamm GmbH
(bis 26.11.2013)

Geschäftsführer Thomas Wülle
Kath. Kliniken im Märkischen Kreis
gem. GmbH
(ab 04.07.2013)

b) Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

Peter Brüssel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
(ab 04.07.2013)

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

Geschäftsführer Norbert Böckenhoff
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen
(bis 30.04.2013)

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

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

Vorsitzender der Geschäftsführung
Rudolf Mintrop
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(ab 04.07.2013)

Thomas Profazi
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Dipl.-Kfm. Markus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster
(bis 30.06.2013)

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Norbert Vongehr
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Harald Wohlfarth
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen
(ab 04.07.2013)

Stellvertretende Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

Geschäftsbereichsleiterin Katharina Benner
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

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
(bis 30.06.2013)

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

Annemie Frenzel
Landschaftsverband Rheinland
(bis 25.09.2013)

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
(bis 30.06.2013)

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln
(ab 04.07.2013)

Verena Ising-Volmer
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(ab 04.07.2013)

Beigeordneter Rainer Limbach
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm Marcus Proff
Caritasverband für die Diözese Münster
(ab 04.07.2013)

Susanne Stephan-Gellrich
Landschaftsverband Rheinland
(ab 26.09.2013)

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus
Caritasverband für das Bistum Essen

Annette Uentrup
Caritasverband für die Diözese Münster
(bis 30.06.2013)

Andrea Vontz-Liesegang
Städtetag Nordrhein-Westfalen
(ab 06.03.2013)

Dr. Andreas Wittrahm
Caritasverband für das Bistum Aachen

**c) Sonstige Mitglieder als krankenhaussei-
tige Mitglieder des Landesausschusses für
Krankenhausplanung:**

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach
(ab 26.09.2013)

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Dr. Hans Rossels
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen
(bis 25.09.2013)

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

Landesrätin Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

**Sonstige Mitglieder als Stellvertreter der
Mitglieder des Landesausschusses für Kran-
kenhausplanung:**

Rechtsanwalt Richard Kösters, LL.M.
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen
Dr. Hans Rossels
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen
(ab 26.09.2013)

Geschäftsführer Manfred Witkowski
Ev. Landeskirchen in Nordrhein-Westfalen

Gäste:

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser Münsterland und
Ostwestfalen, Münster

Sitzungen:

10.01.2013 in Düsseldorf
29.05.2013 in Düsseldorf
04.07.2013 in Düsseldorf
02.09.2013 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

Sitzung:
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

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

Rechtsanwalt Oliver Lohr
Diözesan Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach

Dr. Helmut Middeke
Klinikum Lippe-Lemgo

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

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

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster e.V.
Annette Uentrup
Caritasverband für die Diözese Münster e.V.

Sitzungen:
30.09.2013 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe Psychiatrie – Neues Entgelt-system

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

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 Mario Hartmann
Medizinisches Zentrum für seelische
Gesundheit Krankenhaus Lübbecke
(ab 08.04.2013)

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Peter Kaufmann
St. Augustinus-Kliniken gGmbH, Neuss

Geschäftsführer Thomas Köhler
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen e. V.

Manuela Kröber
Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH, Essen
(bis 30.09.2013)

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Krankenhäuser 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

Kaufm. Direktorin Barbara Schulte
Universitätsklinikum Essen

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Annette Uentrup
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Kaufm. Direktor Dietmar Volk
Evangelische Stiftung Tannenhof,
Remscheid

Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Sitzung:
keine

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

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Lutz Decker
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:
keine

Fachausschuss für Krankenhausorganisation

Vorsitzender:

Geschäftsführer

Dipl.-Kfm. Clemens Breulmann

Caritasverband für die Diözese Münster

Stellv. Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl

Städtetag Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:

Geschäftsführer Dr. med. Dirk Albrecht

Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Kaufm. Direktor Dipl.-Kfm. Peter Asché

Universitätsklinikum Aachen

Dipl.-Inform. (FH) Tim Bacher

Evangelisches und Johanniter Klinikum

Niederrhein gGmbH, Duisburg

Dipl.-Kfm. Axel Bremecke

Verband Evangelische Krankenhäuser

Rheinland/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf

Amtsleiter Joachim Heister

Landschaftsverband Rheinland

Elke Held

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

(ab 13.03.2013)

Ulrike Hoberg

Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e. V.

(bis 28.02.2013)

Dipl.-Kfm. Christian Holzbrecher

Caritasverband für das Erzbistum

Paderborn e. V.

(bis 31.05.2013)

Olaf Honnen

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum

Köln e. V.

Verena Ising-Volmer

Caritasverband für das Erzbistum

Paderborn e. V.

(ab 04.06.2013)

Geschäftsführer Günther Knauer

Verband der Privatkliniken

Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf

(ab 13.03.2013)

Assessor Tapio Knüvener

Caritasverband für das Bistum Essen

Geschäftsführer Marcus Polle

Verband Evangelischer Krankenhäuser

Rheinland/Westfalen/Lippe e. V., Düsseldorf

Dipl.-Kfm. Markus Proff

Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

(bis 15.05.2013)

Geschäftsführer

Dipl.-Verwaltungswirt Andreas Schlüter

Städtetag Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Sozialw. Klaus Stahl

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Dipl.-Kauffrau Annette Uentrup
Caritasverband für das Bistum Münster e. V.
(ab 04.06.2013)

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

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

Sitzungen:
18.02.2013 in Düsseldorf
26.06.2013 in Düsseldorf
16.10.2013 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

Ute Küppers
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
(ab 26.06.2013)

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
(bis 30.04.2013)

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

Sitzungen:
05.02.2013 in Düsseldorf
20.06.2013 in Düsseldorf
10.10.2013 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

Thomas Hoffmann
St. Petri-Hospital Warburg GmbH
(ab 18.02.2013)

Dr. med. Dirk Kaczmarek
Medizinmanagement, Dorsten

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

Sandra Kleingrothe
Kliniken Maria Hilf GmbH,
Mönchengladbach
(ab 18.02.2013)

Geschäftsführer Günther Knauer
Verband der Privatkliniken
Nordrhein-Westfalen e. V.
(bis 31.01.2013)

Dr. med. Birgit Leyens
Klinikum Duisburg GmbH
(bis 31.10.2013)

Dipl.-Psych. Fabian Mundt
Klinikum Dortmund gGmbH

Geschäftsführer Dr. med. Stefan Palm
Westdeutsches Tumorzentrum im
Universitätsklinikum Essen

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

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

Dipl.-Wirtschaftsing. Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth
Universitätsklinikum Düsseldorf

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

Sitzungen:
28.01.2013 in Düsseldorf
24.06.2013 in Düsseldorf
18.09.2013 in Düsseldorf

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

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

Mitglieder:

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

Dipl.-Ing. (FH) Dirk Jahn
Sana-Medizintechnisches
Servicezentrum GmbH, Remscheid
(ab 26.06.2013)

Michael Kempchen
Ev. Krankenhaus Bethesda
Mönchengladbach 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

Georg Richartz
St. Barbara-Klinik Hamm GmbH
(ab 26.06.2013)

Dipl.-Ing. Kay Siercks
HELIOS Klinikum Krefeld

Andreas Tholen
Katholische Kliniken Emscher-Lippe GmbH,
Gladbeck
(ab 26.06.2013)

Andreas Weitzel
Kliniken Essen-Mitte
(ab 26.06.2013)

Sitzungen:
26.02.2013 in Düsseldorf
11.09.2013 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe „QR-Check“

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

Dr. Miriam Böttge-Joest
Krankenhausesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Holger Bunzemeier
Universitätsklinikum Münster

Dr. Axel Hubertus Bürgstein
Klinikum Leverkusen gGmbH

Carsten Claus
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Matthias Dittes
Elisabeth Krankenhaus Essen GmbH

Ursula Fabry
Universitätsklinikum Aachen

Dipl.-Wirtschaftsmath. Robert Färber
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Dr. Bettina Hofmann
GFO-Medical-Center

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Dr. med. Christian Karl
Bergmannsheil- und Kinderklinik Buer
GmbH

Ärztlicher Direktor
Dr. med. Hans-Peter Kemmer
Lungenklinik Hemer

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

Sandra Kleingrothe
Kliniken Maria Hilf GmbH,
Mönchengladbach

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

Dr. Eva Kösters
Klinikum Bielefeld

Jörg Kühn
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Stefan Leiedecker
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH

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

Dr. Peter-Johann May
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Dr. Peter Merguet
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Thomas Rademacher
GFO-Medical-Center

Med. Geschäftsführer Dr. Andreas Sander
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH

Dr. Arno Schäfer
Klinikum Herford

Gabriele Scharpff
Barmherzige Brüder Trier e. V.

Dipl.-Wirtschaftsing. Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Regina Waldeyer
Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.,
Köln

Sitzung:
27.02.2013 in Düsseldorf

Fachausschuss für Personalwesen**Vorsitzende:**

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Mitglieder:

Christian Book
Caritasverband für die Diözese Münster

Volker Gläser
Caritasverband für das Bistum Aachen

Joachim Heister
Landschaftsverband Nordrhein-Westfalen

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

Olaf Honnen
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Personalleiter Stefan Jungheim
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

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

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Kim-Holger Kreft
Der Paritätische Nordrhein-Westfalen

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

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

Heidemarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Geschäftsführerin
Dipl.-Kauffrau Brunhild Schmalz
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe e. V.

Landesverw.-Direktor Martin Skorzak
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Justiziarin Sonja Zimmermann
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Sitzung:
25.07.2013 in Düsseldorf

**Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der
Pflegeberufe“****Mitglieder:**

Christian Book
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

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

Annette Uentrup
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH

Pflegedirektor Thomas Weyers
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

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

Sitzung:
keine

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

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

Mitglieder:

Pflegedirektorin Elke Harms
Allgemeines Krankenhaus Viersen

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

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

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

Geschäftsführer Thomas Kutschke
Kath. Bildungsstätte für Pflegeberufe,
Krankenhaus St. Franziskus,
Mönchengladbach

Pflegedirektor Thomas Kissinger
Knappschaftskrankenhaus Bochum

Pflegedirektor Heinz Lepper
LVR-Klinik Bonn

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

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

Geschäftsführer Thomas Kutschke
Kath. Bildungsstätte für Pflegeberufe,
Krankenhaus St. Franziskus,
Mönchengladbach

Pflegedirektorin Elke Schmidt
Klinikum Herford

Bernhold Möllenhoff
Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

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

Mechthild Mügge
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Birgit Preis
Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

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

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

Reinhold Schulte-Eickholt
Katholische Schule für Pflegeberufe Essen
gGmbH

Sitzung:
Keine

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.

Mitglieder für die KGNW:

Geschäftsführer
Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Jochen Brink
Evangelisches Krankenhaus Lippstadt
gGmbH

Hauptgeschäftsführer Joachim Finklenburg
Klinikum Oberberg GmbH, Gummersbach
(ab 26.09.2013)

Geschäftsführer Benedikt Merten
Marien-Krankenhaus gGmbH,
Bergisch Gladbach
(bis 25.09.2013)

Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH
(bis 25.09.2013)

Abteilungsleiter Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster
(ab 26.09.2013)

Stellvertretende Mitglieder für die KGNW:

Dipl.-Kfm. Karsten Gebhardt
Evangelisches Johanneswerk e. V.
(bis 25.09.2013)

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen
(bis 25.09.2013)

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

Hauptschäftsführer Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH
(ab 26.09.2013)

Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Vestische Caritas-Kliniken GmbH, Datteln
(bis 25.09.2013)

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:

Vorsitzender der Geschäftsführung
Rudolf Mintrop
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Peter Schwarze
Kreisverwaltung Siegen-Wittgenstein

Geschäftsführer Norbert Vongehr
Städte- und Gemeindebund 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 Katholische Kirche und die Evangelischen Landeskirchen:

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:

Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Stellvertretende Mitglieder für die Landschaftsverbände:

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Thomas Profazi
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Sitzung:
keine

Landespflugesatzausschuss

Zur Beratung über Pflegesatzfragen wurde auf Landesebene nach § 23 Abs. 1 BPfIV ein Pflegesatzausschuss gebildet. Die zuständige Landesbehörde führt die Geschäfte des Ausschusses.

Dem Landespflugesatzausschuss 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 krankenhauseseitigen Mitglieder:

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

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

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

Sitzung:
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)

Sitzung:

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 angeschlosse-

nen 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.

Dauer der restlichen Wahlperiode

- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gemäß § 11 der Satzung
- f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gemäß § 5 sowie der Beiträge gemäß § 6 der Satzung
- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans

§ 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 gemäß § 9 Abs. 4 der Satzung
- d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung einschließlich der Ergänzungswahl im Fall des vorzeitigen Ausscheidens eines gewählten Vorstandsvertreters für die

- 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 gemäß § 3 Abs.

11. Halbsatz entfällt für jedes Krankenhaus mit eigenem Feststellungsbescheid gemäß § 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 gemäß § 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 gemäß Abs. 3 die jeweiligen Stimmen der Einzelmit-

glieder 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 ordnungsgemäß einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen mit einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

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

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

auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

(7a) Entgegen der Regelungen des Absatzes 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 ausscheidenden 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 gemäß § 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 Vorstandes in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist dem Vorstand unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Vorstandsmitglieds sind sie auf der nächsten Vorstandssitzung erneut zu behandeln.
- (2) Dem Präsidium gehören der Präsident, die beiden Vizepräsidenten sowie bis zu fünf vom Vorstand aus dessen Mitte zu wählende Beisitzer an. Der Geschäftsführer gehört als geschäftsführendes Präsidialmitglied ohne Stimmrecht zusätzlich dem Präsidium an. Den Vorsitz führt der Präsident.
- (3) Das Präsidium ist Vorstand 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 Abstimmungs-

ergebnisse 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 gemäß § 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 Kreise der Einzelmitglieder und der Verbandsmitglieder. Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Mitglieder des Hauptausschusses sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Zu Mitgliedern des Hauptausschusses können auch Vertreter der außerordentlichen Mitglieder nach Maßgabe des § 6 Abs. 4 der Satzung gewählt werden. Die Anzahl der Mitglieder des Hauptausschusses gemäß Satz 1 bleibt hiervon unberührt. Weitere Vertreter der Geschäftsstelle der Gesellschaft nehmen an den Sitzungen des Hauptausschusses mit beratender Stimme teil.
- (3a) Im Falle des vorzeitigen Ausscheidens eines gewählten Mitglieds oder eines gewählten stellvertretenden Mitglieds des Hauptausschusses wählen die übrigen Mitglieder ein Ersatzmitglied oder einen Ersatzvertreter für die restliche Dauer der Wahlperiode.
- (4) Der Vorstand kann der Mitgliederversammlung Vorschläge über die Besetzung des Hauptausschusses machen.

(5) Der Hauptausschuss wird vom Vorsitzenden nach Bedarf einberufen. Er ist einzuberufen, wenn mindestens 25 v.H. der Mitglieder des Hauptausschusses oder der Geschäftsführer dies unter Angabe der Verhandlungspunkte verlangen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung des Hauptausschusses versandt werden. Der Vorsitzende des Hauptausschusses kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Hauptausschusses mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.

(6) Beschlüsse des Hauptausschusses bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die vom Beschluss abweichende Auffassung eines Mitglieds ist auf dessen Antrag in die Sitzungsniederschrift aufzunehmen. Der Hauptausschuss ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder des Hauptausschusses anwesend ist.

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

§ 12 Geschäftsführer

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

gehört mit beratender Stimme dem Vorstand und dem Präsidium an.

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

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

§ 13 Ausschüsse

(1) Zur Beratung von besonderen inhaltlichen oder regionalen Aufgabenstellungen kann der Vorstand im Rahmen seiner Zuständigkeit Ausschüsse bilden. Zu Sitzungen der Ausschüsse können Personen, die als besonders sachkundig anzusehen sind, bei Bedarf beratend hinzugezogen werden. An den Sitzungen der Ausschüsse nehmen Vertreter der Geschäftsstelle teil..

(2) Die Vorsitzenden der Ausschüsse berichten dem Vorstand über das Ergebnis der Beratungen; sie können an den Sitzungen des Vorstandes mit beratender Stimme teilnehmen.

§ 14 Geschäftsjahr, Haushalts- und Rechnungsführung

(1) Das Geschäftsjahr der Gesellschaft ist das Kalenderjahr.

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

§ 15 Auflösung

Bei Auflösung der Gesellschaft obliegt dem Präsidium die Liquidation. Im Fall der Auflösung ist das vorhandene Vermögen unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige Zwecke, und zwar für die Förderung öffentlicher Gesundheitspflege zu verwenden. Beschlüsse über die künftige Verwendung des Vermögens dürfen erst nach Einwilligung der zuständigen Finanzbehörden ausgeführt werden.

§ 16 Übergangsregelung

- (1) Bis zur Verabschiedung einer Beitragsordnung gemäß § 5 Abs. 2 durch die nach In-Kraft-Treten der Satzung neu zu konstituierende Mitgliederversammlung sind die zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs erforderlichen Mitgliedsbeiträge von den Verbandsmitgliedern in voller Höhe zu entrichten. Die Erhebung erfolgt nach Maßgabe des bisherigen Verfahrens auf der Grundlage der von den Verbandsmitgliedern zu Beginn eines jeden Geschäftsjahres gemeldeten Bettenzahlen.
- (2) Die Höhe des Beitragssatzes wird für jedes Geschäftsjahr von der Mitgliederversammlung festgesetzt.
- (3) Diese Regelung tritt mit Verabschiedung einer Beitragsordnung gemäß § 5 Abs. 2 der Satzung außer Kraft, ohne dass es hierfür eines gesonderten Beschlusses der Mitgliederversammlung bedarf. Die für das laufende Geschäftsjahr aufgrund der Übergangsregelung geleisteten Beiträge werden auf die nach der verabschiedeten Beitragsordnung bestehende Beitragspflicht angerechnet.

§ 17 In-Kraft-Treten

Die Satzungsänderungen werden zum 26.10.2011 wirksam und lösen die Regelungen der Satzung in der Fassung vom 28.12.2005 ab.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz	BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
ADKA	Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker	BGH	Bundesgerichtshof
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol	BGR	Berufsgenossenschaftliche Regeln
AG-TPG	Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes	BgVV	Bundesinstitut für 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	Bundespflegesatzverord- 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“
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizin- produkte	bzw.	beziehungsweise

d. h.	das heißt	EKV	Bundesmantelvertrag- Ärzte/Ersatzkassen
DIMDI	Deutsches Institut für me- dizinische Dokumentation und Information	EPA	elektronische Patientenakte
DKG	Deutsche Krankenhausge- sellschaft	EPRD	Endoprothesenregister Deutschland
DKTIG	Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informati- onsverarbeitung GmbH	etc	et cetera
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	EU	Europäische Union
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psycho- somatik	EuGH	Europäischer Gerichtshof
DKV	Deutsches Krankenhausver- zeichnis	e. V.	eingetragener Verein
DMP	Disease Management Pro- gramm	evtl.	eventuell
DRG	Diagnosis Related Groups	EWG	Europäische Wirtschaftsge- meinschaft
DSO	Deutsche Stiftung Organ- spende	FAQ	frequently asked questions
eFA	elektronische Fallakte	FPG	Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpau- schalengesetz)
EG	Europäische Gemeinschaft	FPV	Fallpauschalenver- einbarung
eGK	elektronische Gesundheits- karte	G-BA	Gemeinsamer Bundesaus- schuss
EKR-NRW	Epidemiologisches Krebs- register NRW	G-DRG	German Diagnosis Related Groups
		gem.	gemäß

gematik	Gesellschaft für Telematik- anwendungen der Gesund- heitskarte mbH	InEK	Institut für das Entgelt- system im Krankenhaus gGmbH
ggf.	gegebenenfalls	Invfög	Investitionsförderungsge- setz NRW
GKV	Gesetzliche Krankenversi- cherung	IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein- Westfalen
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Kranken- versicherung	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ge- sundheitswesen
GKV-WSG	Gesetz zur Weiterentwick- lung der Strukturreform in der gesetzlichen Kranken- versicherung	IPQ	Internet Portal Qualitätsbe- richt
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung	i. S.	im Sinne
GmbH	Gesellschaft mit beschränk- ter Haftung	i.V.m.	in Verbindung mit
GmbH	Gesellschaft mit beschränk- ter Haftung	KBV	Kassenärztliche Bundesver- einigung
HBA	Heilberufausweis	KFPV	Krankenhausfallpauschal- enverordnung
HPC	Health Professional Card	KGNW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
HWG	Heilmittelwerbegesetz	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
ICD	Internationale Klassifikati- on der Krankheiten, Verlet- zungen und Todesursachen	KHStatV	Krankenhausstatistikver- ordnung
i.d.F.	in der Fassung	KHG	Krankenhausfinanzierungs- gesetz

KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen	LSG NW	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz	mbH	mit beschränkter Haftung
KHHygVO	Krankenhaushygieneverordnung	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
KIS	Krankenhausinformationssysteme	MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention	Mio.	Million
KrPflG	Krankenpflegegesetz	MPG	Medizinproduktegesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus	MPV	Verordnung über Medizinprodukte (Medizinprodukte-Verordnung)
KV	Kassenärztliche Vereinigung	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	Nr.	Nummer
LAGA	Landesarbeitsgemeinschaft Abfall	NRW	Nordrhein-Westfalen
LAG	Landesarbeitsgericht	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
LBFW	Landesbasisfallwert	o. g.	oben genannte
LG	Landgericht	OLG	Oberlandesgericht
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
		OSP	Onkologische Schwerpunkte

OVG	Oberverwaltungsgericht	sog.	so genannte
PauschKHFVO	Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung	TEP	Totale Endoprothese
		TPG	Transplantationsgesetz
PfLG NW	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen	TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
PKV	Private Krankenversicherung	u. a.	unter anderem
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung	UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie	VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
QR	Quick Response = schnelle Reaktion auf Änderungen	VBE	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen
QR-Check	Qualitätssicherung aus Routinedaten (Projekt)	VG	Verwaltungsgericht
		vgl.	vergleiche
RSA-ÄndV	Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	v. H.	vom Hundert
RKI	Robert Koch-Institut	WHO	Weltgesundheitsorganisation / World Health Organisation
SchV-KHG	Schiedsstellenverordnung Krankenhausfinanzierungsgesetz	Ziff.	Ziffer
SG	Sozialgericht	ZTG	Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH
SGB	Sozialgesetzbuch		
SGG	Sozialgerichtsgesetz		

Geschäftsführer der KGNW - Geschäftsführendes 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
- Landesgeschäftsleiterberatung
- Landesauschuss für Krankenhausplanung
- Landesgesundheitskonferenz
- Landespflegesatzsausschuss

Sekretariat
N.N.

Tei.Durchw.

- Hauptauschuss der KGNW
- Gemeinsamer Arbeitsgruppe KGNW/GKV
- DKG Fachausschuss Recht und Verträge

- Schiedsstellen nach § 114, SGB V und § 19a KHG
- Gemeinsamer Bundesauschuss
- Bundesschiedsstelle

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
 - Grundsatfragen des Krankenhauswesens
 - Europäisches Krankenhauswesen
 - Medienkontakte/ Pressemeldungen
 - Veröffentlichungen/ Internet
 - KGNW Kompakt

Vorstandsbüro

Tei.Durchwahl
-73

Referentin
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 Felke
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

Referentin
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

Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 211 47819-0
Telefax: +49 211 47819-99
E-Mail: post@kgnw.de
Internet: www.kgnw.de



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
 - Helmtrel
 - Gebührendnungen
 - Gremienbetreuung:
 - Fachausschuss für Planung und Förderung der KGNW
 - Arbeitsgruppe Helmtrelvertrag

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 Ganse

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
 - Grundsatfragen 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

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 47819-52

Telefax: +49 211 47819-99

E-Mail: post@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de