



GESCHÄFTSBERICHT 2020



INHALT

Geschäftsbericht 2020

Editorial	4-5
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) 2020 Die Stimme der NRW-Krankenhäuser	6-7
Corona und die Folgen Wie die Krankenhäuser 2020 durch die Pandemie kamen	8-15
Krankenhäuser im Paragrafen-Dschungel Gesetze, Richtlinien, Regelungen – Neuerungen, Änderungen und Irritationen	16-17
Krankenhausfinanzierung und -förderung Verlässliche Förderung gegen den Investitionsstau in den Kliniken	18-19
Pflege in den Kliniken Pflegepersonalbemessungsinstrument, Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegekammer	20-23
Das Jahr in Bildern	24-25
Qualitätssicherung und -management in den Kliniken Für transparente Qualität und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten	26-29
Krankenhaus-IT IT-Sicherheit und Cyberattacken auf Krankenhäuser	30-31
Digitalisierung und Medizintechnik im Krankenhaus Auf dem Weg zur Klinik der Zukunft	32-35
Politik und Kommunikation Krankenhäuser – das Rückgrat des Gesundheitssystems	36-39
Umwelt- und Klimaschutz in den Krankenhäusern KLIK green will CO ₂ -Emissionen um bis zu 100.000 Tonnen reduzieren	40-41
Daseinsvorsorge made in NRW Der Weg zum neuen Krankenhausplan	42-45
Schiedsstellen-KHG Von Fixkostendegressionsabschlag bis hin zur Corona-Anpassungsregelung	46
Bildnachweise und Impressum	47

EDITORIAL

Geschäftsbericht 2020



MATTHIAS BLUM
Geschäftsführer
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen (KGNW)

Sehr geehrte Damen und Herren,

2020 war kein Jahr wie jedes andere. Schon gar nicht für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern. Das neuartige Virus stellte und stellt sicherlich noch länger weltweit das Leben und den Alltag auf den Kopf – mit erheblichen Auswirkungen auf gesellschaftliche und wirtschaftliche Bereiche und mit zahlreichen Einschränkungen in praktisch allen Lebensbereichen.

Auch unsere Arbeit als Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) hat sich durch Corona stark verändert – in den Gremien genauso wie beim Kontakt mit unseren Mitgliedern, mit der Politik und der Öffentlichkeit. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und auch wir als KGNW unternehmen seit Beginn der Pandemie Anfang 2020 alles dafür, um rechtzeitig und in enger Abstimmung mit unseren Gremien Lösungen und Weichenstellungen für die mit Corona verbundenen Herausforderungen zu finden. Hierbei ging und geht es primär um das Wohl der Bevölkerung und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Aufrechterhaltung der Rahmenbedingungen für einen Betrieb der Krankenhäuser.

Ein wichtiges Signal für die Krankenhäuser war das Versprechen, das die Bundesregierung, allen voran Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, zu Pandemiebeginn gegeben hatte: nämlich die Kliniken während der Pandemie nicht im Stich zu lassen und durch gesetzliche Maßnahmen für die Kliniken zügig sicherzustellen, dass die pandemiebedingt entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser ausgeglichen werden und keine Klinik dadurch ins Defizit kommt.

Daher stieß das umfangreiche Corona-Konjunktur- und Zukunftspaket der Bundesregierung mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 130 Milliarden

Euro mit dem darin enthaltenen „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ und einem Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von drei Milliarden Euro auf breite Resonanz und Zustimmung. Die Summe entsprach 70 Prozent der Gesamtförderung. Die übrigen 30 Prozent sollten von den Ländern aufgebracht werden. Insgesamt ergab sich so ein Gesamtvolumen von bundesweit bis zu 4,3 Milliarden Euro. Rund 900 Millionen Euro entfielen auf Nordrhein-Westfalen, davon rund 630 Millionen Euro vom Bund. Auch die vom Land NRW zusätzlich geschaffenen Instrumente, um wirtschaftliche Notlagen der Krankenhäuser abzuwenden, haben wir ausdrücklich begrüßt. Ferner erhielten die Krankenhäuser vom Bund rund 100 Millionen Euro für die temporäre Errichtung von zusätzlichen Intensivbetten. Das gilt insbesondere für das von der nordrhein-westfälischen Landesregierung verabschiedete Nordrhein-Westfalen-Programm in Höhe von insgesamt 8,9 Milliarden Euro. Einen Förderschwerpunkt dieses Investitionspakets bildeten die Krankenhäuser (750 Millionen Euro; dazu kamen rund 106 Millionen Euro als „Soforthilfe NRW“ zur Aufstockung von Beatmungskapazitäten), Universitätskliniken (eine Milliarde Euro) und Pflegeschulen (250 Millionen Euro), die nicht an Krankenhäuser angegliedert sind. Sie erhielten aus dem NRW-Programm insgesamt weitere zwei Milliarden Euro.

Mit diesem Investitionspaket wurde die herausragende Arbeit in den Krankenhäusern bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie, die unserem Land, den Menschen und vor allem auch den Beschäftigten in den NRW-Kliniken enorm viel abverlangt, anerkannt. Das Investitionsprogramm für Krankenhäuser und Universitätskliniken des Landes war ein mutiger Schritt der Landesregierung, aber auch ein gutes und wichtiges Signal der Wertschätzung für das beispiellose Engagement und den bemerkenswerten Einsatz in den Häusern.

Fortdauernd in der Diskussion stand vor und während der Pandemie die Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und die Festlegung der Untergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus. Die von uns geforderte temporäre Aussetzung kam, wurde aber seitens des Bundesgesundheitsministeriums für die Intensivmedizin und die Geriatrie wieder zurückgenommen. Die in der zweiten Corona-Welle im Oktober 2020 vorgelegte weitere Verordnung für die PpUG mit der darin vorgesehenen Ausweitung auf die Bereiche Innere Medizin, die Allgemeine Chirurgie und die Pädiatrie verpasste ebenfalls die Chance, eine sachgerechte und am Patientenwohl orientierte Personalbemessung in Krankenhäusern einzuführen. Auch die KGNW kritisierte diese Ausweitung und den Zeitpunkt der Bekanntmachung in der zweiten Pandemiewelle.

Neben der Pandemie waren die Planungen des Landes zur Neuaufstellung des Krankenhausplans ein beherrschendes Thema: Am 12. September 2019 hatte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) mit der Vorstellung des Gutachtens „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ den Startschuss für die Beratungen zur Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW gegeben.

Auch im Jahr 2020 beteiligten wir uns weiter konstruktiv und ergebnisoffen in den bisherigen Sitzungen des MAGS zur Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW. Zu zahlreichen Punkten im Arbeitsentwurf der Fachebene des MAGS ergab sich Nachsteuerungsbedarf, wesentliche Fragen waren zu klären. Die zum damaligen Zeitpunkt entwickelten Definitionen der Leistungsgruppen sowie der Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien) erforderten aus unserer Sicht teilweise größere Überarbeitungen.

Die weiteren Beratungen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen hielten zum Jahreswechsel 2020/2021 an. Erst im Anschluss soll das Thema „Krankenhauskapazitäten in NRW“, also die Klärung von Bedarfsfragen, diskutiert werden. Im Zusammenhang mit der Neuaufstellung des Krankenhausplans ist auch der Gesetzentwurf für ein „Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen“ zu sehen, den die NRW-Koalitionsfraktionen in den Landtag einbrachten. Mit dem Gesetzentwurf sollen insbesondere die rechtlichen Grundlagen für die von Herrn Minister Laumann angekündigte neue Krankenhausplanung in NRW geschaffen werden.

Neben dem Bereich der Krankenhausplanung positionierte sich die KGNW auf Landesebene erneut zur Digitalisierung. Sie führte unter anderem in Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer ISST die KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“ fort. Auch die weitere Umsetzung und den erfolgreichen – pandemiebedingt vorgezogenen – Start des Virtuellen Krankenhauses durch NRW-Gesundheitsminister Laumann begrüßten wir sehr.

In den Fokus rückten zudem Maßnahmen zum Umwelt- und Klimaschutz sowie die Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten. Zwei Themen, die uns sehr am Herzen liegen und die uns sicherlich in den kommenden Jahren weiterhin beschäftigen. Viele Themen und Entwicklungen aus diesem bewegten Jahr 2020 haben die folgenden Wochen und Monate geprägt.

Sie halten gerade die erste Ausgabe unseres überarbeiteten Jahresberichts in Händen. Wir möchten mit diesem Medium künftig eine breitere Zielgruppe ansprechen und wichtigen Themen aus der Gesundheitspolitik, insbesondere aus unseren nordrhein-westfälischen Krankenhäusern, eine größere Plattform bieten. Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr



Matthias Blum
Geschäftsführer KGNW

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) 2020

Die Stimme der NRW-Krankenhäuser



Die Geschäftsstelle der KGNW in Düsseldorf

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. (KGNW) ist der Zusammenschluss der Krankenhausträger und ihrer Spitzenverbände im größten Bundesland und vertritt die Interessen von rund 340 Krankenhäusern gegenüber der Politik, den Kostenträgern und der Öffentlichkeit. In der KGNW-Geschäftsstelle widmet sich ein interdisziplinär aufgestelltes Team von Spezialistinnen und Spezialisten den zentralen krankenhauserrelevanten Themen. Die KGNW wurde 1946 gegründet. Oberstes Organ ist die Mitgliederversammlung. Aus ihrer Mitte werden alle drei Jahre das Präsidium und der Vorstand gewählt.

Die KGNW als Krankenhausgesellschaft des bevölkerungsreichsten Bundeslandes bildet zusammen mit den 15 anderen Landeskrankhausgesellschaften und den kommunalen Spitzenverbänden, den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege und der Privatkrankenanstalten die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Bundesverband der Krankenhausträger.

Die KGNW hat laut Satzung vier Organe:

- Mitgliederversammlung
- Vorstand
- Präsidium
- Hauptausschuss

Präsident im Jahr 2020 war Jochen Brink. Darüber hinaus bestehen bei der KGNW Fachausschüsse und Kommissionen.

Die Geschäftsstelle der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat ihren Sitz in Düsseldorf. Rund 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der Geschäftsstelle der KGNW tätig.

Der Geschäftsführer leitet die Geschäftsstelle der KGNW.

Daneben gibt es in der Geschäftsstelle der KGNW fünf Referate:

- Finanzierung und Planung
- Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse
- Medizin
- Recht und Personal
- Politik, PR und Presse

Darüber hinaus verfügt die Geschäftsstelle der KGNW über

- das Sachgebiet Finanzen, Personal und Organisation intern,
- den Bereich Allgemeine Dienste,
- die Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Rheinland.

Geschäftsführung

Der Geschäftsführer führt die laufenden Geschäfte der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Er gehört als Geschäftsführendes Präsidialmitglied mit beratender Stimme dem Vorstand und dem Präsidium an. Der Geschäftsführer der KGNW leitet die Geschäftsstelle. Im Rahmen des ihm zugewiesenen Geschäftsbereiches vertritt der Geschäftsführer die Gesellschaft (§ 30 BGB). Er ist insoweit alleinvertretungsberechtigt. Geschäfts-

führer der KGNW ist Rechtsanwalt Matthias Blum.

Referat „Finanzierung und Planung“

Das Referat „Finanzierung und Planung“ ist schwerpunktmäßig mit der Krankenhausfinanzierung (Vergütungssysteme für stationäre und ambulante Krankenhausleistungen, Finanzierung von Ausbildungsstätten für die Gesundheitsfachberufe), der Krankenhausplanung, der Krankenhausförderung sowie der Gremienbetreuung bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen beschäftigt. Darüber hinaus ist das Referat in verschiedenen Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgruppen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) tätig. Referatsleiter des Referats „Finanzierung und Planung“ ist Rechtsanwalt Richard Kösters, LL.M.

Referat „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“

Das Referat „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“ ist schwerpunktmäßig in der Qualitätssicherung und im Qualitätsmanagement, der Krankenhausorganisation, der

Krankenhausstatistik sowie der IT im Krankenhaus tätig. Es betreut zahlreiche Gremien in der KGNW und wirkt in Gremien der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit. Außerdem verantwortet das Referat die IT der Geschäftsstelle. Referatsleiter des Referats „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“ ist Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer.

Referat „Medizin“

Das Referat Medizin beschäftigt sich in zahlreichen Gremien auf der Bundes- und Landesebene mit den Regelungsinhalten des DRG (Diagnosis Related Groups)- und PEPP (Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)-Systems, des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie mit allen krankenhausrelevanten ärztlichen und pflegerischen Versorgungsaspekten. Daneben werden die Themen Hygiene, Organspende, ambulante und stationäre Notfallversorgung, Rettungswesen, Palliativversorgung und Disease-Management-Programme betreut. Zusätzlich erfolgt eine referatsübergreifende fachliche Begleitung der Krankenhausplanung, der Qualitätssicherung im Krankenhaus, des Landeskrebsregisters NRW und der vielfältigen Prüfverfahren der Medizinischen Dienste. Referatsleiter des Referats „Medizin“ ist Dr. med. Peter-Johann May, M. A.

Referat „Recht und Personal“

Das Referat „Recht und Personal“ ist schwerpunktmäßig für alle Rechtsfragen zum Vertrags- und Vergütungsrecht im Krankenhaus zuständig und unterstützt alle Referate bei rechtlichen Fragestellungen. Im Weiteren beschäftigt sich das Referat mit allgemeinen arbeits- und personalrechtlichen Fragestellungen, die nicht in die originären Aufgabenstellungen der Spitzenverbände (zum Beispiel Tarifrecht) fallen. Darüber hinaus ist das Referat für alle internen Vertragsangelegenheiten der KGNW sowie für alle satzungsrechtlichen Fragestellungen und Mitgliederangelegenheiten (Aufgaben des Vorstandsbüros) zuständig. Referatsleiter des Referats „Recht und Personal“ ist Rechtsanwalt Thorsten Ganse.

Referat „Politik, PR und Presse“

Das Referat „Politik, PR und Presse“ ist schwerpunktmäßig in der Gesundheitspolitik, der Landesgesundheitskonferenz NRW, bei Grundsatzfragen des Krankenhauswesens und dem internationalen/europäischen Krankenhauswesen, in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und der verbandsinternen Kommunikation, in der Erstellung des Geschäftsberichts, im Kongress- und Veranstaltungsmanagement sowie in der Gremienarbeit tätig. Referatsleiter des Referats „Politik, PR und Presse“ ist seit 1. Dezember

2020 Hilmar Riemenschneider. Vorgänger Lothar Kratz trat in den Ruhestand.

Sachgebiet „Finanzen, Personal und Organisation intern“

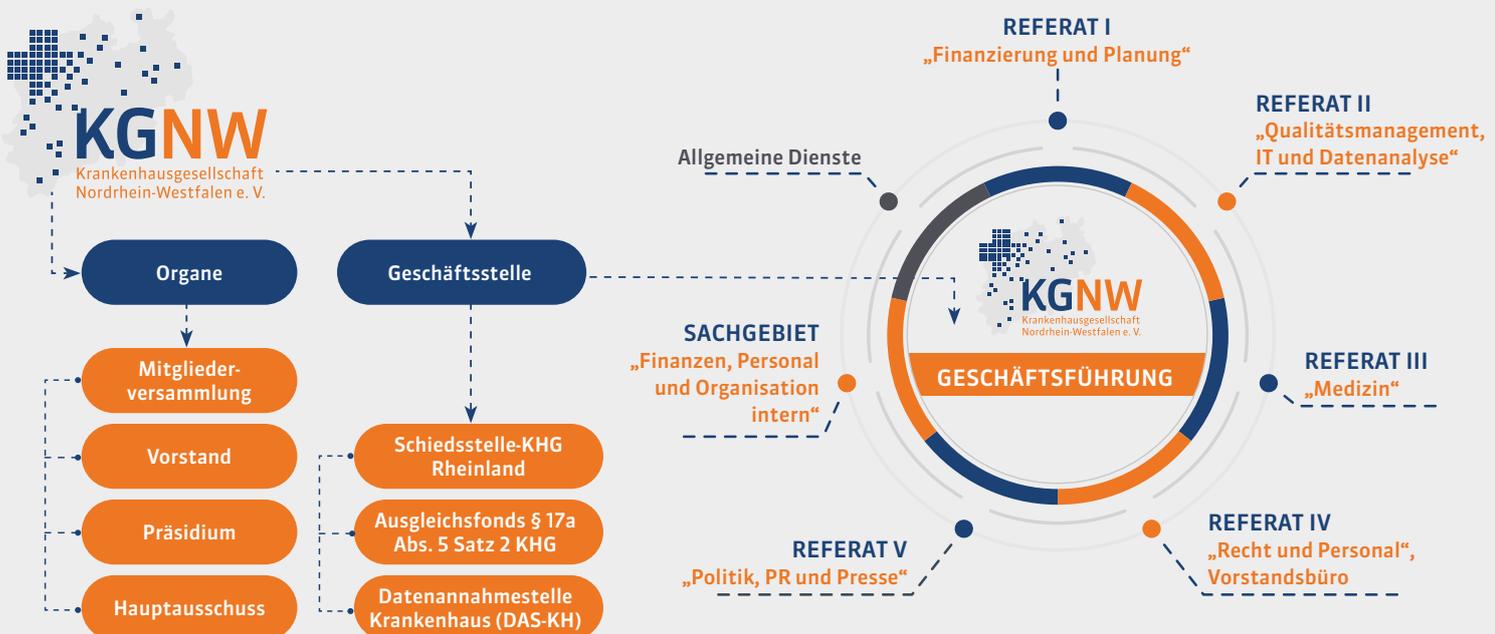
Das Sachgebiet „Finanzen, Personal und Organisation intern“ ist schwerpunktmäßig im Personalwesen, dem Beschaffungs-/Rechnungswesen sowie in den Bereichen Vorbereitung der Buchhaltung, Budgetkontrolle, Wirtschaftsplan der KGNW, Vorbereitung des Jahresabschlusses und Versicherungsangelegenheiten der KGNW tätig. Sachgebietsleiterin „Finanzen, Personal und Organisation intern“ ist Rosemarie Rehm.

Allgemeine Dienste

Die „Allgemeinen Dienste“ der KGNW kümmern sich schwerpunktmäßig um die Hausverwaltung, den Empfang und die Telefon-/Kopierzentrale, die Poststelle sowie den Fahrdienst. Zuständig für den Bereich ist Ulrike Groben.

Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Rheinland

Die „Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) Rheinland“ ist der KGNW organisatorisch angegliedert und wird von dieser finanziell getragen. Sachgebietsleiterin der Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG Rheinland ist Rosemarie Rehm.



Corona und die Folgen

Wie die Krankenhäuser 2020 durch die Pandemie kamen

Februar
2020

● Pandemie bricht aus

13. März
2020● Gipfelrunde im
Kanzleramt21. März
2020● Erster Gesetzentwurf
zum Krankenhaus-
Finanzausgleich30. März
2020● Start der Vorstufe
des Virtuellen
Krankenhauses für
intensivpflichtige
COVID-19-PatientenMai
2020● Zweites Pandemie-
Gesetz des BundestagsJuni
2020● Konjunktur- und
Krisenbewältigungs-
paket der Bundes-
regierungJuli
2020● unberechtigter
Vorwurf falscher
Abrechnung bei
IntensivbettenNovember
2020● KGNW befürchtet
EngpässeDezember
2020● ernste Kapazitäts-
engpässe in
NRW-Kliniken**FEBRUAR 2020:
Die Pandemie bricht aus**

Bereits im Februar 2020, zu Beginn der Pandemie, bereiteten sich die Krankenhäuser in Deutschland auf die erhöhten Anforderungen wegen steigender Infektions- und Patientenzahlen durch das Corona-Virus und seine Auswirkungen auf die Versorgung vor.

Erste Maßnahmen:

- Isolierung von Corona-Patientinnen und -Patienten beziehungsweise Verdachtsfällen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus
- Verstärkte Kontrolle zur Einhaltung der Hygienevorschriften
- Aufklärung der Mitarbeitenden, der Patientinnen und Patienten sowie der Besucherinnen und Besucher auf Basis der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) und der aktuellen Informationen aus der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Prüfung von Beständen und Bevorratung mit persönlicher Schutzausrüstung, Arzneimitteln und Desinfektionsmitteln
- Einrichtung möglicher Zugangskontrollen
- Sukzessive Schulung der Beschäftigten auf den Stationen zur gegebenenfalls erforderlichen Unterstützung der Intensivstationen als präventive Maßnahme

Mehr als 1.400 internistische Abteilungen und über 1.200 Intensivstationen mit rund 28.000 Intensivbetten standen in deutschen Krankenhäusern bereit, um Patientinnen und Patienten

zu versorgen. Nach Aussagen der deutschen Krankenhäuser aus März 2020 lag die Zahl der Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit damals bei rund 20.000 als Teilmenge von insgesamt 28.000 Intensivbetten.

**13. MÄRZ 2020:
Gipfelrunde im Kanzleramt**

Für den 13. März 2020 berief die Bundesregierung eine Gipfelrunde im Kanzleramt ein. Darin forderte sie die deutschen Krankenhäuser auf, *„ab der kommenden Woche, soweit wie es medizinisch vertretbar ist, Patientenbehandlungen in den Kliniken zurückzufahren“*, um notwendige Kapazitäten für die Versorgung der von COVID-19 schwer betroffenen und aller weiteren akut behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten verfügbar zu machen.

Die KGNW machte in Statements ebenso wie die DKG in einer Pressemitteilung darauf aufmerksam, dass die zentrale Aufgabe allen Handelns in der Corona-Krise sein müsse, *„die Arbeitsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser und damit die Versorgung schwer kranker Patienten sicherzustellen“*.

Die KGNW bekräftigte gegenüber den Medien und der Politik die Unterstützung der NRW-Krankenhäuser. Sie setzte sich zugleich für die finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser, etwa in Form eines Rettungsschirms, sowie entlastende Maßnahmen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und insbesondere für die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen ein.

In einem Brief vom 13. März 2020 appellierte Bundesgesundheitsminister

Jens Spahn an die Krankenhäuser, angesichts der Corona-Krise zusätzliches Personal zu rekrutieren.

Er forderte die Kliniken zudem auf, planbare Operationen und Eingriffe jetzt zu verschieben. „So entstehen freie Kapazitäten bei der Grundversorgung und insbesondere auf Intensivstationen, um Menschen mit schweren Atemwegserkrankungen behandeln zu können.“ Zugleich garantierte er in dem Schreiben an die Krankenhäuser, dass die dadurch entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser seitens der gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden. „Seien Sie sich dabei einer Sache gewiss: Die Bundesregierung wird durch gesetzliche Maßnahmen zügig sicherstellen, dass die dadurch entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser ausgeglichen werden und kein Krankenhaus dadurch ins Defizit kommt.“ Es werde eine unbürokratische Lösung geben, die in Kürze gesetzlich auf den Weg gebracht werde.

21. MÄRZ 2020: Erster Gesetzentwurf zum Krankenhaus-Finanzausgleich

Am 21. März folgte der erste Gesetzentwurf zum Ausgleich der finanziellen Belastungen für die Kliniken. Entgegen den Ankündigungen des Bundesgesundheitsministers sah er jedoch vor, dass Krankenhäuser in einem „Klein-Klein“ mit den Krankenkassen sogar die Personalkosten für Pflegekräfte aushandeln sollten.

Darüber hinaus sollten die 4,5 Milliarden Euro Finanzhilfen, die sich aus der Erhöhung der Pflegefinanzierung ergaben, den Kliniken nur geliehen und 2021 an die Kassen zurückgezahlt werden. Im Gesetzentwurf fehlte auch ein

Ausgleich für die hohen Mehrkosten für Schutzausstattung der Mitarbeitenden und Ähnliches – laut DKG ein pauschaler Mehraufwand von 160 Euro pro Patientin und Patient.

Auch die finanziellen Hilfen zur Schaffung der von der Politik so vehement geforderten zusätzlichen Intensivplätze waren zu niedrig angesetzt. Vorgesehen war eine Ausgleichszahlung von gerade einmal 30.000 Euro für jedes bis zum 30. September aufgestellte oder vorgehaltene Intensivbett (tatsächliche Kosten: circa 85.000 Euro gemäß DKG-Berechnung).

Am 21. März 2020 wandten sich die Krankenhäuser deshalb mit ihren Forderungen an die Öffentlichkeit.

Die Kritik hatte Erfolg. Das Bundesgesundheitsministerium besserte nach:

- Für jeden im Vergleich zum Vorjahr nicht behandelten Patienten erhielten die Krankenhäuser, befristet bis zum 30. September 2020, eine Ausgleichszahlung von zunächst 560 Euro pro Tag.
- Für jedes zusätzlich aufgestellte oder vorgehaltene Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit, das nach Genehmigung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 30. September 2020 zusätzlich geschaffen und vorgehalten wurde, bekamen die Krankenhäuser vom Bund 50.000 Euro.
- Der vorläufige Pflegeentgeltwert wurde für den Zeitraum vom 1. April bis zum 31. Dezember 2020 auf 185 Euro erhöht.
- Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge der Corona-Virus-Pandemie wurde mit dem COVID-19-Kranken-

hausentlastungsgesetz ein fallbezogener Zuschlag in Höhe von 50 Euro zunächst befristet bis zum 30. Juni eingeführt, später bis zum 30. September 2020 verlängert und für die Behandlung von infizierten Patientinnen und Patienten jeweils auf 100 Euro erhöht. Für Nicht-COVID-19-Patientinnen und -Patienten gab es jeweils 50 Euro. Diese Regelung wurde von den Vertragsparteien auf Bundesebene für nicht anderweitig finanzierte coronabedingte Mehrkosten von Oktober bis Jahresende übernommen.

- Der Fixkostendegressionsabschlag wurde für 2020 ausgesetzt.
- Die Pflegepersonaluntergrenzen wurden rückwirkend zum 1. März 2020 für sechs Monate ganz ausgesetzt. (Mehr Informationen stehen im Kapitel „Pflege“).
- Die Krankenkassen wurden verpflichtet, alle Rechnungsbeträge im Jahr 2020 schon nach fünf Tagen an die Krankenhäuser zu überweisen. Die verkürzte Zahlungsfrist gilt bis zum 31. Dezember 2021.
- Zum Bürokratieabbau wurde die MDK-Prüfquote deutlich gesenkt, die Strafzahlungen für 2020 und 2021 waren komplett gestrichen.

Die Gehälter der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssten gesichert sein und die Kosten-Erlös-Schere dürfe nicht zu Insolvenzen von Kliniken führen, forderte die KGNW. Deshalb müsse auch das Land NRW kurzfristige Liquiditätshilfen für die Krankenhäuser bereitstellen. An die Krankenkassen appellierte KGNW-Präsident Jochen Brink, **„alle noch offenen Rechnungen schnellstmöglich zu bezahlen, damit die Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser kurzfristig sichergestellt“** sei.



**„WIR BLEIBEN FÜR EUCH
DA! BLEIBT IHR FÜR UNS
ZU HAUSE!“**

Wie hier im Städtischen Krankenhaus Heinsberg rufen bundesweit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken dazu auf, dass die Menschen Abstand halten, Hände waschen und Alltagsmaske tragen, um die Verbreitung des Corona-Virus zu verhindern.



EXKURS: erhebliche organisatorische Änderungen in den Krankenhäusern

Die Auswirkungen der weiterhin bestehenden Corona-Pandemie haben in annähernd allen Teilbereichen der Krankenhäuser zu erheblichen organisatorischen Änderungen geführt. Dies beinhaltet primär die Prozessabläufe in den Notfallaufnahmen, den Intensivstationen und den Normalstationen, auf denen ausschließlich oder schwerpunktmäßig COVID-19-Patientinnen und -Patienten behandelt werden. Daneben bedarf es regional abgestimmter Besuchsregelungen, die regelmäßig an die epidemische Lage anzupassen sind.

Auch weil dies erfolgreich umgesetzt wurde, kam es im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern 2020 zu keiner Überforderung des Gesundheitssystems.

Weitere Gründe:

- **Schaffung zusätzlicher intensivmedizinischer Beatmungskapazitäten**
- **Einrichtung von Testzentren beziehungsweise Mitwirkung an ihnen**
- **Intensive Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern und den Einrichtungen der Langzeitpflege**

Die KGNW hat in diesem Zusammenhang den Ausbau der Beatmungskapazitäten, die Beschaffung von Beatmungsgeräten sowie von persönlicher Schutzkleidung fachlich begleitet. Daneben informierte sie die Krankenhäuser über die aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts sowie weiterer öffentlicher oder wissenschaftlicher Einrichtungen und über die Erlasse und Verordnungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS).

Darüber hinaus erhielt ein Krankenhaus auf Antrag vom Land im Rahmen der „Soforthilfe zur Stärkung der Langzeitbeatmungskapazitäten im Zusammenhang mit dem Corona-Virus in Nordrhein-Westfalen“ jeweils 50.000 Euro, um die Beatmungskapazitäten aufzustocken (insgesamt rund 106 Millionen Euro). Die Förderung erfolgte als Pauschalbetrag pro Langzeitbeatmungsgerät, das ab dem 16. März 2020 gekauft und bis zum 30. September 2020 aufgestellt oder vorgehalten wurde.

Ende März wurde die Lage in einzelnen Häusern kritisch. Als Liquiditätshilfe erfolgte darum die Vorabauszahlung der Pauschalfördermittel. Den Krankenhausträgern wurde es erlaubt, die Pauschalfördermittel vorübergehend zur Zwischenfinanzierung bei Liquiditätsengpässen einzusetzen.

Überdies schlossen die Verbände der Kostenträger mit der KGNW eine „Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2020 nach § 17a Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 KHG in Verbindung mit der Vereinbarung vom 20.12.2007 zu § 17a Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 bis 3 KHG“. Darin erfolgte eine Verdoppelung des landesweiten Ausbildungszuschlages gemäß § 17a KHG für Aufnahmen zwischen dem 1. Mai und 30. September 2020 auf 208,52 Euro je voll- und teilstationärem Fall. Die Vereinbarung sollte den pandemiebedingten Rückgang von Fallzahlen ausgleichen.

MAI 2020: Zweites Pandemie-Gesetz des Bundestags

Mit dem Zweiten Pandemie-Gesetz wurden im Lichte der ersten Pandemie-Erfahrungen einige Regelungen modifiziert:

- Anpassung der Freihaltepauschale in bisheriger Höhe von 560 Euro/Bett. Klar ist heute, dass die Pauschale in Höhe von 560 Euro, die alle Krankenhäuser zu Beginn der Pandemie für nicht belegte Betten erhalten haben, nicht für alle Häuser kostendeckend war. Zu dieser Erkenntnis kam der Expertenbeirat in seiner ersten Evaluation. Per 1. Juli 2020 wurde die Pauschale daher in vier Stufen zwischen 360 und

760 Euro gestaffelt: Krankenhäuser mit einem hohen Case-Mix-Index (Indikator zur Ermittlung der durchschnittlichen Fallschwere) und einer hohen durchschnittlichen Verweildauer erhielten dann maximal 760 Euro, Krankenhäuser mit niedrigeren Werten mindestens 360 Euro.

- Zudem hob das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf Anraten des Beirats die Pauschale für die Beschaffung persönlicher Schutzausrüstung von 50 auf 100 Euro pro COVID-19-Patientin oder -Patient an und verlängerte deren Zahlung bis Ende September. Für Nicht-Infizierte gab es jeweils 50 Euro pauschal.

JUNI 2020: Konjunktur- und Investitionspakete von Bund und Land

Am 3. Juni 2020 verkündete das Bundeskabinett zur Krisenbewältigung ein umfangreiches Konjunktur- und Zukunftspaket mit einem Gesamtvolumen von 130 Milliarden Euro. Am 29. Juni stimmten Bundestag und Bundesrat dem Corona-Konjunkturpaket zu. Darin enthalten war das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ in Höhe von drei Milliarden Euro. Damit können Krankenhäuser in moderne Notfallkapazitäten, in Digitalisierung und IT-Sicherheit investieren. Von den drei Milliarden Euro entfielen (nach dem Königsteiner Schlüssel) etwa 630 Millionen Euro auf NRW. Nach Vorstellung des Bundes sollten mittels einer Ko-Finanzierung der Länder weitere 1,3 Milliarden Euro hinzukommen. Für NRW belief sich dieser zusätzliche Betrag auf rund 270 Millionen Euro. Insgesamt standen den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern also rund 900 Millionen Euro aus dem Zukunftsprogramm zur Verfügung.

Die KGNW wandte sich bereits nach Veröffentlichung des Konjunktur- und Zukunftspakets mit einem eindringlichen Schreiben an die Landespolitik und forderte, dass Nordrhein-Westfalen den Betrag von der Bundesebene in Höhe von 630 Millionen Euro in einem eigenen Konjunkturpaket ergänzen solle. Daraufhin stellte Ministerpräsident Armin Laschet am 24. Juni 2020 das Nordrhein-Westfalen-Programm in Höhe von 8,9 Milliarden Euro vor. Dieses Investitionspaket der Landes-

regierung diente dazu, die Folgen der Corona-Pandemie zu bewältigen und die Zukunftsfähigkeit des Landes zu stärken. Es ergänzte das Konjunkturpaket der Bundesregierung.

Für die Krankenhäuser waren davon 750 Millionen Euro, für die nicht an Krankenhäuser angeschlossenen Pflegeschulen 250 Millionen Euro und für die Universitätskliniken eine Milliarde Euro vorgesehen. Mit den Mitteln sollten Maßnahmen zur Modernisierung und Sanierung in den Bereichen Energie, Brandschutz und bauliche Umgestaltung an den Krankenhäusern gefördert werden. Um davon zu profitieren, mussten die jeweiligen Krankenhaus-träger zum Zeitpunkt der Förderung im nordrhein-westfälischen Krankenhausplan ausgewiesen sein. Die KGNW begrüßte das Investitionspaket der Landesregierung ausdrücklich als Anerkennung der herausragenden Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern. Dennoch wies die KGNW zugleich auf die über mehrere Wahlperioden angestaute Unterfinanzierung der Krankenhäuser hin. Es bestehe weiterhin die Aufgabe, für eine Verstetigung der nachhaltigen Investitionsfinanzierung zu sorgen. Weitere 270 Millionen Euro als Anteil des Landes an den Investitionen aus dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ des Bundes (mit 630 Millionen Euro) kamen – wie oben ausgeführt – hinzu. Diese Mittel werden für Investitionen in die Digitalisierung und die IT-Sicherheit bis 2024 eingesetzt.

Die Krankenhäuser haben die Anstrengungen des Landes, insbesondere in der Corona-Krise für die Krankenhausversorgung akut die notwendigen Rahmenbedingungen zur Versorgung der Bevölkerung zu schaffen, stets anerkannt. Die rasche Bereitstellung finanzieller Mittel als Soforthilfe und die übergangsweise Liquiditätssicherung durch die frühe Verfügbarkeit der pauschalen Fördermittel waren wichtige Beiträge zur bisherigen Bewältigung der besonderen Aufgaben im Jahr 2020.

JULI 2020: **unberechtigter Vorwurf falscher Abrechnung bei Intensivbetten**

Im Juli 2020 wird ein internes Schreiben des Bundesgesundheitsministe-

riums bekannt. Darin war von etwa 7.300 fehlenden Intensivbetten die Rede, für die der Bund bereits rund 360 Millionen Euro bezahlt habe. Die Medien warfen deshalb die Frage auf: „Wurden Intensivbetten abgerechnet, die es gar nicht gibt?“ Dieser Vorwurf kam und kommt immer wieder auf. Dagegen wehrten sich die Krankenhäuser: Es gab und gibt Verzerrungen in den statistischen Erhebungen des Ausgangsbestands, insbesondere hinsichtlich der technischen Ausstattung. Auch waren viele Beatmungsgeräte zwar bestellt und bezahlt, aber noch nicht geliefert, sodass sie im bundesweit genutzten DIVI-Intensivregister noch nicht gemeldet werden konnten.

Konkret:

- Die vom Bundesgesundheitsministerium zum 1. Januar 2020 genannte Zahl von bundesweit rund 28.000 Intensivbetten war ungeeignet, um sie mit der im Juli 2020 im DIVI-Intensivregister ermittelten Anzahl von 32.500 Beatmungsbetten zu vergleichen. Eine amtliche Statistik, die zwischen allgemeinen Intensivbetten und Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit unterscheidet, gab es faktisch erst ab dem 15. April.
- Die Pflicht zur Meldung der unter Berücksichtigung der tagesgleich bestehenden personellen Ressourcen einsatzfähigen Intensivbetten an das Register der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) galt erst seit dem 16. April. Hier lagen somit Erfassungsdisparitäten vor.

Nordrhein-Westfalen zählte zu den wenigen Bundesländern, in denen ausdrücklich jedes Bett zu beantragen war. Hier reichte keine einfache Anmeldung. Das MAGS prüfte jeden Antrag akribisch und erteilte dann im positiven Fall dem Krankenhaus-träger die Genehmigung. Für die Auszahlung der Mittel war weiterhin eine gesonderte Anforderung erforderlich.

NOVEMBER 2020: **KGNW befürchtet Engpässe**

Im November 2020 traf die Bundesregierung die Entscheidung, nur noch den Kliniken der höheren Notfall-

stufen 2 und 3 bei einer Auslastung von mehr als 75 Prozent der Intensivbetten die Freihaltepauschale zu gewähren. Dies ging an der Versorgungsrealität vorbei. Die KGNW warnte vor drohenden Engpässen in der stationären Behandlung von Corona-Patientinnen und -Patienten. Alle anderen Krankenhäuser wurden nur bei einer Überlastung dieser Intensivkapazitäten finanziell unterstützt. Voraussetzung war außerdem eine hohe 7-Tage-Inzidenz von mehr als 70 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner. Weil nur wenige besonders ausgestattete Krankenhäuser die Pauschale beanspruchen könnten, gingen etwa zwei Drittel der Krankenhäuser, die stationär COVID-19-Fälle in Nordrhein-Westfalen behandelten, leer aus, erklärte KGNW-Präsident Jochen Brink.

DEZEMBER 2020: **ernste Kapazitätsengpässe in NRW-Kliniken**

Leider bestätigten sich die Befürchtungen: Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen meldeten Anfang Dezember 2020 eine stark steigende Auslastung mit schwer erkrankten COVID-19-Patientinnen und -Patienten. Innerhalb von nur einem Monat, zwischen dem 30. Oktober und 1. Dezember, hatte die Zahl der stationär aufgenommenen Fälle um 75 Prozent zugenommen. Vor diesem Hintergrund appellierte Jochen Brink nachdrücklich an die Bürgerinnen und Bürger, die Gefahr durch die Corona-Pandemie ernst zu nehmen und die geltenden Kontaktbeschränkungen zu akzeptieren.

Bis Mitte Dezember 2020 gerieten immer mehr NRW-Krankenhäuser durch die unaufhörlich steigende Zahl schwerer COVID-19-Fälle an ernste Kapazitätsgrenzen. Die KGNW forderte einen an den Versorgungsbedarf angepassten Rettungsschirm. *„Derzeit kann man im Wochentakt beobachten, wie die Reserve freier Beatmungsplätze hinwegschmilzt“, sagte Jochen Brink. „Damit verbunden ist eine enorme Beanspruchung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegerinnen und Pflegern, die seit Tagen und Wochen bis an ihr Kräfte-limit gehen, um den Patientinnen und Patienten jede notwendige Behandlung zu ermöglichen.“*

Von Entlassmanagement bis zur Diskussion um eine unwahrscheinliche Triage

Rechtliche Folgen der Pandemie für die Kliniken

Es mag auf den ersten Blick überraschen: Die COVID-19-Pandemie hat das Jahr 2020 auch in rechtlicher Hinsicht massiv geprägt und vor allem immer neue Lösungen gefordert. Deshalb erfolgten zahlreiche gesetzliche Neuregelungen, Rechtsverordnungen wurden erlassen, zudem wurden vertragliche Anpassungen erforderlich, die massive Änderungen im Krankenhausbereich nach sich gezogen haben. An diesen aktuellen Entwicklungen hat sich die Information durch Rundschreiben sowie Beratung der Mitgliedskrankenhäuser durch das Referat „Recht und Personal“ verstärkt ausgerichtet.

Sonderregelungen im Rahmen des Entlassmanagements

In der ersten Welle der Pandemie galt es, unnötige Besuche der Patientinnen und Patienten in den Arztpraxen zu vermeiden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss deshalb Sonderregelungen zur Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements: Danach waren insbesondere die Ausstellung von Entlassrezepten zur Vermeidung von Arztbesuchen nach der Entlassung sowie die Verordnung von größeren Packungen zulässig. Zudem änderte der G-BA eine Reihe von Richtlinien zu den sogenannten veranlassten Leistungen und vereinfachte damit die Verordnung von Leistungen durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements. Diese Sonderregelungen gelten, solange die vom Deutschen Bundestag festgestellte epidemische Lage von nationaler Tragweite fortbesteht.

MDK-Reformgesetz

Erst mit Jahresbeginn 2020 trat das im Dezember 2019 verabschiedete Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) in Kraft. Über die damit verbundenen Neuerungen informierte die KGNW-Geschäftsstelle in einer Veranstaltung am 20. Januar 2020.

Doch auch an diesem noch jungen Gesetz wurden im Zuge der COVID-19-Pandemie Modifizierungen der darin festgesetzten Regelungen notwendig. So wurden die Strukturprüfungen durch das COVID-19-Krankenhaustlastungsgesetz auf das Jahr 2021 verschoben, die Sanktionen (Aufschläge) in den Jahren 2020 und 2021 gestrichen und die Prüfquote rückwirkend zum ersten Quartal 2020 auf fünf Prozent reduziert. Prüfaufträge des Me-



Die KGNW informiert am 20. Januar 2020 (vor Corona) über das MDK-Reformgesetz: (von links nach rechts) Dr. Andreas Hellwig, Katholisches Klinikum Bochum, Sascha van Beek, St. Franziskus-Stiftung, Dr. Dirk Laufer, Universitätsklinikum Bonn, Martina Schmitz, GFO-medico, Dr. Martin Rieger, Geschäftsführer MDK Westfalen-Lippe, Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Anwaltskanzlei Quaas & Partner, Thorsten Ganse, Referatsleiter Recht & Personal bei der KGNW, Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW

dizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK), die die Prüfquote von fünf Prozent überstiegen, sollten zurückgenommen werden. Eine weitere Änderung erfolgte durch das Zweite Bevölkerungsschutzgesetz, das für 2021 eine feste Prüfquotengrenze von 12,5 Prozent pro Quartal festlegte und den Anwendungsbeginn der krankenhausespezifischen, quartalsabhängigen Prüfquote in Höhe von fünf/zehn/fünfzehn Prozent auf das Jahr 2022 verschob.

Die Regelungen des MDK-Reformgesetzes beziehungsweise die coronabedingten Anpassungen hatten 2020 insbesondere Auswirkungen auf die nachfolgenden Bereiche:

- **Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV):**

Zur kurzfristigen Umsetzung der Änderungen aus dem MDK-Reformgesetz strebte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Übergangsvereinbarung zur PrüfvV im ersten Halbjahr 2020 an. Weil dies unter der COVID-19-Pan-

demie nicht mehr möglich war, schlossen die DKG und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) eine Ergänzungsvereinbarung zur PrüfvV ab. Dadurch sollte das Prüfverfahren an die aktuelle Situation angepasst werden, unter anderem durch die Verlängerung wesentlicher Verfahrensfristen.

- **Erörterungsverfahren:**

Mit Beschluss des MDK-Reformgesetzes am 7. November 2019 war der zeitliche Anwendungsbereich des neu eingeführten, verpflichtenden Erörterungsverfahrens nach § 17c Abs. 2b KHG aufgrund der gewählten gesetzlichen Formulierung unterschiedlich interpretiert worden. Nach kontroversen Diskussionen forderte die DKG eine gesetzliche Klarstellung, die die Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und SPD als Ergänzung zum Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz formulierten. Damit stellte der Gesetzgeber klar, dass die Durchführung dieses Erörterungsverfahrens nur für die Über-

prüfung von Abrechnungen derjenigen Patientinnen und Patienten in Betracht kam, die nach Inkrafttreten der entsprechenden Verfahrensvereinbarung in ein Krankenhaus aufgenommen wurden.

▪ **Strukturprüfung:**

Durch das MDK-Reformgesetz wurde das SGB V um § 275d ergänzt.

Danach müssen Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes durch den MD begutachten lassen, bevor sie entsprechende Leistungen erbringen und abrechnen dürfen. Anfang April 2020 informierte der MDS darüber, dass der Erlass der Richtlinie zu regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerk-

malen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V aufgrund des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes verschoben wird. Demnach werden Strukturprüfungen gemäß § 275d SGB V auf das Jahr 2021 und etwaige „Leistungsausschlüsse bei fehlender Bescheinigung“ auf das Budgetjahr 2022 verlagert.

WEITERE RECHTLICHE ENTWICKLUNGEN IN DER CORONA-PANDEMIE



GEMEINSAME ERKLÄRUNG ZUR ENTLASTUNG DER KRANKENHÄUSER:

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), die KGNW und mehrere Krankenkassen in NRW richteten mit einer Gemeinsamen Erklärung einen Appell an die Bundesebene, die Krankenhäuser in der Pandemie von Administrationspflichten und Abschlägen zu befreien. Konkret waren die PpUG-Dokumentation, die MDK-Prüfungen und die Notfallstufenabschläge angesprochen. Krankenhäuser, die als Spezialversorger ausgewiesen werden wollten und noch keinen Antrag gestellt hatten, mussten beim MAGS schnellstmöglich einen Antrag auf Anerkennung als Spezialversorger für 2020 stellen.

PATIENTEN AUS DEM EUROPÄISCHEN AUSLAND:

Mit Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurde eine gesonderte Regelung zur Abrechnung der Behandlung von Patienten aus den EU-Mitgliedsstaaten in deutschen Krankenhäusern wegen des Corona-Virus SARS-CoV-2 geschaffen. Hiernach übernimmt der Bund die Kosten für Behandlungen von COVID-19-Patientinnen und -Patienten aus dem europäischen Ausland, wenn die Behandlung dieser Personen in deutschen Krankenhäusern aufgrund einer Absprache zwischen dem Bund oder einem Bundesland sowie einem der EU-Mitgliedsstaaten erfolgt ist.

KURZARBEIT:

Die Bundesagentur für Arbeit hatte am 15. April 2020 eine Weisung (Az.: 75095/7506) in Bezug auf die Bearbeitung von Sachverhalten zum Kurzarbeitergeld erlassen, der sich das Bundesministerium für Gesundheit anschloss. Hiernach konnten Leistungserbringer im Gesundheitssystem grundsätzlich einen Anspruch auf Kurzarbeitergeld haben. Die Bundesagentur für Arbeit stellte für Krankenhäuser allerdings fest, dass Krankenhäuser, die Ausgleichszahlungen nach dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz erhalten, keinen Anspruch auf Kurzarbeitergeld hatten.

TRIAGE:

Auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) beschäftigte sich mit den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Es lehnte mit Beschluss vom 16. Juli 2020 (1 BvR 1541/20) den Eilantrag verschiedener Beschwerdeführer ab, welcher den Gesetzgeber zur Aufstellung von verbindlichen Behandlungsrichtlinien (Triage) im Zusammenhang mit der Behandlung von COVID-19-Fällen verpflichten sollte. Der Begriff „Triage“ bezeichnet ein Verfahren zur Priorisierung medizinischer Hilfeleistung, insbesondere bei unerwartet hohem Aufkommen an Patientinnen und Patienten und objektiv unzureichenden Ressourcen. Das BVerfG entschied, dass eine derart schwierige Frage nicht in einem Eilverfahren geklärt werden könne, zudem sei nach dem momentan erkennbaren Infektionsgeschehen und den intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in Deutschland derzeit nicht wahrscheinlich, dass die Situation der Triage eintrete.

CORONA-PRÄMIE 1.0:

Mit Wirkung zum 29. Oktober 2020 wurde durch das Krankenhauszukunftsgesetz eine Neuregelung des § 26a KHG eingeführt. Danach hatten Krankenhäuser, die zunächst im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Mai 2020 durch die Behandlung von mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, Anspruch auf eine Sonderauszahlung für ihre direkt betroffenen Beschäftigten („Corona-Prämie 1.0“). Die Auswahl der Empfängerinnen und Empfänger sowie die Bemessung der individuellen Höhe oblag dem jeweiligen Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung.

Unterstützung via Bildschirm

DAS VIRTUELLE KRANKENHAUS



In Bezug auf digitalisierte Versorgungsstrukturen hat die COVID-19-Pandemie deutliche Veränderungen ausgelöst, die sich auch direkt auf die Behandlung stationärer Corona-Patientinnen und -Patienten auswirken – allen voran durch den vorgezogenen Start des Virtuellen Krankenhauses.

Nachdem NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann am 9. August 2019 die Vorbereitung eines Virtuellen Krankenhauses angekündigt hatte, tagte der von ihm eingesetzte Gründungsausschuss bereits seit Anfang Oktober 2019 monatlich. Die KGNW war in dem Gremium und seinen drei Arbeitsgruppen (Versorgungsauftrag, Finanzierung und Plattform) an der Vorbereitung und Umsetzung beteiligt.



Ministerpräsident Armin Laschet (rechts) und Prof. Gernot Marx, Klinikdirektor für Operative Intensivmedizin der Universitätsklinik Aachen, geben den Startschuss für das Virtuelle Krankenhaus des Landes Nordrhein-Westfalen

Schnellstart einer Vorstufe

Am 30. März 2020 wurde nach nur einwöchiger Vorbereitung eine Vorstufe des Virtuellen Krankenhauses für intensivpflichtige COVID-19-Patientinnen und -Patienten (Indikationen „Intensivmedizin und Infektiologie“) gestartet. Bis Ende 2020 wurden von den Universitätskliniken Aachen und Münster über 1.700 Telekonsile für mehr als 250 Patientinnen und Patienten durchgeführt. Nur 22 Patientinnen und Patienten mussten in die Unikliniken verlegt werden.

Gründung einer Betreibergesellschaft

Nach Vorbereitung im Gründungsausschuss gründete das Land NRW am 28. August 2020 die Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH, die zunächst als hundertprozentige Tochter des Landes NRW startete. Sitz der Gesellschaft ist Hagen. Die gGmbH erhält als Betreiberin der Vermittlungsplattform des VKHs für die ersten drei Jahre eine Projektförderung durch das Land. Die KGNW ist mit einem Sitz im Beirat der Gesellschaft vertreten, den sie auch weiter wahrnehmen kann, wenn sie später Mitgesellschafterin wird.

Vorbereitung weiterer Startindikationen

Der ursprünglich für Juni 2020 geplante Start der ersten Stufe des Virtuellen Krankenhauses mit fünf Indikationen musste aufgrund der Corona-Pandemie verschoben werden. Er wurde aber weiterhin für die noch fehlenden Indikationen resektable Lebertumore, therapierefraktäre Herzinsuffizienz und Seltene Erkrankungen vorbereitet und soll sukzessive erfolgen. Auch für die Indikationen Intensivmedizin und Infektiologie werden die Vorbereitungen jenseits der Behandlung von COVID-19 weiter vorangetrieben.

Qualitätsmanagement in Pandemiezeiten

Aussetzungsbeschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung

Der G-BA beschloss aufgrund der COVID-19-Pandemie die vorübergehende Aussetzung zahlreicher QS-Vorgaben. Am 20. März 2020 wurden zunächst Ausnahmeregelungen von Mindestanforderungen an das Pflegepersonal in mehreren Qualitätssicherungs-Richtlinien eingeräumt, um den Krankenhäusern in der Corona-Virus-Pandemie mehr Flexibilität beim Einsatz des Intensivpflegepersonals zu geben. Auf Antrag der DKG folgte in schriftlicher Beschlussfassung am 27. März 2020 eine Erklärung des G-BA über die Aussetzung von Anforderungen an die Qualitätssicherung zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Hiermit wurden insbesondere folgende G-BA-Qualitätsvorgaben zeitlich befristet ausgesetzt:

- **Qualitätssicherung Krankenhäuser:** Die Verpflichtung zu den drei unterjährigen Datenlieferungen für das Erfassungsjahr 2020 und das Datvalidierungsverfahren für das Erfassungsjahr 2019 wurden ausgesetzt.
- **Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung:** Das Stellungnahmeverfahren im Jahr 2020 wurde bis zum 31. Oktober 2020 ausgesetzt und sollte bis zum 31. März 2021 abgeschlossen sein. Die drei unterjährigen Datenlieferungen für das Erfassungsjahr 2020 wurden ausgesetzt.
- **Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborene:** Die Vorgaben zur Dokumentation fanden bis zum 31. Dezember 2020 keine Anwendung.
- **Qualitätssicherung hüftgelenknahe Femurfraktur oder Oberschenkelhalsfraktur:** Das Inkrafttreten der Richtlinie wurde auf den 1. Januar 2021 verschoben.
- **Planungsrelevante Qualitätsindikatoren:** Für das Erfassungsjahr 2019 wurden die Datvalidierung gemäß § 9, die Neuberechnung gemäß § 10, das Stellungnahmeverfahren gemäß § 11 sowie die Veröffentlichung der Ergebnisse gemäß § 17 ausgesetzt.
- **Psychiatrie-Personal-Vorgaben:** Die Nachweispflichten gemäß § 11 fanden bis zum 31. Dezember 2020 keine Anwendung.
- **Mindestmengen-Regelung:** Der G-BA wollte die COVID-19-Pandemie als weiteren Umstand gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 der Mm-R bewerten, der im Rahmen der Prognoseprüfung Berücksichtigung finden kann.
- **Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst:** Die RL wurde bis zum 31. Oktober 2020 nicht angewendet, da die Kontrollen des Medizinischen Dienstes vorerst nicht erfolgen können.
- **Qualitätsberichte der Krankenhäuser:** Die Sanktionierung bei nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Lieferung wurde für das Berichtsjahr 2019 ausgesetzt. Die COVID-19-Pandemie wurde als weitere Begründung für Nach- beziehungsweise Ersatzlieferung gemäß

§ 6 Abs. 3a aufgenommen; Anmeldungen und Registrierungen konnten nachgeholt werden. Die veröffentlichen Stellen mussten einen Hinweis in ihren Veröffentlichungen aufnehmen, dass die Qualitätsberichtsdaten für das Berichtsjahr 2019 möglicherweise unvollständig und damit nur eingeschränkt nutzbar seien.

Die Aussetzungsbeschlüsse des G-BA zu den Qualitätssicherungsvorgaben von Mindestanforderungen an das Pflegepersonal aufgrund der COVID-19-Pandemie endeten am 30. Juni 2020 und wurden nicht verlängert. Demgegenüber hielt die KGNW-Kommission Qualitätsmanagement fest, dass auch weiterhin mit pandemiebedingten Personalschränkungen zu rechnen sei.

Sektorenübergreifende Qualitätskonferenz NRW

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie waren auch Thema der sektorenübergreifenden Qualitätskonferenz am 2. Dezember 2020. Diese fand bereits zum zweiten Mal in gemeinsamer Verantwortung des Lenkungsausschusses QS-NRW und des Lenkungsgremiums DeQS NRW statt. Die Informationsveranstaltung wurde pandemiebedingt als Livestream aus dem Haus der Ärzteschaft durchgeführt und hatte das Motto: „Qualitätssicherung – eine Herausforderung in besonderen Zeiten“. Denn trotz Corona standen vor allem viele Verfahrensfragen und praktische Anwenderthemen im Fokus, beispielsweise die Überführung der ehemaligen QSKH-Verfahren in die DeQS-Richtlinie zum Erfassungsjahr 2021, die aus Sicht des G-BA und aus Anwendersicht im Krankenhaus dargestellt wurden.



„Steinschlange“ aus einer Kita der Kaiserswerther Diakonie als Zeichen von Gemeinschaft, Solidarität und Hoffnung

Krankenhäuser im Paragrafen-Dschungel

Gesetze, Richtlinien, Regelungen – Neuerungen, Änderungen und Irritationen

Die Information und Beratung der Mitglieder zu aktuellen Rechtsfragen im Krankenhausbereich ist ein wesentlicher Teil der Arbeit der KGNW. Diese Aufgabe übernimmt federführend das Referat „Recht und Personal“. Insbesondere die ambulante spezialfachärztliche Versorgung und die Reform des Medizinischen Dienstes führten 2020 zu einem erhöhten Beratungsbedarf.

Ob auf Landes- oder Bundesebene – gesetzliche Änderungen sind im Krankensektor keine Seltenheit. Aufgrund der hohen Komplexität führen die Neuregelungen, Rechtsverordnungen und vertraglichen Anpassungen häufig zu Fragen aus der Mitgliedschaft. Auch 2020 waren die Neuerungen vielschichtig – über die Corona-Pandemie hinaus.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Am 1. Januar 2012 trat das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in Kraft. Seitdem löst die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V neu) sukzessive die ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V alt) ab. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat – aufbauend auf den bereits in Kraft getretenen Anlagen zu den Krankheitsbildern wie Tuberkulose und atypische Mykobakteriose – 2020 weitere erkrankungsbezogene Anlagen zur Richtlinie für ambulante spezialfachärztliche Versorgung beschlossen. Dazu gehören Tumoren der Lunge und des Thorax, Sarkoidose, Kopf- oder Halstumoren sowie Neuromuskuläre Erkrankungen.

Des Weiteren passte der G-BA am 20. März 2020 die Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) an und änderte die Richtlinie bei ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV-RL) und ihren Anlagen. Dabei wurden der Behandlungsumfang in vielen Anlagen erweitert und grundsätzlich die Bedingungen der Videosprechstunde im Rahmen der ASV geregelt. Außerdem lief in diesem Jahr die Übergangsfrist für Altbestimmungen im Bereich Mukoviszidose aus.

Übersicht ASV-Anzeigeverfahren in Nordrhein und Westfalen-Lippe

G-BA-Beschlüsse zur ASV			berechtigte Teams			Beschlüsse zu Anzeigen			
G-BA-Anlage	Erkrankungsbild	Inkrafttreten	NRW (gesamt)	Nordrhein	Westfalen-Lippe	Nordrhein		Westfalen-Lippe	
		[Ablauf Altbestimmungen]				Neuanzeigen	Änderungen	Neuanzeigen	Änderungen
1.1a (TG 1)	Gastrointestinale Tumoren + Tumoren der Bauchhöhle	26.07.2014 [25.07.2017]	52	29	23	36	168	24	200
1.1a (TG 2)	Gynäkologische Tumoren	10.08.2016 [09.08.2019]	37	18	19	21	77	21	69
1.1a (TG 3)	Urologische Tumoren	26.04.2018 [25.04.2021]	12	9	3	10	18	3	13
1.1a (TG 4)	Hauttumoren	11.05.2019 [10.05.2022]	2	1	1	1	1	1	1
1.1a (TG 5)	Tumoren der Lunge und des Thorax	07.04.2020 [06.04.2023]	4	3	1	3	0	1	1
1.1b	Rheumatische Erkrankungen	19.04.2018 [18.04.2021]	12	5	7	6	23	7	24
2a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	24.04.2014 [23.04.2017]	12	7	5	11	8	6	17
2b	Mukoviszidose	18.03.2017 [17.03.2020]	5	4	1	5	9	1	0
2c	Hämophilie	04.07.2019 [03.07.2022]	0	0	0	0	0	0	0
2e	Schw. immunologische Erkrankungen – Sarkoidose	04.07.2020 [06.04.2023]	1	1	0	1	0	0	0
2h	Morbus Wilson	12.06.2018 [11.06.2021]	0	0	0	0	0	0	0
2k	Marfan Syndrom	30.06.2015 [29.06.2018]	2	1	1	1	4	1	2
2l	Pulmonale Hypertonie	01.06.2016 [31.05.2019]	11	6	5	6	12	8	22
2o	Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	16.08.2018 [15.08.2021]	0	0	0	0	0	0	0
Stand 12.11.20	NRW gesamt		150	84	66	101	320	73	349
						Neuanzeigen 174	Änderungsanzeigen 669		



Erheblich mehr Neu- und Änderungsanzeigen bei ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung

Die Prüfung der Anzeigen gehörte zu einem der Aufgabenschwerpunkte im Bereich Recht. Die Anzahl der (Änderungs-) Anzeigeneingänge stieg an. Über 300 Neu- oder Änderungsanzeigen gingen im Jahr 2020 ein. Ein Grund liegt in der Überführung der zwei Erkrankungsgebiete in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

Außerdem sind die Anzeigenunterlagen deutlich umfangreicher geworden. Dafür gibt es zwei Ursachen: Immer mehr Großkrankenhäuser und Universitätskliniken mit großen ASV-Teams zeigen ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung an. Darüber hinaus nehmen Krankenhäuser Mehrfachbenennungen vor, um durchgehend vollständige ASV-Teams sicherzustellen und nachträglich den administrativen Aufwand zu reduzieren. Damit folgen sie einer KGNW-Empfehlung.

Mindestmengenregelung des G-BA

Mit Beschluss vom 16. April 2020 nahm der G-BA erneut Änderungen an den Mindestmengenregelungen vor. Die Frist für die jährliche Prognosedarlegung wurde gemäß den Mindestmengenregelungen bis einschließlich 7. August 2020 verlängert und die Verpflichtung zur Anwendung der Softwarespezifikation auf das Jahr 2021 verschoben.

Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Aufgrund von irritierenden Darstellungen in zahlreichen Schiedsstellenverfahren stellte die Geschäftsstelle der KGNW klar: Für die Basisnotfallversorgung (Stufe I im gestuften Notfallsystem) ist ihrer Meinung nach keine Hub-schrauberlandestelle oder Public Interest Site (PIS) notwendig. Es reicht die „Möglichkeit der Weiterverlegung eines

Notfallpatienten von dem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftweg, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransports“ (Wortlaut G-BA-Regelung).

MDK-Reformgesetz

Am 1. Januar 2020 trat das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) in Kraft. Im Vorjahr hatte es der Gesetzgeber beraten und verabschiedet. Der Bundestag beschloss, dass der Medizinische Dienst (MD) organisatorisch von den Krankenkassen gelöst wird. Die Pandemie überdeckte allerdings auch dieses Gesetz und führte zu zahlreichen Anpassungen und Änderungen. Details enthält das Sonderkapitel „Corona“.



Infoveranstaltung zum MDK-Reformgesetz am 20. Januar 2020

Krankenhausfinanzierung und -förderung

Verlässliche Förderung gegen den Investitionsstau in den Kliniken

Zuständig für das Thema „Finanzen“ ist innerhalb der KGNW vor allem das Referat „Finanzierung und Planung“. Dabei geht es vor allem um folgende Themen: Krankenhausfinanzierung (Vergütungssysteme für stationäre und ambulante Krankenhausleistungen, Finanzierung von Ausbildungsstätten für die Gesundheitsfachberufe) und Krankenhausförderung.

Der Blick auf den Bereich „Finanzierung“ macht deutlich: Der dringende Investitionsbedarf in den Krankenhäusern ist eklatant. Zugleich haben die Gesetzesänderungen im Bereich Krankenhausfinanzierung weitreichende Auswirkungen. Die Unterstützung des Landes in der Corona-Pandemie haben die Krankenhäuser als wichtige Beiträge zur bisherigen Bewältigung der besonders schweren Aufgaben, beginnend mit dem Jahr 2020, positiv wahrgenommen. Das darf allerdings nicht den Blick dafür versperren, dass das bedarfsnotwendige Investitionsmittelvolumen von über 1,5 Milliarden Euro pro Jahr nachhaltig durch das Land bereitgestellt werden muss. Dies ist entscheidend, um die qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen aufrechtzuerhalten. Ein weiteres Anwachsen des Investitionsstaus muss schnell und nachhaltig gestoppt werden. Die Patientinnen und Patienten sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern benötigen ein Umfeld, das Qualität in der Leistungserbringung und Attraktivität der Arbeitsplätze sichert.

Krankenhauszukunftsfonds

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurde der Krankenhauszukunftsfonds eingeführt. Das KHZG setzt somit das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ um, auf das sich die Regierungskoalition am 3. Juni 2020 auf Bundesebene geeinigt hatte. Vom 3. September 2020 bis voraussichtlich 31. Dezember 2024 können die Krankenhäuser 4,3 Milliarden Euro vor allem in die Digitalisierung (Infrastruktur, IT- und Cybersicherheit) investieren.

Kontraproduktiv ist aus Sicht der KGNW, dass Kliniken, die am Ende der Förderperiode in fünf zentralen Bereichen keinen hinreichenden Digitalisierungsgrad vorweisen können,

ab 2025 von einem Straf-Abschlag von bis zu zwei Prozent auf jede Krankenhausrechnung bedroht sind. Vor diesem Hintergrund ist zu begrüßen, dass der Bundesrat die Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft unterstützt, anstelle einer Abschlagsregelung eine Zuschlagsregelung für Aufbau und Erhalt einer leistungsstarken digitalen Infrastruktur der Krankenhäuser einzuführen. Diese würde einen wirksamen Anreiz und eine finanzielle Unterstützung zur Ertüchtigung digitaler Dienste darstellen.

Krankenhaussonderprogramm

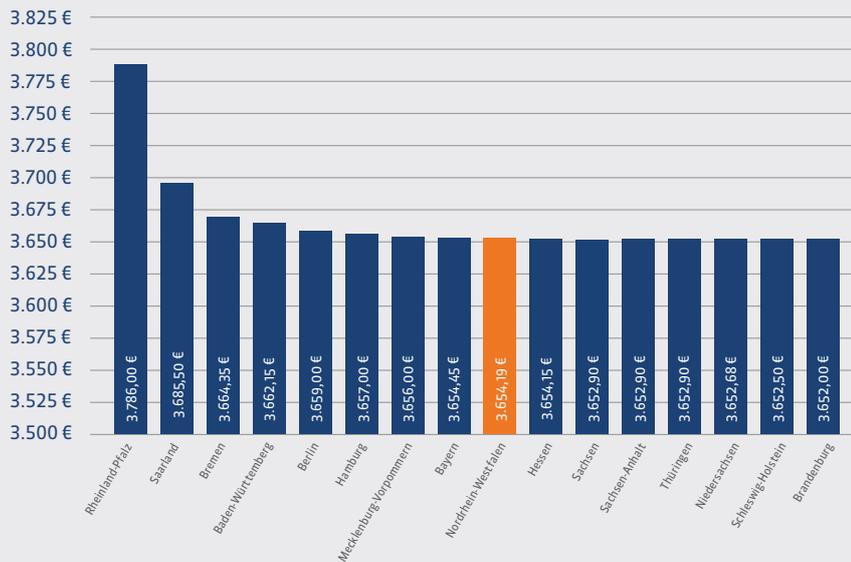
Die Landesregierung hat den Krankenhäusern im Rahmen eines Sonderinvestitionsprogramms als Teil des NRW-Programms zusätzliche Mittel in Höhe von 750 Millionen Euro ab September 2020 zur Verfügung gestellt. Zu den geförderten Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen zählen energetische Sanierungen, Maßnahmen zur Verbesserung des Brandschutzes, bauliche Umgestaltungen beispielsweise von Patientinnen-/Patienten- und Badezimmern sowie Investitionen in die IT-Infrastruktur. Die Universitätskliniken erhielten überdies insgesamt eine Milliarde Euro.

Krankenhausstrukturfonds

Mit dem Ziel, Strukturen in der Krankenhausversorgung zu verbessern, wurde 2019 mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz der Krankenhausstrukturfonds neu aufgelegt (Strukturfonds II). Von 2019 bis 2024 stehen den Ländern dadurch insgesamt bis zu vier Milliarden Euro – inklusive des Landesanteils – zur Verfügung. Dabei beträgt der Anteil des Bundes zwei Milliarden Euro. In der Förderperiode 2019/2020 gehören zu den förderfähigen Vorhaben beispielsweise die dauerhafte Schließung eines Krankenhauses sowie die



Landesweite Basisfallwerte 2020 vor Ausgleich



LANDESBASISFALLWERT

Der Landesbasisfallwert ist der Basispreis für die Krankenhausleistungen somatischer Krankenhäuser. Die Relativgewichte der Fallpauschalen im DRG-System (Diagnosis Related Groups) werden mit dem Landesbasisfallwert multipliziert, um die abzurechnenden Entgelte für voll- oder teilstationäre Leistungen zu ermitteln. Für alle somatischen Krankenhäuser eines Bundeslandes gilt dabei ein einheitlicher Landesbasisfallwert, der von den Vertragsparteien auf Landesebene (Verbände der Krankenkassen und Landeskrankenhausgesellschaft) jährlich für das Folgejahr zu vereinbaren ist. Der Landesbasisfallwert ist durch die Landesbehörde zu genehmigen.

träger- und standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten.

Landesbasisfallwerte 2020/2021

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2020 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW wurden erneut von der KGNW-Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“ geführt. Ausgangsgrundlage der Verhandlungen war der Landesbasisfallwert 2019 ohne Ausgleich (3.537,00 Euro). Für 2020 stieg er auf 3.654,19 Euro (ohne Ausgleich).

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2021 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin am 18. November 2020 und waren bis Ende 2020 nicht abgeschlossen.

Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes

Weitere einschneidende Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung lieferte im Jahr 2020 das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Die darin geregelte Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System und die Überführung in ein krankenhausespezifisches Pflege-Selbstkostendeckungssystem in Form eines separaten Pflegebudgets stellte den größten Einschnitt in das G-DRG-System seit dessen Bestehen dar.

Die KGNW arbeitete intensiv in den Gremien, Arbeits- und Verhandlungsgruppen der DKG mit und beteiligte sich aktiv an der Erarbeitung der DKG-Hinweise zu den Budget- und Entgeltverhandlungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz.

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (DKG/GKV/PKV) haben sich am 22. September 2020 auf eine Vereinbarung zu den Abrechnungsbestimmungen zum DRG-Vergütungssystem für die somatischen Krankenhäuser für das Jahr 2021 verständigt. Eine Verständigung über die Entgeltkataloge konnte jedoch nicht zusammen mit den Abrechnungsbestimmungen, sondern erst zum 2. November 2020 erzielt werden. So verzögerte sich auch die Veröffentlichung der FPV 2021 entsprechend. Ursächlich hierfür waren Diskussionen über erforderliche Korrekturen am aG-DRG-Katalog auf-

grund von Kostensteigerungen im Bereich der Pflegepersonalkosten. Nach intensiven Verhandlungen verabschiedeten die Vertragsparteien auf der Bundesebene ein Kompromisspaket zur Vereinbarung des aG-DRG-Kataloges 2021.

In die Kalkulation des neuen aG-DRG-Kataloges für 2021 gingen die Falldaten aus 282 Krankenhäusern ein. Die Datenbasis der Systementwicklung reduzierte sich gegenüber dem Vorjahr um elf Krankenhäuser. Die Anzahl der im Jahr 2021 für die Abrechnung verfügbaren Fallpauschalen beträgt 1.275. Es erfolgten wesentliche Umbauten des Katalogs aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten.

Ausbildungspauschalen in der generalistischen Pflegeausbildung 2020 und 2021

Das Pflegeberufegesetz führte die bisher getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in einer neuen gemeinsamen Ausbildung zusammen.

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

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

Auf der Grundlage der vereinbarten Pauschalen je Schüler/-in/Azubi werden von dem bei der Bezirksregierung Münster neu eingerichteten Ausgleichsfonds als zuständiger Stelle in Nordrhein-Westfalen sogenannte „Pauschalbudgets“ festgesetzt. Die zusätzliche Finanzierung der einrichtungsindividuell zu berechnenden Kosten beziehungsweise Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen erfolgt ebenfalls über die Bezirksregierung Münster.

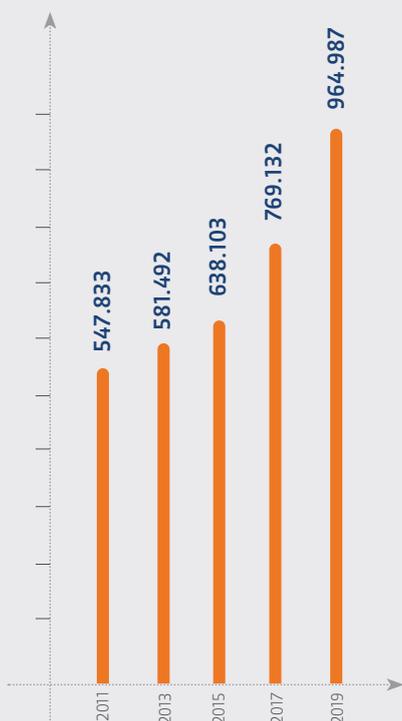
Pflege in den Kliniken

Pflegepersonalbemessungsinstrument, Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegekammer

Zuständig für das Thema „Pflege“ ist innerhalb der KGNW das Referat „Medizin“. Es ist schwerpunktmäßig mit verbandspezifischen medizinischen Fragestellungen und der Gremienbetreuung bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen beschäftigt. Außerdem ist das Referat in Ausschüssen und Kommissionen bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft tätig.



Pflegebedürftige Leistungsempfängerinnen/-empfänger in NRW



(jeweils am 15./31.12. – Quelle: IT.NRW)

Aktuelle Situation in der Pflege

Der demografische Wandel zeigt es: Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen steigt an, der Bedarf an Pflegekräften in allen Versorgungssettings (Akutpflege, stationäre und ambulante Langzeitpflege) erhöht sich. Aufgrund der sinkenden Anzahl von Schulabgängerinnen und Schulabgängern wird der Konkurrenzkampf um Auszubildende für einen Pflegeberuf zunehmen. Das Wort vom „Pflegenotstand“ macht die Runde. Die KGNW initiiert und unterstützt seit vielen Jahren zahlreiche Kampagnen und Maßnahmen, um die Ausbildungszahlen weiter zu steigern.



Personaluntergrenzen in der Pflege

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) hatten sich im Jahr 2018 nicht auf eine Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sowie auf Regelungen zu Vergütungsabschlägen einigen können. Grund: die mangelnde Datengrundlage zur Bestimmung der Untergrenzen. Daher führte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die gesetzlich vorgesehene Ersatzvornahme durch. Die vom BMG vorgelegte Verordnung zur Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen (PpUGV) gemäß § 137i SGB V sah Untergrenzen zunächst für die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie vor. Sie traten zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Im Folgejahr kam es erneut zu keiner Einigung zur Fortschreibung der Pflegepersonaluntergrenzen zwischen dem GKV-SV und der DKG, sodass eine zweite Ersatzvornahme des BMG notwendig wurde. Mit dieser wurden ab dem 1. Januar 2020 die Allgemeine Chirurgie, Herzchirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Geriatrie, Neurologie sowie Neurologische Schlaganfallereinheiten, die Neurologische Frührehabilitation, Intensivmedizin, Pädiatrische Intensivmedizin und Pädiatrie als pflegesensitive Bereiche festgelegt.

Die KGNW ist mit ihrem Referat „Medizin“ in der Arbeitsgruppe „Personaluntergrenzen in der Pflege“ der DKG vertreten.

Nach der Sitzung des DKG-Vorstandes Mitte Juni 2020 wurden der GKV-Spitzenverband und das BMG darüber informiert, dass sich die DKG nicht mehr an weiteren Verhandlungen zur PpUGV, die zu einer Verschlechterung der Arbeitssituation der Pflegenden in den Krankenhäusern führt, beteiligen werde und eine zeitnahe Einführung eines Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes einfordere.

Pflegepersonaluntergrenzen in der Pandemie

Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie wurden die Pflegepersonaluntergrenzen mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung zunächst für einen Zeitraum vom 1. März bis zum 31. Dezember 2020, inklusive der darin enthaltenen Dokumentationspflichten, ausgesetzt. In Anbetracht des weiterhin bestehenden pandemischen Geschehens wurden mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung überraschend die Pflegepersonaluntergrenzen ab dem 1. August 2020 für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie wieder eingesetzt.

Das kritisierten unter anderem die Bundesländer und die DKG deutlich.

In der zweiten Jahreshälfte 2020 fanden auf der Bundesebene zahlreiche Gespräche zwischen DKG, BMG und dem GKV-Spitzenverband statt. Die beiden letztgenannten sprechen sich anstelle einer Bemessung des Pflegebedarfs durch die PPR 2.0 für eine Dokumentation der tatsächlichen Pflegeleistungen (zum Beispiel durch spezielle Pflege-OPS) aus.

Dadurch besteht die Gefahr erheblicher Bürokratieaufwände sowie eines neuen Prüffeldes für die Medizinischen Dienste (MD). Nach einem Gespräch auf Einladung des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn am 18. Dezember 2020 zwischen dem BMG, der DKG, ver.di, dem DPR und dem GKV-Spitzenverband zu einer Personalbemessung in der Pflege bat Jens Spahn die beteiligten Verbände darum, kurzfristig Eckpunkte für ein neues Pflegepersonalbemessungsinstrument zu formulieren, das laut BMG bis zum Jahr 2025 eingeführt werden soll.



Was ist PPR 2.0?

Das Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument, das die DKG in Anlehnung an die bisherige Pflegepersonal-Regelung (PPR) kurz „PPR 2.0“ nennt, ist gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und der Gewerkschaft ver.di entwickelt worden und gilt laut DKG als „echter Durchbruch bei der Bewältigung der Personalkrise in der Krankenpflege“. Dabei werden Patienten täglich in je vier Grund- und Spezialpflege-Leistungsstufen eingeteilt. Jeder Stufe ist ein Minutenwert zugeordnet. Hinzu kommen Grund- und Fallwerte als Basis. In der Summe ergibt sich so ein Zeitwert pro Patient, der den Pflegepersonalbedarf abbildet. Der zusammengefasste Wert aller Patienten ergibt den Pflegepersonalbedarf des Hauses. Die PPR 2.0 berücksichtigt zudem aktuelle Entwicklungen in der Pflege. Insgesamt ergibt sich in erster Einschätzung eine durchschnittliche Steigerung des Pflegezeitbedarfs pro Patient um 8,1 Prozent gegenüber der alten PPR. Entscheidend ist, dass der Pflegepersonalbedarf einrichtungsspezifisch, im Sinne eines Ganzhausansatzes, ermittelt wird und nicht am „grünen Tisch in Berlin“ und in einer abstrakten Stationszuordnung. Mit der PPR 2.0 kann das Pflegepersonal zielgerichtet eingesetzt werden und zu einer hohen Versorgungsqualität beitragen. Die Verantwortung für die Personalallokation liegt wieder bei den pflegerischen Fachexpertinnen und Fachexperten und soll mit dem Instrument wieder zurück ins Krankenhaus geholt werden. Die an der Entwicklung Beteiligten sind sich sicher: „Die neue Pflegepersonalbemessung wird Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten und so einen Beitrag zur höheren Attraktivität des Berufs leisten. Angesichts eines mittelfristigen Personalbedarfs von mindestens 40.000 Kräften ist dieser Effekt von größter Bedeutung.“



Roberta, Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin, arbeitet auf der Station A5 des St. Vincenz-Krankenhauses

Die neue Pflegekammer NRW: vom Gesetz bis zum Aufbau

Nach Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen wird auch Nordrhein-Westfalen (NRW) eine Pflegekammer errichten. Die Pflegekammern bilden die Interessenvertretung der Pflegenden im jeweiligen Bundesland. In Schleswig-Holstein und Niedersachsen sind diese jedoch inzwischen nach deutlichem Voting ihrer Mitglieder wieder aufgelöst worden. Am 14. Juli 2020 trat das Gesetz zur Errichtung der Pflegekammer in NRW in Kraft. Am 21. September 2020 fand auf Einladung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) die konstituierende Sitzung des Errichtungsausschusses mit der Wahl des vierköpfigen Vorstandes statt. Dieser Errichtungsausschuss verabschiedete am 20. November 2020 die „Hauptsatzung des Errichtungsausschusses der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen“ und richtete drei Wochen später eine Geschäftsstelle in Düsseldorf ein.

Was macht die Pflegekammer NRW?

Die Pflegekammer soll die fachgerechte und professionelle Pflege der Bevölkerung sicherstellen und die Berufsausübung der professionell Pflegenden überwachen. Als wichtigste Aufgaben gelten:

- die Entwicklung einer Berufsordnung
- die Festlegung von Qualitätsrichtlinien und beruflichen Weiterbildungen

- die Beteiligung an Landesgremien, unter anderem der Landesgesundheitskonferenz und dem Landesausschuss für Krankenhausplanung

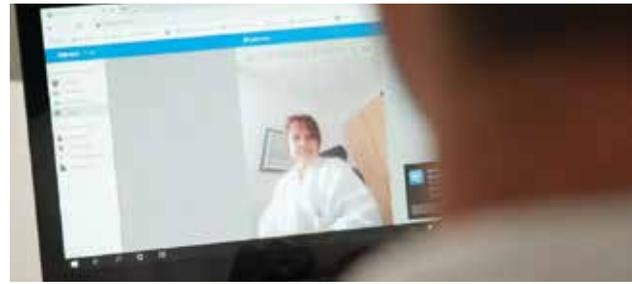
Gemäß § 2 Absatz 1 HeilBerG sind Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Altenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie Kinderkranken-schwestern und Kinderkrankenpfleger (Pflegefachpersonen) verpflichtend Mitglied der Pflegekammer. Dies betrifft alle Pflegefachpersonen mit Wohnsitz in NRW und wenn sie nicht in NRW wohnen, jene, die auf Grundlage ihrer Berufserlaubnis in NRW tätig sind (ihren Beruf ausüben).

Nach Abschluss der Aufbauarbeiten soll im März 2022 die erste Kammerversammlung zusammentreten.

Die Landesregierung unterstützt die Pflegekammer mit einer Anschubfinanzierung in Höhe von fünf Millionen Euro über drei Jahre. Darüber hinaus wurde Mitte Juli 2020 eine Ombudsstelle für die Pflegeausbildung eingerichtet. Als erste Ombudsfrau ernannte Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann Brigitte von Germeten-Ortmann, die ehemalige Vorsitzende des Fachausschusses für Personalwesen der KGNW.

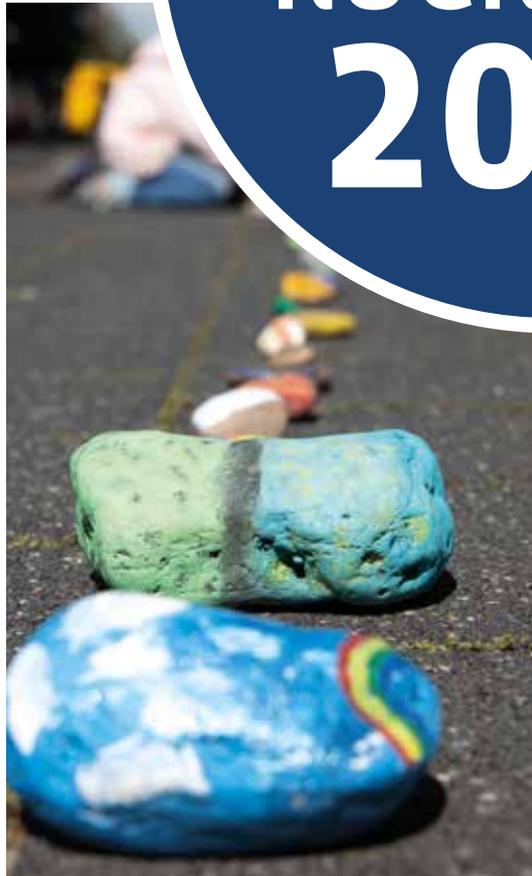
Der Weg zur Pflegekammer NRW





KGNW
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

RÜCKBLICK 2020





Qualitätssicherung und -management in den Kliniken

Für transparente Qualität und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten



Das Referat „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“ begleitet die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen im Bereich „Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement“. In diesem Bereich geht es vor allem um folgende Themen: einrichtungsübergreifende datengestützte Qualitätssicherung, planungsrelevante Qualitätsindikatoren, onkologische Qualitätssicherung und Krebsregister, strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, Qualitätsverträge, Mindestmengen, Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Zertifizierungen, Risikomanagement, Patientinnen- und Patientensicherheit, das Deutsche Krankenhausverzeichnis (DKV) und Qualitätsindikatoren aus Routinedaten (mit dem Referat „Medizin“).

Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Alle zugelassenen Krankenhäuser sind gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte zu erstellen und zu veröffentlichen. Diese Qualitätsberichte geben Patientinnen und Patienten sowie der interessierten Öffentlichkeit Einblick in das Leistungsangebot eines Krankenhauses und dessen Qualität. Sie enthalten Angaben zu den stationären Patientenzahlen, den behandelten Diagnosen und medizinischen Prozeduren sowie den Qualitätsindikatoren und den Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Sie dienen Patientinnen und Patienten bei der Wahl des richtigen Krankenhauses.

Die Krankenhäuser waren verpflichtet, bis zum 15. November 2020 – wegen der Corona-Pandemie bis spätestens 15. Dezember 2020 – einen strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V für das Berichtsjahr 2019 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu erstellen. Abzugeben war er als XML-Dokument bei der Datenannahmestelle der Krankenkassen. Die KGNW hat auch 2020 die NRW-Krankenhäuser bei der Erstellung der Qualitätsberichte und der späteren Integration der Daten aus der Qualitätssicherung beraten.

Berichtsjahr 2020

Wie die Regelungen zu den Qualitätsberichten für das Berichtsjahr 2020 aussehen, hat der G-BA bis zum Jahresende

2020 festgelegt. Die KGNW-Geschäftsstelle und Qualitätsmanager aus einigen Krankenhäusern in NRW haben über die DKG konkrete Anregungen und Vorschläge zu Änderungen der QB-R in die Beratungen des G-BA eingebracht. Außerdem legte der G-BA fest, dass die Datenannahmestelle für die Qualitätsberichte nicht mehr bei den Krankenkassen, sondern beim G-BA verortet sein wird.

Für das Berichtsjahr 2020 gelten folgende Termine:

- Registrierungszeitraum: 19. Juli 2021 – 15. Dezember 2021
- Übermittlungszeitraum A, B, C-2ff.: 15. Oktober 2021 – 15. November 2021
- Übermittlungszeitraum C-1: 15. November 2021 – 15. Dezember 2021
- Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen: 15. November 2021 – 15. Dezember 2021
- Beantragungszeitraum für Nachlieferungen: 15. Dezember 2021 – 14. Februar 2022

Die Annahme und die Veröffentlichung der strukturierten Qualitätsberichte in einer Referenzdatenbank sowie eine vergleichende Darstellung der Qualitätsberichte sollen zukünftig über ein Web-Portal unter Regie des G-BA erfolgen. Dazu hat das IQTIG im August 2020 einen Zwischenbericht mit Vorschlägen zur Ausgestaltung des „G-BA-Qualitätsportals“ vorgelegt. Die DKG erarbeitete in ihrer Arbeitsgruppe zu diesem Zwischenbericht des IQTIG eine kritische Stellungnahme.

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (DeQS)

Was ist die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung?

In der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS) werden Qualitätsindikatoren erhoben, um Einrichtungen untereinander zu vergleichen und auffälligen Ergebnissen strukturiert nachgehen zu können. Sie umfasst sektorenübergreifende und sektorspezifische Verfahren der ambulanten und stationären Qualitätssicherung. Sie ermöglicht die Längsschnittbetrachtung von Daten, sodass zum Beispiel nicht nur die Qualität der Behandlung während eines Krankenhausaufenthalts, sondern auch der Verlauf nach einer Krankenhausentlassung erfasst werden kann. Damit ermöglicht sie nicht nur Momentaufnahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten, sondern auch Qualitätsbetrachtungen zur Leistungserbringung über einen längeren Verlauf.

Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen der DeQS sind in der DeQS-Richtlinie niedergelegt. Sie beruht auf § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für die QS-Richtlinien des G-BA dar. Danach bestimmt der G-BA die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich einheitlich und sektorenübergreifend festzulegen. Im Zuge des bereits 2013 gefassten Eckpunkteschlusses zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung verfolgt der G-BA das Ziel, sämtliche datengestützten Qualitätssicherungsverfahren unter das Dach der DeQS-RL zu überführen, um für alle datengestützten QS-Verfahren einheitliche Rahmenbedingungen und Strukturen zu schaffen.

Oberfläche des DeQS-NRW-Portals 2020



Was hat sich 2020 getan?

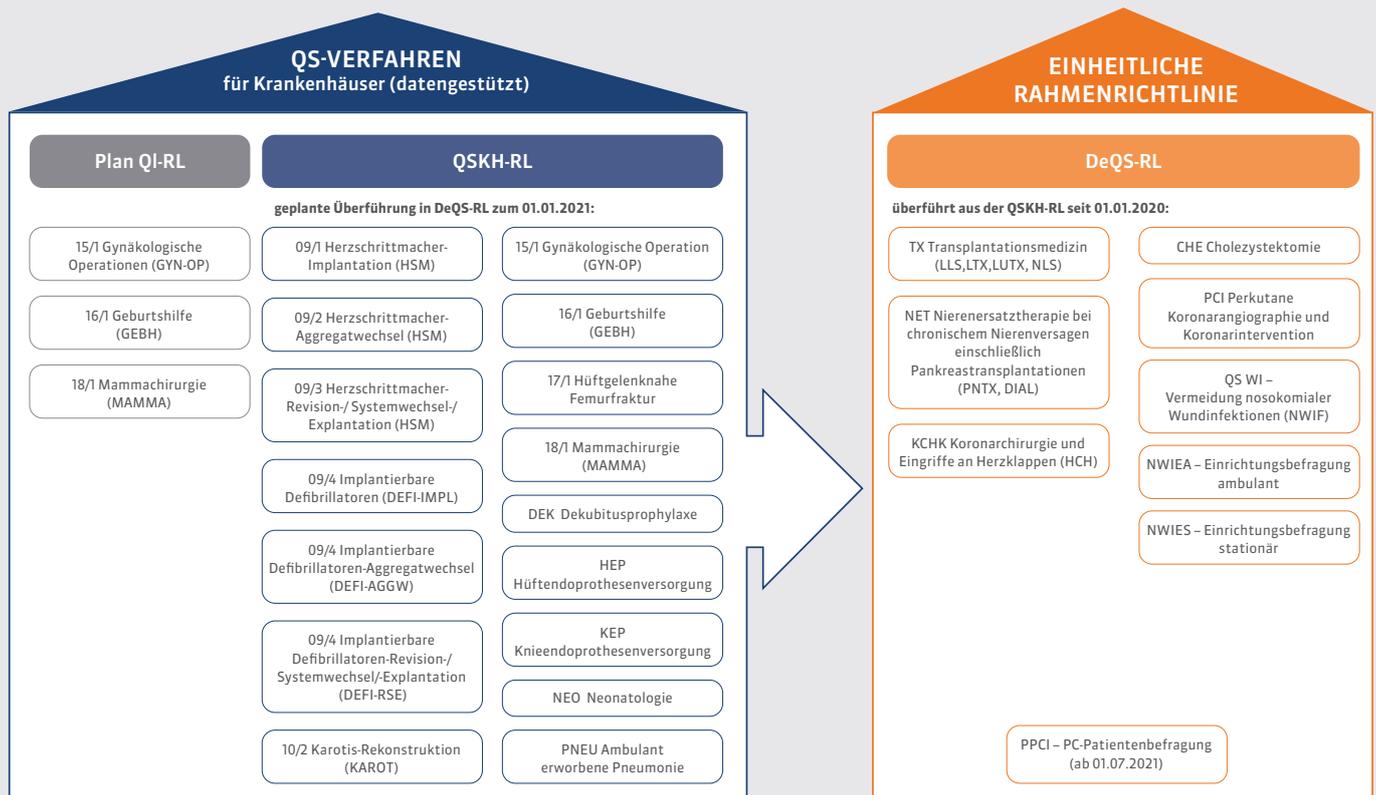
Mit G-BA-Beschluss vom 20. Juni 2019 wurden zunächst die vormals direkten QS-Verfahren der Transplantationsmedizin sowie das modifizierte QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen, ergänzt um Eingriffe an den Mitralklappen, zum 1. Januar 2020 als bundesbezogene Verfahren in die DeQS-RL überführt. Ebenso wurde das Verfahren „Dialyse“ der QSD-RL in Kombination mit zwei bisher in der QSKH-RL geregelten Verfahren der Nieren- beziehungsweise Pankreas-Nierentransplantation in das Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) der DeQS-RL überführt. Zum Erfassungsjahr 2021 werden auch die ehemals indirekten QSKH-Verfahren als landesbezogene sektorspezifische Verfahren folgen: Mit G-BA-Beschlüssen vom 16. Juli 2020 und vom 15. Oktober 2020 wurden diese Verfahren in die DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2021 aufgenommen und die QSKH-RL zum 1. Januar 2021 aufgehoben.

Durch die Überführung in die DeQS-RL ändern sich in den ehemals indirekten QSKH-Verfahren insbesondere die Datenflüsse und Zuständigkeiten für Auswertungen: Datenannahmestelle für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser gemäß DeQS-RL ist in Nordrhein-Westfalen die Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS-KH) bei der KGNW. Sämtliche Auswertungen – auch die Landesauswertungen und Krankenhausauswertungen – werden ab dem

Erfassungsjahr 2021 durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) erstellt. Der bisherige Strukturierte Dialog nach QSKH-RL wird abgelöst vom Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL, mit dessen Durchführung in Nordrhein-Westfalen die Geschäftsstelle der LAG DeQS NRW bei den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe beauftragt ist.

Darüber hinaus ändern sich zum Erfassungsjahr 2021 die Rahmenbestimmungen der DeQS-RL zu den Fachkommissionen und zur Bekanntgabe von Rechenregeln, Referenzbereichen und Spezifikationen grundlegend. Mit entsprechenden Übergangsbestimmungen hat der G-BA sichergestellt, dass die in den Erfassungsjahren vor 2021 begonnenen QSKH-Verfahren noch nach den Vorgaben der QSKH-RL abgeschlossen werden können und die auf der Landesebene zuständigen Stellen für eine Übergangszeit ihre Aufgaben – unter anderem Strukturierter Dialog und Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2020 – weiterhin wahrnehmen. Darüber hinaus finden regelmäßige Abstimmungsgespräche zwischen der KGNW und QS NRW statt, um einen reibungslosen Übergang zum Erfassungsjahr 2021 zu gewährleisten. In einer Online-Informationsveranstaltung am 17. November 2020 informierte die KGNW die Krankenhäuser über die Änderungen in den Verfahren zum Erfassungsjahr 2021 noch einmal gesondert. Hierbei konnte die Geschäftsstelle der LAG DeQS auch zu den Übergangsbestimmungen Stellung nehmen und für Fragen zur Verfügung stehen.

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





Datenannahmestelle Krankenhaus bei der KGNW und das DeQS-NRW-Portal

Der KGNW-Vorstand beschloss 2018 die dauerhafte Übernahme der Funktion der Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS-KH), sodass die KGNW zukünftig sämtliche QS-Verfahren der DeQS-RL entgegennimmt. Ab dem Erfassungsjahr 2021 sind dies:

1. QS PCI (Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie)
2. QS WI (Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen)
3. QS CHE (Cholezystektomie)
4. QS NET (Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen)
5. QS TX (Transplantationsmedizin)
6. QS KCHK (Koronarchirurgie und Eingriffe an den Herzklappen)
7. QS KAROTIS (Karotis-Revaskularisation)
8. QS CAP (Ambulant erworbene Pneumonie)
9. QS MC (Mammachirurgie)
10. QS GYN-OP (Gynäkologische Operationen)
11. QS DEK (Dekubitusprophylaxe)
12. QS HSMDEF (Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren)
13. QS PM (Perinatalmedizin)
14. QS HGV (Hüftgelenkversorgung)
15. QS KEP (Knieendoprothesenversorgung)

Seit Anfang August 2017 steht den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern ein Portal für die sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (DeQS-NRW-Portal) zur Verfügung. Darin lassen sich Informationen zu den Verfahren einsehen und die Zwischen- und jährlichen Rückmeldeberichte für die Verfahrensjahre herunterladen. Das Portal steht registrierten QS-Hauptverantwortlichen sowie weiteren QS-

Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern und zuständigen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung. Durch die Einführung der neuen Standortnummern nach § 293 Abs. 6 SGB V nahm das DeQS-NRW-Portal eine Anpassung der Berechtigtenstruktur der alten Standortnummer auf die neue sechsstellige Standort-ID vor. Im Zuge des Relaunchs der KGNW-Homepage Anfang 2021 ist ebenso eine Anpassung der Benutzernamen vorgesehen. Für das Jahr 2021 folgen weitere Ergänzungen und Anpassungen im Zuge der Überführung der bisherigen QS-Verfahren der QSKH-RL auf die DeQS-RL.

Mapping auf die neuen Standortnummern nach § 293 Abs. 6 SGB V

Im Rahmen der QS-Datensatzübermittlung sind zum 1. Januar 2020 verpflichtend die neuen Standortnummern nach § 293 Abs. 6 SGB V anzugeben. Die bisherige Kombination aus Institutskennzeichen und Standortnummer wird durch eine eindeutige Standort-ID, die bundesweit einmalig ist, abgelöst. Im Zuge dessen hat das IQTIG eine Anfrage bei den auf Landesebene beauftragten Stellen (nach QSKH-RL und DeQS-RL) und den Datenannahmestellen gestartet. Ausgehend von der Positivliste des G-BA und den Angaben aus dem zentralen Standortverzeichnis beim InEK wurde in Zusammenarbeit mit QS-NRW auf dieser Grundlage eine Standortabfrage bei allen Krankenhäusern in NRW durchgeführt. Um ein eindeutiges Mapping der alten auf die neuen Standortnummern gewährleisten zu können, unterschied die Abfrage nach QS-Verfahren. Mittels dieser Abfrage konnten die Krankenhäuser nun selbst ihre Eingaben bestätigen oder ihre Änderungen angeben. Alle Krankenhäuser in NRW haben ihre Rückmeldungen abgegeben. Ende Juni konnte das Abfrageergebnis dem IQTIG als Grundlage für die QS-Verfahren zum Erfassungsjahr 2020 übermittelt werden.

Mit diesen vielfältigen Änderungen, die in den Jahren 2021 und 2022 abgeschlossen werden, werden die Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung unter dem Dach der DeQS-Richtlinie zusammengefasst und zukünftig nach einheitlichen Regeln durchgeführt. Bei all dem organisatorischen Umbau und der Konsolidierung wird bei der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich inhaltliche Kontinuität gewährleistet.

Krankenhaus-IT

IT-Sicherheit und Cyberattacken auf Krankenhäuser

Um das Thema Informations- und Medizintechnik kümmert sich innerhalb der KGNW vor allem das Referat „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“. Dabei geht es besonders um folgende Themen: Informationssysteme im Krankenhaus, Datenschutz und Informationssicherheit, KRITIS und Risikomanagement in medizinischen IT-Netzwerken.

Im Jahr 2020 meldeten einige nordrhein-westfälische Krankenhäuser Cyberattacken. So auch das Universitätsklinikum Düsseldorf, das einen generellen Aufnahme-Stopp für Patientinnen und Patienten verhängte. Damit war der Angriff auf die Krankenhaus-IT als „schwerwiegender Vorfall“ einzustufen. Im Nachgang lud das Ministerium für Arbeit, Gesund-

heit und Soziales (MAGS) zu einem Gespräch ein. Daran nahm auch die KGNW teil. Sie wies erneut darauf hin, dass das Land gemeinsam mit den Krankenkassen die Förderung von Maßnahmen über den Krankenhausstrukturfonds zum Ausbau der IT-Sicherheit in von der KRITIS-Verordnung betroffenen Krankenhäusern ausgeschlossen hatte. Die KGNW machte auch darauf auf-

merksam, dass mit Einrichtung des Krankenhauszukunftsfonds die von KRITIS betroffenen Krankenhäuser erneut keine Förderung erhalten würden. Das führe zu einer Benachteiligung. Vom Bund für IT-Sicherheit bereitgestellte Mittel würden nicht hierfür genutzt. Das ziehe eine Finanzierungslücke nach sich und müsse in der Verantwortung des Landes geschlossen werden.

„Hoher Abhängigkeitsgrad klinischer Prozesse von digitaler Unterstützung“

3 Fragen an Burkhard Fischer, Leiter des Referats „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“ der KGNW:



Herr Fischer, täuscht der Eindruck, dass die Gesundheitsbranche gezielt ins Visier der Cyberkriminellen gerückt ist?

Fischer: Wir sehen keine gezielten Attacken auf eine Branche. Vielmehr ereigneten sich unserer Beobachtung nach die bekannten Zwischenfälle zufällig. Nichtsdestotrotz hatten die Angriffe in einigen Fällen massive Auswirkungen auf den Regelbetrieb der Krankenhäuser. *Sie verdeutlichen schmerzhaft den mittlerweile hohen Abhängigkeitsgrad klinischer Prozesse von digitaler Unterstützung.*

Was macht die KGNW, damit Krankenhäuser sich besser gegen die Cyberattacken schützen können?

Fischer: Zunächst informieren wir die Krankenhäuser zeitnah über aktuelle Entwicklungen. Dabei weisen wir darauf hin, dass IT-Sicherheit nicht allein ein technisches Problem ist. Es ist eng mit der Sensibilisierung der Anwenderinnen und Anwender, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Geschäftsführung verbunden. Darüber hinaus geben wir den Mitgliedern die Gelegenheit, sich über Best-Practice-Ansätze zur Prävention und Schadensminimierung zu informieren. Da uns bis zum Vorfall in Düsseldorf 2020 keine derartigen Ereignisse gemeldet wurden, gehen wir davon aus, dass die Krankenhäuser in NRW ihre Sicherheitsmaßnahmen dem Stand der Technik angepasst haben.

Was kann KRITIS zur IT-Sicherheit in den Krankenhäusern beitragen?

Fischer: Wir begrüßen es durchaus, dass der Gesetzgeber die herausragende Stellung der Krankenhäuser durch die Einstufung anerkennt. Auf der anderen Seite muss aber auch gewährleistet sein, dass die hohen Investitionen und Betriebskosten, die zur Etablierung und Aufrechterhaltung eines Informationssicherheitsmanagementsystems in Krankenhäusern notwendig sind, finanziert werden. Hier leistet die KGNW durch ihre Mitarbeit in den Gremien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und durch die weitreichende Unterstützung der Häuser, etwa in der KGNW-eigenen Kommission „Informations- und Medizintechnik im Krankenhaus“, ihren Beitrag.



STICHWORT KRITIS

Das Bundesministerium des Innern informierte 2016 die DKG, dass Krankenhäuser zukünftig als kritische Infrastruktur gewertet werden sollen. Ziel war, für die Betreiber kritischer Infrastrukturen konkrete gesetzliche Verpflichtungen zur Gewährleistung einer erhöhten IT-Sicherheit einzuführen. Mit dem 2015 vorgelegten IT-Sicherheitsgesetz müssen Betreiber sogenannter „Kritischer Infrastrukturen“ ein Mindestniveau an IT-Sicherheit einhalten und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) IT-Sicherheitsvorfälle melden. Gleichmaßen werden Hard- und Software-Hersteller verpflichtet, bei der Beseitigung bekannt gewordener Sicherheitslücken mitzuwirken. Seit 2017 fallen darunter zugelassene Krankenhäuser mit einer jährlichen vollstationären Fallzahl von mehr als 30.000. Die kritische Dienstleistung im Falle der stationären Versorgung umfasst die Bereiche Aufnahme, Diagnostik und Therapie, Pflege und Unterbringung. Sie mussten zunächst bis 30. Juni 2019 Vorkehrungen treffen, um die Informationssicherheit dort zu erhöhen, wo Systeme betroffen sind, ohne die die Erbringung der kritischen Dienstleistung erheblich eingeschränkt oder nicht mehr leistbar ist. Um die Krankenhäuser zu unterstützen, erarbeitete der KRITIS-Branchenarbeitskreis Gesundheit unter Federführung der DKG einen branchenspezifischen Sicherheitsstandard (B3S), der sektorspezifische Gegebenheiten des Krankenhausbereiches aufgreift und eine Hilfestellung zur Umsetzung der geforderten Maßnahmen darstellt. Hierfür gab das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) 2019 grünes Licht. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit dem Patientendatenschutzgesetz alle Krankenhäuser, die nicht unter die Verordnung zum Schutz kritischer Infrastrukturen fallen, verpflichtet, organisatorische und technische Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit umzusetzen, jedoch auf eine entsprechende Verhältnismäßigkeit abgestellt.

Digitalisierung und Medizintechnik im Krankenhaus

Auf dem Weg zur Klinik der Zukunft

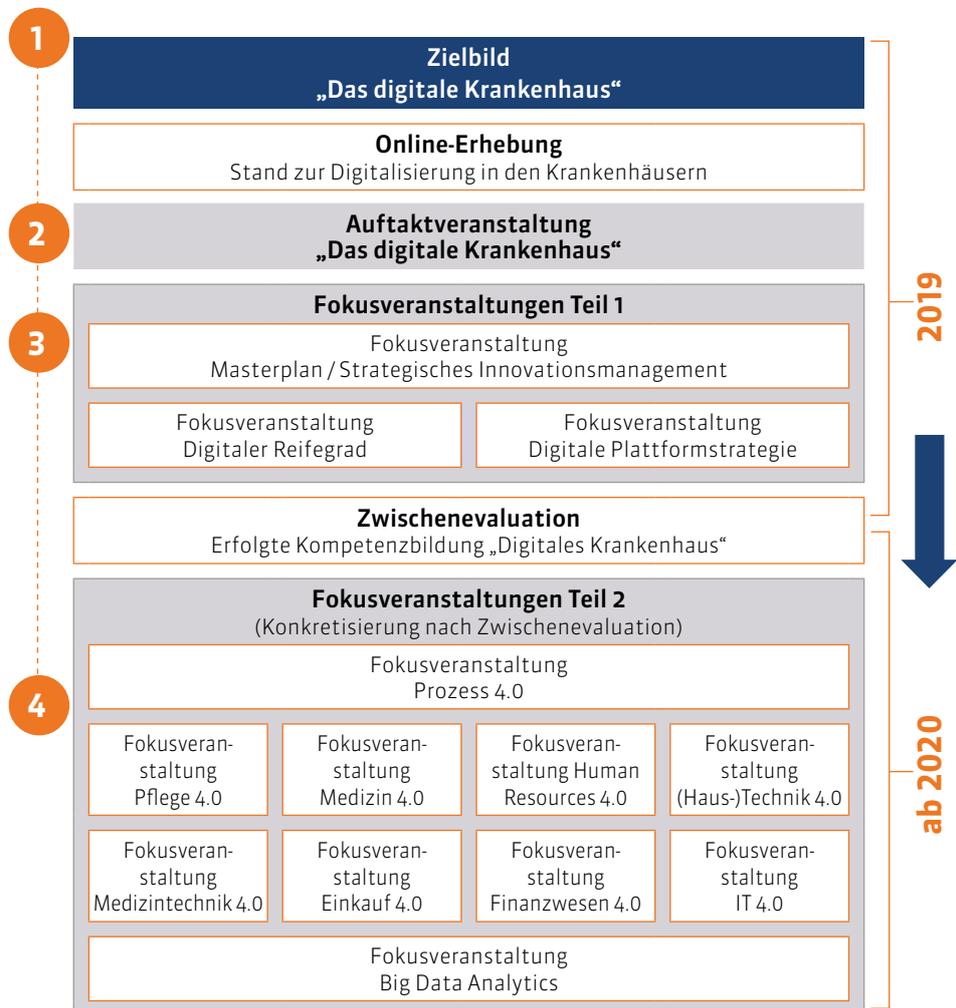
Um das Thema „E-Health und Digitalisierung, Krankenhaus-IT“ kümmert sich innerhalb der KGNW vorwiegend das Referat „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“. In diesem Bereich geht es vor allem um folgende Themen: Elektronische Gesundheitskarte, E-Health, Telematik, Telemedizin, Medizinische Anwendungen der Telematikinfrastruktur, Elektronische Fallakte, elektronische Patientenakte, Krankenhausinformationssysteme, Datenübermittlung § 301 SGB V und Datenaustausch Medizinischer Dienst.



KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“

Digitalisierung wird auch in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern zunehmend wichtiger. 2019 startete die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer ISST die Initiative „Das digitale Krankenhaus“. Über einen Zeitraum von etwa fünf Jahren möchte die KGNW NRW-Kliniken anhand eines definierten Zielbilds dabei begleiten, die Digitalisierung in ihren Häusern strategisch und operativ weiterzuentwickeln. So können die Krankenhäuser eine aktive Rolle bei der Gestaltung der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung übernehmen.

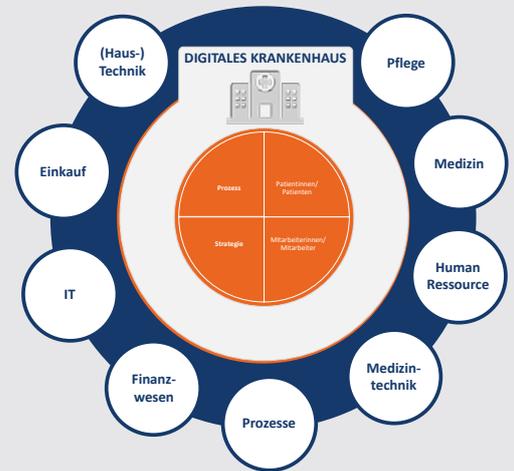
Zielbild der KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“



Ein Krankenhaus, das den Weg hin zum digitalen Krankenhaus einschlägt, muss neue Kompetenzen aufbauen. Digitale Lösungen spielen in der Patientenversorgung eine wesentliche Rolle, um Qualität zu steigern und Effizienz wie Effektivität im Sinne der Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie des Unternehmens zu erhöhen. Aus Sicht der KGNW sowie des Fraunhofer ISST muss eine Klinik der Zukunft dafür bestimmte neue Fähigkeiten und Fertigkeiten aufweisen:

- Strategieorientierung,
- Prozessorientierung,
- Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter- sowie Patientinnen- und Patientenorientierung in Kombination mit Digitalisierung als Werkzeugkasten, um diese Werte operativ zu stützen.

2020 veranstaltete die KGNW rund um das digitale Krankenhaus drei Fokusveranstaltungen mit den Themen „Prozesse 4.0“; „Pflege 4.0“ und „IT-Service-Management“.



Kommunikation im Medizinwesen: KIM soll schnell in die Krankenhäuser

Es hat sage und schreibe 32 Buchstaben, klingt etwas sperrig, doch es ist ein Pionier: das **VERSICHERTENSTAMMDATENMANAGEMENT**

(VSDM) ist die erste Anwendung der Telematikinfrastruktur.

Nächste Projekte:

- Notfalldatenmanagement (NFDm)
- elektronischer Medikationsplan beziehungsweise Daten für Arzneimitteltherapiesicherheit (eMP/ATMS)
- Technische Grundlagen für die Anwendung der „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM; vormals Kommunikation Leistungserbringer KOM-LE)

Die Feldtests des medizinischen Fachdienstes KIM werden im KV-Gebiet Nordrhein unter Projektkoordination der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) durchgeführt. Die Zulassungserteilung des Fachdienstes seitens der gematik gibt für den Feldtest KIM ein bestimmtes Mengengerüst vor. Dieses Mengengerüst fordert auch ein teilnehmendes Krankenhaus. Aus diesem Grund ist die KGNW neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der gematik, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den im Projekt etablierten Industriepartnern Mitglied der Arbeitsgruppe, die diesen Feldtest betreut. Hauptziele der KGNW sind hier, die Testvorhaben zeitnah umzusetzen und KIM auch für Krankenhäuser schnell verfügbar zu machen.

Im Jahr 2020 sind erste KIM-Dienste einiger Industriepartner zugelassen worden. Darüber hinaus wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung über ihre Tochter kv-digital ihren Mitgliedern einen eigenen KIM-Dienst anbieten. KIM ist unter anderem das Übertragungsmedium für die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Folglich muss dieser Dienst ab 2021 schnell eingerichtet und umgesetzt werden.

Aufgrund der pandemischen Entwicklungen durch das COVID-19-Virus fanden die Sitzungen der Arbeitsgruppe virtuell statt.



Telematikinfrastruktur und ihre medizinischen Anwendungen

Ein Beispiel für Digitalisierung im Krankenhaus bildet die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) und der medizinischen Anwendungen in der TI. Die KGNW begleitet den Prozess durch Mitwirkung in zahlreichen Gremien und Arbeitsgruppen, zum Beispiel im Forum-Telematik NRW, der Mitarbeit in der AG KOM-LE (jetzt KIM), der Mitarbeit in der DKG AG ePA und im „Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur in Nordrhein-Westfalen“. Das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) und das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) bestimmten, dass sich Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2020 an die TI anschließen mussten. Ansonsten drohten finanzielle Sanktionen.

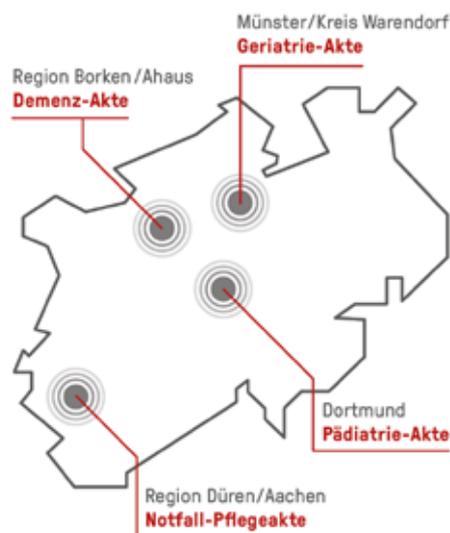
Innovative Lösungen für die Gesundheitswirtschaft: „I/E-Health NRW – Hand in Hand bestens versorgt“



Der Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW startete im Jahr 2015. Er fördert innovative Ideen und Lösungen auf dem Weg zu einer zukunftsfähigen, sektorenübergreifenden Versorgung und leistungsstarken Gesundheitswirtschaft in NRW.

„I/E-Health NRW – Hand in Hand bestens versorgt“ ist eines der Siegerprojekte. Das Ziel: Existierende sektorenspezifische Insellösungen für den übergreifenden Austausch von elektronischen Daten mittels gemeinsamer IT-Infrastruktur und standardisierter Schnittstellen für eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung nutzbar machen und damit die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern. Die KGNW ist Teil des Projektkonsortiums und der Konsortialführung im eigens gegründeten „Digital Healthcare NRW e. V.“ Das Projekt lief vom 1. September 2016 bis zum 30. Juni 2020 und wurde von der EU und vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert.

Ende Juni 2020 wurde das Förderprojekt mit der darin entwickelten Elektronischen Fallakte (EFA) für eine verbesserte medizinische Zusammenarbeit erfolgreich abgeschlossen. Vier Modellregionen – Borken/Ahaus (Demenz-Akte), Münster/Kreis Warendorf (Geriatric-Akte), Dortmund (Pädiatrie-Akte), Region Düren/Aachen (Notfall-Pflegeakte),



Düren/Aachen (Notfall-Pflegeakte und Gastro-Onkologie-Akte) – in fünf Versorgungsszenarien nahmen teil.

Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegenden gaben zum Projektabschluss eine positive Rückmeldung. Die Projektergebnisse werden auch weiterhin genutzt und stehen nach Projektende weiteren Krankenhäusern und Behandlern zur Verfügung. Zusätzliche Informationen und ein zum Abschluss des Projektes erstellter Film sind unter www.ie-health.nrw abrufbar.



Neue Möglichkeiten mit der Elektronischen Fallakte

Die Elektronische Fallakte (EFA) eröffnet allen beteiligten Behandlern in ambulanter und stationärer Versorgung neue Möglichkeiten für eine verbesserte sektorenübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit. Die EFA wird, anders als die patientengeführte elektronische Patientenakte (ePA), von den Ärztinnen und Ärzten sowie den Therapeutinnen und Therapeuten gepflegt. Sie nimmt beispielsweise Befunde, OP-Berichte, Entlassbriefe oder Therapiepläne auf. Seit 2006 haben mehrere private Klinikträger mit Unterstützung der Fraunhofer-Institute ISST in Dortmund und FOCUS die Elektronische Fallakte in Berlin konzipiert.

Der Verein elektronische Fallakte e. V. hat sie auch im Jahr 2020 kontinuierlich weiterentwickelt. Dem Verein gehören neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV auch die KGNW als Mitglied an. Sie bringt sich aktiv ein.

Wegen COVID-19: Virtuelles Krankenhaus startete früher als geplant

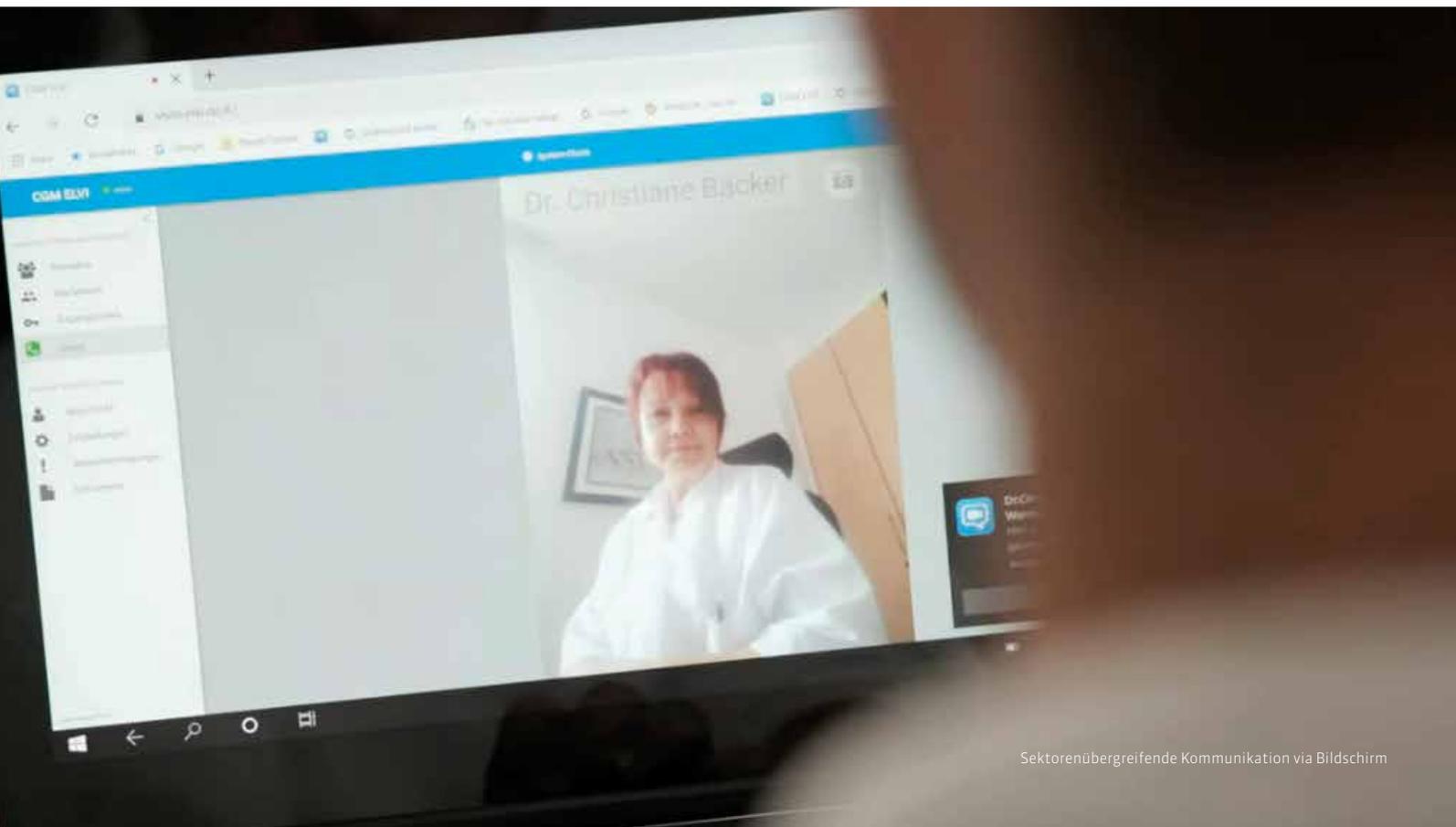


COVID-19 machte ihn notwendig: den vorgezogenen Start des Virtuellen Krankenhauses – zumindest dessen Vorstufe. Die KGNW ist an diesem Projekt im Gründungsausschuss und seinen drei Arbeitsgruppen (Versorgungsauftrag, Finanzierung und Plattform) an Vorbereitung und Umsetzung beteiligt. Details stehen im Sonderkapitel „Corona“.

Frühzeitig Schwachstellen erkennen: Projekt MITSicherheit.NRW

Das vom Land NRW geförderte dreijährige Projekt MITSicherheit.NRW soll bereits in der Entwicklung von Gesundheits-IT Schwachstellen analysieren und Handlungsempfehlungen zu ihrer Lösung zur Verfügung stellen. Beteiligt neben der MedEcon Ruhr

als Leitung des Projektkonsortiums sind die Ruhr-Universität Bochum sowie die Fachhochschule Münster. Die erarbeiteten Lösungen werden im Nachgang auf einer Kompetenzplattform für Cybersicherheit in der Gesundheitswirtschaft offen zugänglich sein. Darüber hinaus fließen Resultate der Expertenbefragung in NRW-Krankenhäusern ein. Die KGNW hat die Befragung konzipiert und mit der G-DATA Advanced Analytics, der Ruhr-Universität Bochum und der Fachhochschule Münster durchgeführt. Die Interviews zogen sich pandemiebedingt bis Ende Oktober 2020. Im Anschluss bereiten Ruhr-Universität Bochum und Fachhochschule Münster sie auf.



Politik und Kommunikation

Krankenhäuser – das Rückgrat des Gesundheitssystems

Zuständig für das Thema „Politik und Kommunikation“ ist innerhalb der KGNW das Referat „Politik, PR und Presse“. In diesem Bereich geht es vor allem um Gesundheitspolitik, die Landesgesundheitskonferenz NRW, Grundsatzfragen des Krankenhauswesens sowie das internationale/europäische Krankenhauswesen, um die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und die verbandsinterne Kommunikation, die Erstellung des Geschäftsberichts, um Kongress- und Veranstaltungsmanagement sowie um Gremienarbeit.

Die KGNW ist 2020 auch weiterhin ein wichtiger Ansprechpartner für die Medien. Einen maßgeblichen Anteil daran hatte die Pandemie: Die damit verbundene intensivere Wahrnehmung der Krankenhäuser als Rückgrat des Gesundheitssystems hat sich auch im gestiegenen Volumen der Presseanfragen niedergeschlagen. Dabei drehte es sich vor allem um die Auswirkungen der Pandemie auf die Kliniken, auf die Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte und natürlich auf die medizinische Versorgungslage. Zugleich galt es, die Position der Krankenhäuser gegenüber den politischen Entscheidern klar zu vertreten. Die Schilderung dieser Arbeit ist im Sonderkapitel „Corona“ nachzulesen.

Es gab 2020 aber auch viele weitere Themen. Noch zu Beginn des Jahres und vor dem bundesweiten Ausbruch der Pandemie hatte die KGNW ihre Ablehnung des MDK-Reformgesetzes erklärt. Als Ansprechpartner für Medien und Öffentlichkeit informierte das Referat „Politik, PR und Presse“ über die Positionen und Forderungen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und die Erwartungen und Handlungsempfehlungen der Kliniken rund um die Pandemie sowie insbesondere zu folgenden Themenfeldern: Pflegefachkräfte-Mangel, Cyberattacken und IT-Sicherheit, die Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten sowie Hygiene in den Krankenhäusern. Darüber hinaus bezog die Krankenhausgesellschaft kontinuierlich Stellung zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW („Krankenhausplanung“) und warnte nach dem von den Regierungsfractionen vorgelegten Entwurf für ein „Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen“ vor „übereilten Festlegungen“. Coronabedingt konnten zentrale Veranstaltungen wie der KGNW-Frühjahrsempfang



KGNW-Präsident Jochen Brink (rechts) im Interview bei WDR 5

und das KGNW-FORUM nicht stattfinden. Dennoch vertrat die KGNW die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bei Veranstaltungen, beispielsweise dem Gesundheitskongress des Westens, bei virtuellen Kongressen und auf Pressekonferenzen.

Personell wurde das Referat neu aufgestellt: Am 1. Dezember löste Hilmar Riemenschneider, zuvor viele Jahre Landeskorrespondent in Düsseldorf für mehrere Regionalzeitungen, Lothar Kratz als langjährigen Referatsleiter ab, der sich in den Ruhestand verabschiedete. Als neue Referenten begannen zuvor schon am 1. Mai 2020 Michael Wacker und am 1. Juli 2020 Gernot Speck ihre Tätigkeit bei der KGNW.

MDK-Reformgesetz: „Strafe für soziale Verantwortung? Schluss damit!“

In einer Pressemitteilung vom 14. Februar 2020 forderte die KGNW eine Änderung des im Bundestag Ende 2019 verabschiedeten MDK-Reformgesetzes. Denn das verpflichtete Krankenhäuser bei fehlender Anschlussversorgung etwa aufgrund unzureichender häuslicher Situation sowie mangels Kurzzeitpflege- oder Reha-Platz, für entlassene Patientinnen und Patienten eine Strafzahlung von mindestens 300 Euro zusätzlich zu den Rechnungskürzungen zu leisten. Deshalb verlangten die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser von ihren Bundestagsabgeordneten in Briefen und in landesweiten Zeitungsanzeigen: „Strafe für soziale Verantwortung? Schluss damit!“ Denn etwa 50 Prozent der beanstandeten Krankenhausabrechnungen seien auf ungeklärte beziehungsweise fehlende Anschlussversorgungen für die Patientinnen und Patienten zurückzuführen.

KRANKENHAUS

Appell an unsere Bundestagsabgeordneten

Strafe für soziale Verantwortung?

Schluss damit!

Wenn Krankenhäuser Patienten nicht entlassen können, weil die Anschlussversorgung (Häusliche Situation, Kurzzeitpflege, Reha-Platz) nicht gewährleistet ist, müssen sie **300 Euro Strafe** zahlen.

Beschlossen vom Deutschen Bundestag im Dezember 2019

Auch unser Haus hat häufig solche Fälle.
Wir helfen Menschen, die uns brauchen. Helfen Sie uns!

Ändern Sie dieses Gesetz – jetzt und schnell!

Ein Appell geht durchs Land

Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, begründete die Ablehnung: „Rechnungskürzungen und Strafzahlungen, weil wir Patientinnen und Patienten aus Fürsorge länger bei uns versorgen, als die Krankenkassen bezahlen wollen, sind nicht zu akzeptieren und sicher auch nicht im Interesse der Bevölkerung. Dass die Krankenhäuser in diesen Fällen keine Vergütung erhalten, ist schon nicht sachgerecht. Diese Fälle zudem mit einer Strafzahlung zu belegen, ist völlig inakzeptabel.“ Die Mitarbeitenden engagierten sich täglich nach bestem Wissen und Gewissen und mit hoher Motivation für ihre Arbeit, sei es für Patientinnen und Patienten, sei es in der Abrechnung. Es verbiete sich, diese Menschen, die rund um die Uhr unter hoher Belastung arbeiteten, gedanklich zu kriminalisieren. Die KGNW appellierte an die

Mitglieder des Deutschen Bundestages, das MDK-Gesetz zu ändern – „jetzt und schnell“.

Auch mit dem MDK-Gesetz wurde deutlich, dass die Koalition in Berlin dabei war, das Vertrauen der Krankenhäuser zu verspielen. Denn mit unrealistischen Personal- und Strukturvorgaben, unzureichender Finanzierung und ungezügelter Kontrollwut der Krankenkassen wurden die Krankenhäuser in einem existenzgefährdenden Ausmaß belastet. Die von der Politik angekündigte und angestrebte Weiterentwicklung des Krankenhauswesens fand nicht statt. Im Gegenteil: Immer mehr Krankenhäuser kämpften um ihre Existenz.

Dazu trugen insbesondere die Ausweitung von Strafzahlungen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen, die Sachkostenkorrektur bei den Bewertungsrelationen im DRG-Katalog 2020, die fehlende Gegenfinanzierung der tarifbedingten Pflegepersonalkostensteigerungen 2018/2019 sowie der Wegfall des Pflegezuschlags um 250 Millionen Euro im Jahr 2020 bei. Auch die im Referentenentwurf zur Reform der ambulanten Notfallversorgung vorgesehene Kürzung der Vergütung um 50 Prozent, wenn Krankenhäuser ohne die Zulassung als Integriertes Notfallzentrum (INZ) Patienten helfen, stand als „absolut unverständlich“ in der Kritik. Das am 25. März 2020 vom Bundestag verabschiedete COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz mit Maßnahmen, die die Finanzierung und Liquidität der Krankenhäuser während der Corona-Pandemie sicherstellen sollten, setzte die Strafzahlung für nach der Prüfung gesenkte Krankenhausrechnungen in Höhe von 300 Euro pro Rechnung für die Jahre 2020 und 2021 aus.

KGNW-Vizepräsident Sascha Klein beim Interview mit dem WDR





DKG-Krankenhaugipfel 2020: „Fair diskutieren, fair entscheiden, fair handeln“

Mit der FAiR-Kampagne hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Vorfeld der Bundestagswahl 2021 die Diskussion über den Reformbedarf der Krankenhäuser aufgezeigt – auf sachlicher, von gegenseitigem Verständnis und Fairness geprägter Basis. Die KGNW unterstützt die Kampagne. Unter dem Motto „Fair diskutieren, fair entscheiden, fair handeln“ bildete am 16. September 2020 in Berlin der als Hybridveranstaltung ausgetragene Krankenhaugipfel den Auftakt. Daran nahmen nicht nur zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens teil, sondern auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und seine Brandenburgische Landeskollegin Ursula Nonnemacher.

Dr. Gerald Gaß, zum damaligen Zeitpunkt noch Präsident der DKG, betonte, dass die COVID-19-Pandemie den Stellenwert eines gut funktionierenden Gesundheitswesens und insbesondere einer leistungsfähigen und flächendeckend verfügbaren Krankenhausstruktur deutlich gemacht habe.

Aber die Pandemie habe auch Defizite und Weiterentwicklungsbedarfe offengelegt. Dabei gehe es um noch besser vernetzte und abgestimmte regionale Versorgungsstrukturen, Potenziale der Digitalisierung, weniger Bürokratie und Überregulierung sowie attraktivere Arbeitsbedingungen für qualifiziertes Personal. Bundesgesundheitsminister Spahn zeigte sich aufgeschlossen, ließ aber durchblicken, dass ihn die harsche

Diskussion um den Rettungsschirm im Frühjahr 2020 getroffen habe.

Dem Anliegen der DKG, unmittelbar grundsätzlich über die zukünftige Finanzierung der Kliniken zu sprechen, wollte er aber nicht nachkommen. Er stellte jedoch in Aussicht, dass, wenn bedarfsgerechte Strukturen vorlägen, über Vorhaltekosten und andere Finanzierungsmechanismen verhandelt werden könne.



Ingo Morell, Vizepräsident der KGNW, am 10. November 2020 auch per 1. Januar 2021 zum DKG-Präsidenten gewählt

Gesundheitskongress des Westens: Krankenhausplanung aus den Regionen heraus

Den Gesundheitskongress des Westens am 8. und 9. September 2020 nutzte die KGNW, um ihre Positionen rund um den Umbau der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen sowie ihr Konzept der medizinisch pflegerischen Versorgungszentren (MPVZ) vorzustellen. Jochen Brink, Präsident der KGNW, zeigte im Rahmen einer Podiumsdiskussion auf, dass die neue Krankenhausplanung und die damit verbundenen eventuellen Umstrukturierungen nicht primär auf einen Bettenabbau und ein Schließungsprogramm abzielten. Gleichzeitig forderte er, die Krankenhausplanung aus den Regionen heraus zu gestalten, nicht auf Basis von Algorithmen. Im Rahmen der neuen Krankenhausplanung müsse sich auch die Finanzierung ändern: „Wenn sich ein kleines Krankenhaus neben der Inneren und der Chirurgie noch eine Endoprothetik aufgebaut hat und die nun zur Disposition steht, könnte das Haus in wirtschaftliche Probleme kommen“, erklärte Brink. „Denn wenn die Endoprothetik wegfallen würde, könnte es nicht mehr kostendeckend arbeiten.“ Der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) hatte die neue Krankenhausplanung im Jahr 2017 begonnen.

Wie sich die bis heute bestehenden Versorgungslücken in der ambulanten und stationären Versorgung überwinden lassen, zeigte KGNW-Präsident Jochen Brink bei einer zweiten Diskussionsrunde auf: mit Hilfe „medizinisch pflegerischer Versorgungszentren (MPVZ)“. Je nach bestehender Infrastruktur und regionalen Bedarfslagen könnte ein MPVZ in Kooperation mit einem Krankenhaus mit medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen wichtige Angebote und auch beratende Funktionen übernehmen.



Pressekonferenz zur Grippeimpfung 2020 mit Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (2. von rechts). Weiterhin auf dem Podium: Dr. Hans-Albert Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe (links), KGNW-Präsident Jochen Brink (2. von links), Dr. Volker Schrage, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und Allgemeinmediziner (rechts)

Gemeinsamer Aufruf zur Grippeimpfung 2020

Auch am öffentlichen Aufruf für die Grippeimpfung 2020 beteiligte sich die KGNW: Bei einer gemeinsamen Pressekonferenz am 6. Oktober 2020 unterstrichen das NRW-Gesundheitsministerium, die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, dass die Grippeimpfung eine wichtige Maßnahme zum Schutz der Menschen in der Wintersaison sei. „Der Nutzen nicht nur für sich selbst, sondern auch für unsere Mitmenschen, sei es die Familie oder die Arbeitskollegen, ist hoch“, erläuterte Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. Gerade vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie galt eine hohe Influenza-Impfquote bei Risikogruppen und exponierten Berufsgruppen essenziell, um in der Grippeperiode schwere Krankheitsverläufe zu verhindern und Engpässe in Krankenhäusern (unter anderem bei Intensivbetten, Beatmungsplätzen) zu vermeiden. Die KGNW unterstützte den Aufruf auch mit Blick auf die Beschäftigten in den Krankenhäusern sowie in den Pflege- und Senioreneinrichtungen.

„Auch für die Krankenhäuser als Arbeitgeber ist der Impfschutz für die Gesundheit und Sicherheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Arbeitsplatz von überaus großer Bedeutung“, sagte Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Es gehe auch um „den Schutz vor Infektionen der von den Beschäftigten betreuten Personen, die durch diese infiziert werden können“.

Kommunikatives Update

Trotz der vielen kommunikativen Herausforderungen insbesondere durch die Pandemie liefen ab Herbst die letzten und entscheidenden Arbeiten für den Start der neuen KGNW-Webseite, der für Anfang des neuen Jahres geplant war. Damit einhergehend wurden die Weichen gestellt, damit die KGNW mit Twitter und Facebook auch in zwei sozialen Netzwerken sichtbar werden würde.



Umwelt- und Klimaschutz in den Krankenhäusern

KLIK green will CO₂-Emissionen um bis zu 100.000 Tonnen reduzieren

Zuständig für das Thema „Umwelt-/Klimaschutz“ ist innerhalb der KGNW das Referat „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“. Es ist schwerpunktmäßig in der Qualitätssicherung und im Qualitätsmanagement, der Krankenhausorganisation, der Krankenhausstatistik, der IT im Krankenhaus und der Betreuung von Gremien in der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft tätig. Außerdem verantwortet das Referat die IT der Geschäftsstelle.



Was ist KLIK green?

Krankenhäuser und Reha-Kliniken sind ressourcenintensive Großverbraucher. Sie nutzen große Mengen Energie, Wasser und anderer Ressourcen. Als Großverbraucher können sie einen erheblichen Beitrag zum Klimaschutz leisten. Das Projekt „KLIC green“, vom 1. Mai 2019 bis zum 30. April 2022 gefördert mit Mitteln der Nationalen Klimaschutzinitiative (NKI) des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMU), bietet bundesweit bis zu 250 Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen die Möglichkeit, einen aktiven Beitrag zum Klimaschutz zu leisten. Ziel: Ersparnis bei Energie, Material und Ressourcen, Reduzierung der Betriebskosten sowie eine Verringerung der CO₂-Emissionen bei den beteiligten Häusern von insgesamt 100.000 Tonnen.

Beteiligte Partner des Projekts sind der Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND) e.V. Landesverband Berlin, das Universitätsklinikum Jena und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW). Zielgröße sind 250 Kliniken und Reha-Einrichtungen. Bisher (Stand Januar 2021) beteiligen sich bereits 209 bundesweit.

KLIC green ist auch im Jahr 2020 sehr erfolgreich verlaufen. Von den anvisierten 250 Krankenhäusern und Reha-Kliniken hatten sich allein bis Oktober 2020 bereits 184 Häuser für die Teilnahme am Projekt angemeldet, davon 60 Einrichtungen aus NRW. Damit wurde das für NRW gesetzte Ziel von 45 teilnehmenden Häusern deutlich übertroffen. Bis Oktober 2020 konnten bereits 75 Klimamanagerinnen und -manager, die insgesamt 124 Krankenhäuser und Reha-Kliniken repräsentieren, durch die Teilnahme an Workshops und an einer Schulungsmaßnahme ihren Weg in die Qualifizierung starten. Die Umsetzung in den Kliniken zur Verringerung des Ressourcenverbrauchs begleitete das Projektteam intensiv. Das betraf insbesondere die Unterstützung bei der Recherche von Fördermitteln, aber auch die weitere Unterstützung bei organisatorischen Fragestellungen. Des Weiteren werden die teilnehmenden Häuser aktiv in der internen Kommunikation wie auch bei der Pressearbeit unterstützt.

Eine besondere Herausforderung für die Mitarbeitenden im „KLIC green“-Team stellte seit Ende Februar 2020 die Corona-Pandemie dar. Viele Schulungen und Workshops fanden im Online-Format statt. Workshops, die eine Präsenz erforderten, wurden auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.



Auf dem Dach des Gebäudes der Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik (NPP) am Universitätsklinikum Bonn wurde eine Photovoltaikanlage installiert

„Manche Klimaschutz-Maßnahmen kosten nicht sehr viel“

3 Fragen an Friedhelm Beiteke

Friedhelm Beiteke betreut als Referent im Referat Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) die Klimamanagerinnen und -manager in NRW.

Welches Ziel steht hinter KLIK green?

Beiteke: KLIK green qualifiziert Fachkräfte der Krankenhäuser in Workshops und Schulungen zu zertifizierten Klimamanagerinnen und -managern. Sie können so künftig noch gezielter konkrete Klimaschutzziele für die Einrichtungen erarbeiten sowie Maßnahmen planen und umsetzen. Konkret betrifft das neben der Energie die Bereiche Beschaffung, IT, Logistik, Abfallvermeidung und Speisenversorgung. Dafür sind oft nur geringinvestive Maßnahmen erforderlich. Darüber hinaus unterstützt das Projekt bei der Recherche und Beantragung von Fördermitteln, beispielsweise bei Förderbanken wie der KfW sowie dem Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (Bafa). Diese Gelder lassen sich gezielt für solche Maßnahmen einsetzen. Bei der Durchführung von Schulungen und Workshops treten wir unterstützend auf. Das Projekt fördert weiterhin den Austausch unter den Klimamanagerinnen und -managern verschiedener Einrichtungen. Das angehende Klimamanagement eines Kranken-

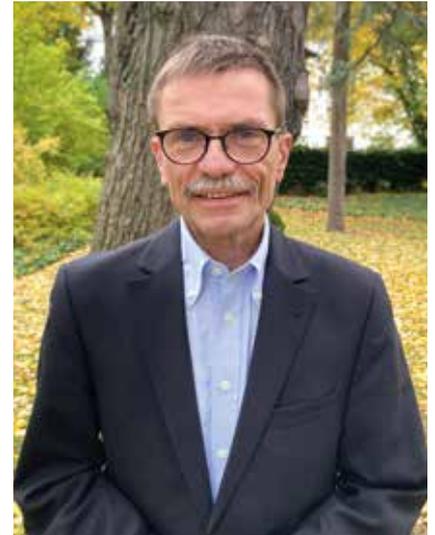
hauses knüpft so ein Netzwerk innerhalb des eigenen Hauses und außerhalb durch den Austausch im „KLIK green“-Netzwerk.

Was können Kliniken konkret dank KLIK green beim Klimaschutz leisten?

Beiteke: Den Krankenhäusern bieten sich durch KLIK green zahlreiche Möglichkeiten, aktiv zum Klimaschutz beizutragen. Die konkreten Ziele lauten, Energie, Material und Ressourcen zu sparen, Betriebskosten zu reduzieren und die CO₂-Emissionen in den beteiligten Häusern um insgesamt 100.000 Tonnen zu verringern. Neben der Energie sind hier beispielsweise die Bereiche Bautechnik, Einkauf, Abfallmanagement, Speisenversorgung, E-Mobilität und Einbinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betroffen. Das Evangelische Krankenhaus Lippstadt, um nur ein Beispiel von vielen zu nennen, nutzt ein eigenes Blockheizkraftwerk zur Energie- und Wärmeabgewinnung, hat zudem Lüftungsanlagen durch nachhaltige Anlagen mit Wärmerückgewinnung ersetzt und die Lichttechnik schrittweise auf energiesparende LEDs umgestellt.

Wie hoch sind die Investitionen für ein Krankenhaus?

Beiteke: Es kommt darauf an. Klimaschutzmaßnahmen wie die energetische Gebäudesanierung erfordern



Friedhelm Beiteke, Referent im Referat Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)

größere Investitionen. Diese kann eine Klinik nur mit Investitionsförderungen umsetzen. Andere Maßnahmen kosten jedoch nicht sehr viel. Zwei Beispiele: Manche besonders klimaschädliche Narkosegase lassen sich durch solche mit niedrigeren CO₂-Äquivalenzen und geringeren Kosten ersetzen. Ein Klimatisierungssystem bestimmter Räume lässt sich gezielt den Operations- oder Untersuchungszeiten in der Radiologie anpassen. Das senkt Kosten und CO₂-Emissionen. Wirtschaftlichkeit und Klimaschutz gehen so Hand in Hand: Die Preise für CO₂-Emissionen werden künftig stark steigen. Die Investition macht sich also möglicherweise schnell bezahlt. Klimaschutz sichert somit die Zukunft des Krankenhauses.



Seit 2008: eine der größten Photovoltaikanlagen in Bielefeld – knapp 600 Quadratmeter – am Franziskus Hospital Bielefeld an der Süd- und der Westfassade sowie auf dem begrünten Dach

Daseinsvorsorge made in NRW

Der Weg zum neuen Krankenhausplan

Die konstruktive und ergebnisoffene Begleitung der Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW hat die Arbeit der KGNW, insbesondere der beiden Referate „Finanzierung und Planung“ sowie „Medizin“, intensiv geprägt.

Als 2017 der neue Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) ins Amt kam, brachte er aus den Koalitionsverhandlungen ein großes gesundheitspolitisches Vorhaben mit: NRW sollte eine neue „aktive Krankenhausplanung“ bekommen. Das Bett als kapazitätsbestimmende Größe tritt in den Hintergrund. Die Planung ist stattdessen stärker leistungs- und qualitätsorientiert ausgerichtet.



NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann



Intensive Beratungen im MAGS und im Landesausschuss

Am 12. September 2019 hatte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) mit der Vorstellung des bei der Partnerschaft Deutschland (PD) in Auftrag gegebenen Gutachtens „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ den Startschuss für die Beratungen zur Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW gegeben. In diesem Kontext hat Minister Laumann die „wohl größte Reform der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft seit Jahrzehnten“ angekündigt: *„Wir wollen hier in Nordrhein-Westfalen mutig vorangehen. Wir wollen künftig Leistungsbereiche und Leistungsgruppen planen.“*

Mit der neuen Krankenhausplanung will das MAGS die bisherige Systematik in Nordrhein-Westfalen grundlegend umstellen: Das Bett soll als kapazitätsbestimmende Größe in den Hintergrund treten. Zukünftig soll über sogenannte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen geplant werden, wobei die konkrete Planung und Zuteilung von Versorgungsaufträgen über Leistungsgruppen erfolgen soll. An die Leistungsgruppen sollen Qualitätskriterien geknüpft werden (Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien), beispielsweise die Anzahl vorzuhaltender Fachärztinnen und Fachärzte oder auch medizinisch-apparative Ausstattungsmerkmale (zum Beispiel CT oder MRT). Ob ein Krankenhaus bestimmte Leistungsgruppen zukünftig planerisch zugewiesen bekommt und diesbezüglich Leistungen erbringen darf, hängt unter anderem von der Erfüllung dieser Qualitätskriterien ab.



Ausgehend von der noch geltenden Krankenhausplanung sowie mit Blick auf das „*Grundsatzpapier zur Landeskrankenhausplanung 2019 bis 2030*“ der KGNW und unter Berücksichtigung des Positionspapiers der DKG „*Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*“ hat sich die KGNW – wie bereits in der KGNW-Pressemitteilung vom 12. September 2019 anlässlich der Vorstellung des PD-Gutachtens angekündigt – auch im Jahr 2020 konstruktiv und ergebnisoffen an den bisherigen Sitzungen des MAGS zur Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW beteiligt. Weitere Gesprächspartner sind die Verbände der Krankenkassen, die beiden Ärztekammern, die Kirchen, die kommunalen Spitzenverbände, die Landschaftsverbände, die Bezirksregierungen, die Psychotherapeutenkammer, die Patientenbeauftragte, der Pflegerat und das Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen.

Bereits zu Beginn der Beratungen wurden von den Planungsbeteiligten inhaltliche Bedenken im Hinblick auf eine Planung anhand von DRGs, wie sie von PD in ihrem Gutachten für das MAGS vorgeschlagen worden waren, angemeldet. Die vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit der geplanten Leistungsgruppen-DRG-Zuordnung nach PD-Gutachten bewirkte eine Abkehr von DRGs und die Hin-

wendung zu WBO, OPS, ICD und weiteren Merkmalen als Betrachtungsebene zur zukünftigen Strukturierung der Krankenhausplanung. Die Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sowie die Qualitätskriterien wurden in zahlreichen Sitzungen der Arbeits- und Unterarbeitsgruppen des Landesausschusses für Krankenhausplanung im MAGS kontrovers diskutiert. Dies betraf sowohl die somatischen als auch die psychiatrischen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen. Am 1. Juli 2020 wurde den beteiligten Verbänden ein erster, nicht mit der Hausleitung abgestimmter Arbeitsentwurf zu den geplanten Leistungsgruppen für die Neuausrichtung der Krankenhausplanung in der Somatik des MAGS zugesandt. Der Arbeitsentwurf beinhaltete eine große Anzahl seitens der KGNW strittig gestellter Regelungsinhalte. Im Anschluss erfolgten durch das MAGS, konkret durch „Lohfert & Lohfert“, die Ärztekammern, die Krankenkassen und die KGNW Auswirkungsanalysen zu den 73 Leistungsgruppen. Die KGNW war an allen Teilschritten der aktuellen Krankenhausplanung beteiligt und bewertete mit Unterstützung durch „Roeder & Partner“ sowie einem medizinischen Fachbeirat aus leitenden ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser auch alle planungsrelevanten medizinischen Aspekte.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)



Auswirkungsanalyse der KGNW auf breiter Datenbasis

Was aber wären die Folgen für die Krankenhäuser vor Ort? Die Antwort sollte eine Auswirkungsanalyse zu diesem ersten Arbeitsentwurf der Krankenhausplanung liefern. Dafür hat die KGNW eine Onlinebefragung zur personellen und strukturellen Situation unter den NRW-Krankenhäusern durchgeführt. Die eingegangenen Antworten der Kliniken wurden zusammen mit den Daten nach § 21 KHEntgG (Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen/Krankenhausentgeltgesetz) (Datenjahr 2019) und dem ersten Arbeitsentwurf der MAGS-Fachebene zu den geplanten Leistungsgruppen zu einer Simulation verdichtet. Dazu wurden die Daten in der KGNW-Geschäftsstelle mit einem zu diesem Zweck von „Roeder und Partner“ und der KGNW-Geschäftsstelle entwickelten Analysetool, dem KGNW-Leistungsgruppen-Simulator (KGNW-LGsim), verarbeitet.

Allen teilnehmenden Krankenhausstandorten wurde so im eigens eingerichteten „KGNW-LGsim-Portal“ eine

Leistungsgruppenauswertung zur Verfügung gestellt, die die Folgen der neuen Krankenhausplanung in der Somatik abbildete. Insgesamt haben sich mehr als 95 Prozent der somatischen Krankenhausstandorte an dieser KGNW-Onlinebefragung beteiligt. Mit dieser breiten Datenbasis konnte die KGNW dem MAGS eine valide aggregierte Auswirkungsanalyse in diesem Bereich präsentieren.

Anlässlich dieser Präsentation hielt KGNW-Präsident Jochen Brink gegenüber dem MAGS fest, dass zu zahlreichen Punkten im Arbeitsentwurf der Fachebene des MAGS Nachsteuerungsbedarf bestehe und im weiteren Verfahrensgang wesentliche Fragen noch zu klären seien. Die aktuellen Definitionen der Leistungsgruppen sowie der Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien) könnten aus Sicht der KGNW noch nicht abschließend sein und erforderten teilweise größere Überarbeitungen.

In der Folge liefen im MAGS die weiteren Beratungen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen. Erst im An-

schluss sollte dann das Thema „Krankenhauskapazitäten in NRW“, also die Klärung von Bedarfsfragen, beraten werden. **Für diese Fragen zeigen aus Sicht der KGNW die bisherigen Erfahrungen aus der Corona-Pandemie, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat.** Die KGNW betonte deshalb, dass diese Erkenntnisse bei der Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW, insbesondere im Rahmen der Klärung von Bedarfsfragen, berücksichtigt werden. Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann nannte in diesem Zusammenhang das Ziel, dass für 90 Prozent der Bevölkerung ein Krankenhaus binnen 20 Autominuten erreichbar sein muss.

Gesetzliche Grundlage parallel geschaffen

Parallel zu den Gesprächen über eine Krankenhausplanung haben die Regierungsfractionen von CDU und FDP im Landtag den Entwurf für ein „Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen“ (KHGG) in den Landtag eingebracht. Mit dem Gesetzentwurf sollten insbesondere



KGNW vertritt Position zum Krankenhausplan offensiv

In den verschiedenen Stadien des Prozesses hat die KGNW ihre Haltung auch öffentlich offensiv vertreten. So wurde die Anhörung durch eine Pressemitteilung im Vorfeld flankiert, hinzu kamen einzelne Statements von KGNW-Präsident Jochen Brink für TV- und Radio-Sender. Auch den AOK-Digi-Talk am 22. September 2020 nutzte er für eine Positionierung:

„Wir haben uns von Beginn an aktiv in den Krankenhausplanungsprozess in NRW eingebracht und werden diesen Prozess weiter aktiv, aber ergebnisoffen mitgestalten und uns weiter konstruktiv beteiligen. Es gilt für uns kontinuierlich zu entscheiden, welchen Weg und welche strukturellen Änderungen der Krankenhausversorgung wir mittragen können. Eine nachhaltige Krankenhausplanung, wie wir sie fordern, muss sich am objektiven Versorgungsbedarf und den Bedürfnissen der Menschen in den Regionen orientieren.“

Zentraler Punkt sei darum die Frage der Bedarfsermittlung. Die KGNW gehe davon aus, dass die Versorgungsplanung in den Regionen erfolgen solle, da ländliche und urbane Regionen unterschiedlich seien. Zudem erinnerte Brink daran, die Frage der wirtschaftlichen Konsequenzen genau zu beobachten.

die rechtlichen Grundlagen für die von Minister Laumann angekündigte Neuausrichtung der Krankenhausplanung in NRW anhand von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen geschaffen werden. Am 8. Oktober 2020 fand die erste Lesung des Gesetzentwurfs im Landtag statt. Der Gesetzentwurf wurde an den federführenden Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (AGS) überwiesen, der eine Expertenanhörung beschloss und dazu unter anderem die KGNW um Stellungnahme bat.

In der Sachverständigenanhörung des Gesundheitsausschusses am 9. Dezember 2020 mahnte KGNW-Präsident Jochen Brink, dass der Gesetzentwurf viel zu früh komme und deshalb zu unbestimmt bleibe. Er lasse noch keine Bewertung zu, welche konkreten Auswirkungen der Schwenk zu medizinischen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen als neue Planungskriterien auf die rund 345 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen haben werde. Für eine rechtssichere Umsetzung sei es sinnvoller, erst ein durchdekliniertes Krankenhauspla-

nungskonzept auszuarbeiten, mit dem der Gesetzentwurf dann synchronisiert werden könne.

KGNW-Präsident Jochen Brink erinnerte zugleich an die Aussage von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, dass die Krankenhausplanung als Lehre aus Corona einen „Sicherheitspuffer“ enthalten müsse, der als Vorsorgeleistung finanziert werde.

Planung neuer Zentren

Ende 2019 hatte der G-BA Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SBG V (Zentrums-Regelungen) beschlossen, die seit 1. Januar 2020 in Kraft getreten sind. Inzwischen hat das MAGS den bestehenden Krankenhausplan unter diesem Gesichtspunkt fortgeschrieben und so die zuschlagsfähigen Zentren verankert.

Durch die Fortschreibung werden die Vorgaben für die Zentren, für die der G-BA abschließende Regelungen getroffen hat, ersetzt beziehungsweise ergänzt. Dies sind:

- Zentren für seltene Erkrankungen,
- Onkologische Zentren,
- Traumazentren,
- Rheumatologische Zentren,
- Herzzentren.

Da die Zentren, die der G-BA derzeit nicht regelt, weiter im Krankenhausplan bestehen bleiben sollen, umfasst ein vom MAGS bereitgestelltes Informationsblatt insgesamt Ausführungen zu 13 Zentrumsarten. Nur die oben genannten Zentren nach den G-BA-Vorgaben können allerdings zu einer Refinanzierung über Zentrumszuschläge führen. In einem Bericht für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags vom 12. Juni 2020 führt das MAGS aus, dass in Folge der G-BA-Zentrums-Regelungen keine zuschlagsfähigen Brustzentren mehr vorgesehen seien. Vielmehr werde es Onkologische Zentren geben, die zwingend mehrere Krebsarten behandeln müssten. Nur diese Zentren würden künftig einen Anspruch auf Refinanzierung haben. Nordrhein-Westfalen setze sich weiter für gesonderte Brustzentren ein, die nicht Teil eines Onkologischen Zentrums seien.



AOK-DigiTalk 2020 zum Krankenhausplan: (von links nach rechts) KGNW-Präsident Jochen Brink, Johannes Heß, alternierender AOK-Verwaltungsratsvorsitzender und Arbeitgebervertreter, Georg Keppeler, alternierender AOK-Verwaltungsratsvorsitzender und Versichertenvertreter, Minister Karl-Josef Laumann, Dr. med. Johannes Albert Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Tom Ackermann, AOK-Vorstandsvorsitzender

Schiedsstellen-KHG

Von Fixkostendegressionsabschlag bis hin zur Corona-Anpassungsregelung

Die „Geschäftsstelle der Schiedsstelle-KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) Rheinland“ wird von der KGNW getragen.



Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) führt in Paragraph 18a Schiedsstelle, Verordnungsermächtigung, aus, dass es in jedem Bundesland oder in Teilen eines Bundeslandes eine Schiedsstelle, gebildet von der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen, geben muss. Diese Schiedsstelle besteht aus einem neutralen Vorsitzenden sowie aus Vertretungen der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl. Dazu kommt eine von dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung bestellte Vertretung. Diese wird qua Gesetz auf die Zahl der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen angerechnet. Die Schiedsstelle regelt Differenzen unter den Vertragsparteien im Pflegesatzrecht und beim Landesbasisfallwert.

In Nordrhein-Westfalen gibt es zwei Schiedsstellen: Rheinland und Westfalen-Lippe. Die Geschäfte der Schiedsstelle-KHG Rheinland werden bei der KGNW geführt.

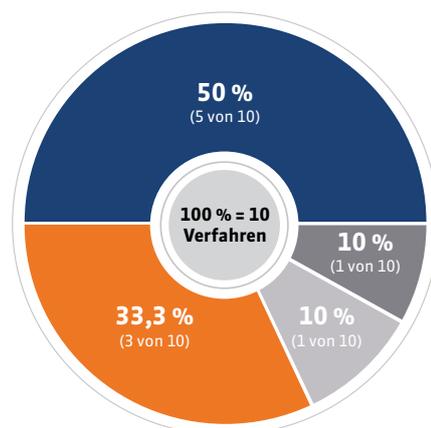
Wesentliche Streitpunkte bei den im Jahr 2020 in den beiden Regionen anhängigen Verfahren stellten dar:

- der Fixkostendegressionsabschlag für Mehrleistungen,
- der Ausgleich des Hygienezuschlags,
- die Feststellung der Notfallstufe „Basisnotfallversorgung – Stufe 1“ als Voraussetzung für die Teilnahme an der Notfallversorgung,
- der Zuschlag für besondere Aufgaben von Brustzentren,
- die Finanzierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie
- die Anwendung einer Anpassungsregelung bei der Vereinbarung einer Vergütung von Leistungen eines sozialpädiatrischen Zentrums im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie.

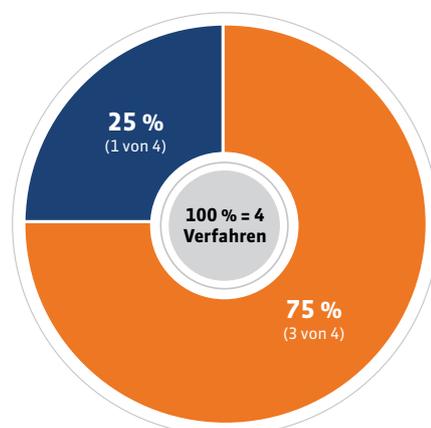
Die Verfahren hatten zum Teil ihre Ursprünge in vergangenen Jahren.

Im Rheinland waren im Jahr 2020 insgesamt zehn Verfahren aus den Jahren 2015 bis 2020 anhängig. Davon wurden fünf Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen. Ein Verfahren wurde nach mündlicher Verhandlung vor der Schiedsstelle durch Einigung der Vertragsparteien beendet. Ein weiteres ruht auf Antrag der Vertragsparteien. Drei Verfahren konnten nicht abgeschlossen werden. Vor der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe waren 2020 insgesamt vier Verfahren aus den Jahren 2019 und 2020 anhängig. Dabei wurde ein Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen. Drei Verfahren konnten nicht abgeschlossen werden.

Verfahren Schiedsstelle-KHG Rheinland



Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe



- Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen
- nach mündlicher Verhandlung durch Einigung der Vertragsparteien beendet
- Verfahren ruht auf Antrag der Vertragsparteien
- nicht abgeschlossen

Bildnachweise

Fotos und Grafiken:

Titel: Uniklinik Düsseldorf

S. 4: KGNW

S. 6: KGNW

S. 7: KGNW

S. 8: Uniklinik Düsseldorf (Pfleger)

S. 9: Städtisches Klinikum Heinsberg

S. 12: KGNW

S. 14: ZTG/UKA_Till_Erdmenger (Bildschirm-Kommunikation), Staatskanzlei – Land NRW/Ralph Sondermann (Ministerpräsident Armin Laschet)

S. 15: Kaiserswerther Diakonie/F. Elschner

S. 16: KGNW

S. 17: Panchenko Vladimir – www.shutterstock.com

S. 19: Eigene Abfrage/KGNW

S. 20: Andy Dean – adobe.stock.com (Titel), Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Kampagne)

S. 22: St. Vincenz-Krankenhaus/Böddeker

S. 23: Errichtungsausschuss der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen/KGNW (Grafik)

S. 24/25: KGNW; außer (links oben Interview) Klinikum Oberberg, (Screenshot daneben) I/E-Health NRW. Hand in Hand bestens versorgt/Digital Healthcare NRW e. V., (daneben Ministerpräsident Laschet) Staatskanzlei/Land NRW/Ralph Sondermann, (daneben Gesundheitsminister Laumann) MAGS NRW/UKM/Schirdewahn, (2. Reihe Mitte und ganz außen Jochen Brink) WISO/Schmidt-Dominé, (2. Reihe Virtuelles Krankenhaus) ZTG/UKA_Till_Erdmenger, (links unten Pflegekräfte) Städtisches Klinikum Heinsberg, (Steinschlange daneben) Kaiserswerther Diakonie/F. Elschner, (3. Reihe Mitte Dr. Gerald Gaß) DKG, (daneben Jens Spahn) DKG, (daneben Pflegerin) Uniklinik Düsseldorf, (untere Reihe links AOK DigiTalk) AOK/hfr, (rechts daneben und ganz außen Ingo Morell) DKG

S. 26: Andrey Popov – adobe.stock.com

S. 27: MockUp-Collage – Die FISCHER Werbeagentur GmbH

S. 28: Eigene Darstellung/KGNW

S. 29: PopTika – www.shutterstock.com

S. 30: KGNW

S. 31: Peshkov – adobe.stock.com

S. 32: M.Dörr & M.Frommherz – adobe.stock.com (Foto), KGNW/Fraunhofer ISST (Grafik)

S. 33 KGNW/Fraunhofer ISST (Grafik), greenbutterfly – www.shutterstock.com

S. 34: Nenetus – adobe.stock.com (Foto), I/E-Health NRW. Hand in Hand bestens versorgt/Digital Healthcare NRW e. V. (Grafik)

S. 35: I/E-Health NRW. Hand in Hand bestens versorgt/Digital Healthcare NRW e. V. (Screenshot), VKh.NRW (Logo Mitte), MIT-Sicherheit.NRW/MedEcon Ruhr GmbH (Logo rechts)

S. 36: KGNW

S. 37: DKG (Collage), Klinikum Oberberg (Foto)

S. 38: Beide DKG

S. 39 KGNW (PK Grippeimpfung), WISO/Schmidt-Dominé (Gesundheitskongress)

S. 40: Universitätsklinikum Bonn (UKB)/J.F. Saba

S. 41: KGNW (Porträt), Veit Mette (PV-Anlage)

S. 42: MAGS NRW (Laumann und Grafik), PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (Gutachten)

S. 43: MAGS NRW

S. 45: AOK/hfr

S. 46: KGNW

Impressum

Herausgeber:	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
Geschäftsführer:	Matthias Blum
Redaktion:	Referat Politik, PR und Presse Hilmar Riemenschneider Gernot Speck Michael Wacker
Anschrift:	Humboldtstraße 31 40237 Düsseldorf
Telefon:	+49 211 4 78 19 - 0
Telefax:	+49 211 4 78 19 - 99
E-Mail:	info@kgnw.de
Internet:	www.kgnw.de
Gestaltung:	Die FISCHER Werbeagentur GmbH Felix-Wankel-Straße 20 53881 Euskirchen www.die-fischer.net
Druck:	Berk-Druck GmbH Medienproduktion Oderstraße 5–7 53879 Euskirchen www.berk-druck.de



KONTAKT

**Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.**

Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 4 78 19-0
Telefax: +49 211 4 78 19-99

E-Mail: info@kgnw.de
Internet: www.kgnw.de