



GESCHÄFTSBERICHT 2021

INHALT

Geschäftsbericht 2021

Editorial	4-5
KGW-Präsident: Übergabe des Staffelstabs Auf ein Wort: Fragen an Jochen Brink und Ingo Morell	6-7
NRW-Krankenhäuser im zweiten Corona-Jahr Kliniken im Krisenmodus, erfolgreiche Impfpfelle und verwirrende Verordnungen	8-13
Krankenhausfinanzierung und Krankenhausförderung Wirtschaftliche Sicherung verlässlicher Krankenhausstrukturen	14-15
Nordrhein-Westfalen denkt die Krankenhausplanung neu Systemwechsel mit Plan	16-19
Pflege in den Kliniken Mehr Mitsprache beim Personaleinsatz und als Berufsgruppe	20-23
Bereitschaft zur Organspende weiter erhöhen Im Dialog bleiben	24-25
Besonders Verletzte schützen, Spuren sichern Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und Frauen	26-27
Das Jahr 2021 in Bildern	28-29
Krankenhaus-Qualitätssicherung im Zeichen einer „neuen Normalität“ Datenannahme, Indikatoren, Portale, Richtlinien, Mindestmengen und MD	30-33
Politik und Kommunikation für die NRW-Krankenhäuser Patientenversorgung im Fokus – Wahlen im Blick	34-39
Die Paragrafen-Dschungel-Kliniken MD, ASV, Entlassmanagement, Wahlleistungen, Cookies	40-44
Schiedsstellen nach §§ 18, 18 a KHG	45
Klimaveränderung und die Folgen Hochwasserkatastrophe und KLIK green	46-49
Digitalisierung und Informationssicherheit in den NRW-Krankenhäusern Lang geforderter „Digital Boost“ kommt	50-54
Impressum und Bildnachweise	55

EDITORIAL

Geschäftsbericht 2021



MATTHIAS BLUM
Geschäftsführer
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen (KGNW)

Sehr geehrte Damen und Herren,

so dramatisch die Auswirkungen für jede Betroffene und jeden Betroffenen, so hoch die Belastungen für jede einzelne Mitarbeiterin und jeden einzelnen Mitarbeiter, so existenziell die Folgen für die Kliniken auch in Nordrhein-Westfalen waren – Corona hat die Wahrnehmung der Krankenhäuser in der Öffentlichkeit verändert. Das Personal erfuhr mit einem Mal die Wertschätzung, an der es lange in Gesellschaft und Politik mangelte.

Krankenhäuser sind wieder mittendrin im öffentlichen Bewusstsein als wichtiger Baustein der Daseinsvorsorge. Auch dadurch nahm die politische Debatte über die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen gewaltig an Fahrt auf. Bundestagswahlkampf und die 2022 bevorstehende Landtagswahl in NRW kamen als Verstärker hinzu. So hat sich ein Selbstverständnis entwickelt, das sich in unserem neuen, erstmals zur Bundestagswahl 2021 verwendeten Slogan ausdrückt: „Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: Auf uns kommt es an. Sichere Säule der Patientenversorgung.“ Daseinsvorsorge in den Kliniken ist wieder ein Wert. Mit Corona ist sie im Bewusstsein eine Notwendigkeit geworden.

Wir alle hatten gehofft, die Einschränkungen und die damit verbundenen Auswirkungen – wie hohe Erlösausfälle in den Krankenhäusern – durch flächendeckendes Impfen in den Griff zu bekommen. Leider bestätigte sich diese Hoffnung nicht. Die Gründe dafür waren zum Teil hausgemacht: Lieferengpässe beim Impfstoff von Biontech/Pfizer, die eine zuvor gestartete Impfkampagne für das Pflegepersonal jäh ausbremsen, oder später die Aussetzung der Impfung mit einem der angebotenen Impfstoffe von AstraZeneca. Die vorrangige Impfung des Krankenhauspersonals und die hohe Impfbereitschaft in den Kliniken erwiesen sich jedoch als umsichtig und notwendig.

Die Impfquote war hier überdurchschnittlich hoch. Zum Jahresende 2021 lag sie in den Kliniken bei 95 Prozent. Gut so. Denn die Situation, gerade auf den Intensivstationen, spitzte sich im Laufe des Jahres immer wieder zu – trotz zwischenzeitlich leichter Entspannungsphasen, die aber keinesfalls zur Entwarnung in den Krankenhäusern führten.

Die Pandemie mit ihren Wellen und Virus-Mutationen beherrschte auch den Alltag in den Kliniken und damit die Positionen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Die Pandemie bestimmte darüber hinaus die politische Debatte, an der die KGNW sich intensiv beteiligte. Zentrale Themen bildeten dabei neben der vorrangigen Impfung des Pflegepersonals die Lage auf den Intensivstationen sowie die angespannte wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser. Daher appellierten wir immer wieder an die Politik, die Kliniken mit den wirtschaftlichen Folgen der Pandemie nicht allein zu lassen. Allein im Januar 2021 mussten die Kliniken nach einer von der KGNW erhobenen Stichprobe ein Einnahmedefizit von mehr als 370 Millionen Euro hinnehmen. Wir fordern bis heute kontinuierlich nicht mehr als das, was Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zu Beginn der Pandemie vollmundig versprochen hatte: Nämlich die Krankenhäuser angesichts der immensen wirtschaftlichen Belastungen durch COVID-19 nicht im Regen stehen zu

lassen. Diese Ausgangslage prägt im Kern die von der DKG zur Bundestagswahl initiierte Kampagne „FAiR – Diskutieren, entscheiden, handeln.“ Der Dreiklang sollte das Interesse der DKG – und ihrer Träger, darunter die KGNW – an fairen und vor allem auch konkreten Lösungen sowie deren Umsetzbarkeit im deutschen System der Selbstverwaltung unterstreichen. Die KGNW setzte als Dachverband der Krankenhausträger im größten Bundesland – und wenige Monate vor der am 15. Mai 2022 stattfindenden Landtagswahl – zudem eigene Akzente. Sie richtete sich in einer eigens dazu aufgelegten Broschüre an die nordrhein-westfälischen Bundestagsabgeordneten sowie die Kandidatinnen und Kandidaten der Wahlkreise. Der Titel transportierte erstmals den oben genannten neuen Slogan: „Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: Auf uns kommt es an. Sichere Säule der Patientenversorgung.“ Die Broschüren schickte die KGNW den Abgeordneten der auslaufenden Legislaturperiode direkt zu und stellte sie zugleich den NRW-Krankenhäusern zur Verfügung, um in den Dialog mit ihren Wahlkreis-Kandidierenden zu treten und immer wieder Verständnis für die Anliegen der Krankenhäuser zu wecken – übrigens auch in grundsätzlichen, strukturellen Belangen, die weit über die Pandemie hinausreichen.

Neben COVID-19 standen andere Themen auf der Agenda, vor allem die neue Krankenhausplanung für NRW. Im August 2021 stellte der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann ihre Eckpunkte der Öffentlichkeit vor. Das erhielt hohe Aufmerksamkeit besonders im politischen Raum sowie im Fachpublikum. Hingegen konnten die konkreten Auswirkungen für die Bürgerinnen und Bürger noch gar nicht benannt werden. Bemerkenswert aber blieb schon zu diesem Zeitpunkt, dass die neue Planungssystematik vom Konsens aller Beteiligten getragen wurde.

Für die KGNW ist jedoch eine Forderung unverrückbar: Eine Umgestaltung der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen benötigt eine ausreichende finanzielle Unterfütterung, die die Kliniken selbst nicht stemmen können. Denn jede Veränderung in der Krankenhausversorgung wird viel Geld kosten. Hier muss die Landesregierung Farbe bekennen.

Mutige Ansätze erfordert auch die immer noch unzureichende Situation in der Pflege. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser haben in den vergangenen zehn

Jahren große Kraftanstrengungen unternommen, um mehr Pflegepersonal einzustellen. Die Zahl der Auszubildenden in den Pflegeberufen stieg – auch dank der Reform hin zum generalistischen Ansatz – im Vergleich zum Vorjahr um fast zehn Prozent. Doch der demografische Wandel verläuft leider dynamischer. Denn wir brauchen viel mehr Menschen, die in der Pflege ihre berufliche Zukunft sehen. Der massive Fachkräftemangel hinterlässt auf den Stationen der Kliniken in der ärztlichen Versorgung, in der Pflege, aber auch in deren Verwaltung und IT seine Spuren, hier beispielsweise bei Qualitätssicherung, Digitalisierung sowie Klimaschutz, um nur einige Bereiche zu nennen. Dieser Fachkräftemangel ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung und erfordert – gerade auch im Gesundheitswesen – eine entschiedene politische Antwort. Diesen Tenor transportierte übrigens auch die Erklärung der Landesgesundheitskonferenz 2021.

Zum Schluss möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf ein Ereignis lenken, das nicht nur die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser 2021 bis ins Mark erschüttert hat: die verheerende Hochwasserkatastrophe. Sie traf mehrere Krankenhäuser in unserem Bundesland teilweise so schwer, dass sie zeitweise schließen mussten, auch über den Jahreswechsel hinaus. Patientinnen und Patienten wurden in andere Häuser verlegt, es kam zu Evakuierungen und zu schweren Gebäudeschäden in Millionenhöhe. Das betraf vor allem das St.-Antonius-Hospital Eschweiler, das Marien-Hospital in Erftstadt und das Klinikum Leverkusen. Weitaus schwerwiegender waren die weitreichenden Einschränkungen der stationären Versorgung.

Viele Einzelheiten, weitere interessante Projekte und Aktivitäten aus dem Jahr 2021 bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Zusammenschluss der Krankenhausträger und ihrer Spitzenverbände sowie Interessenvertreter von rund 340 Krankenhäusern gegenüber der Politik, den Kostenträgern und der Öffentlichkeit, finden Sie im hier vorliegenden Geschäftsbericht 2021. Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Fragen an Jochen Brink

„Krankenhäuser spielen zentrale Rolle“

2013 wurden Sie zum KGNW-Präsidenten gewählt. Wie hat sich das Krankenhauswesen verändert?

Wenn wir von den reinen Zahlen ausgehen, hatten wir 2013 noch rund 370 Krankenhäuser in NRW. Die letzte offizielle Anzahl ist von 2020: 337 Krankenhäuser. Viel sagt das nicht aus, vor allem nicht über die Hintergründe des Rückgangs. Aber ein anhaltender Strukturwandel hin zu weniger Krankenhäusern ist nicht zu leugnen. Dabei sollten wir im Auge behalten, dass nicht nur die großen, sondern auch die wohnortnahen Krankenhäuser mit weniger Betten wichtig sind und zur Lebensqualität beitragen. Seit 2013 haben wir zwei Landesregierungen in NRW erlebt: Unter Rot-Grün war Barbara Steffens Gesundheitsministerin. Seit 2017 führt in der CDU-FDP-Koalition Karl-Josef Laumann das Ressort. Beiden habe ich immer abgenommen, dass die Krankenhäuser für sie eine zentrale Rolle spielen. Trotzdem mussten wir die Landesregierungen stets an ihre Pflicht erinnern, nicht nur für die Krankenhausplanung, sondern ebenso für die Investitionsfinanzierung zuständig zu sein. Dass Krankenhäuser nachdrücklich und selbstbewusst für ihre Sache eintreten müssen, hat sich nicht verändert.

Was hat sich verbessert?

Die Investitionsförderung ist in der 2022 auslaufenden Legislatur spürbar angehoben worden. Dafür sind wir dankbar. Ironischerweise hat vor allem die Corona-Pandemie vieles in Bewegung gebracht: Die Digitalisierung hat auch dank hoher Fördermittel von Bund und Land richtig Fahrt aufgenommen. Auch die trotz aller Sorgen positive Wahrnehmung der Krankenhäuser in ihrer Rolle als Daseinsvorsorge ist ein positiver Effekt. Etwas Besonderes hat sich in der neuen Krankenhausplanung für NRW entwickelt: Es war ein sehr intensiver, auch konfliktreicher Entstehungsprozess, den alle Beteiligten – die Ärztekammern, die Kassen, das Ministerium und viele andere – mit großer Ernsthaftigkeit verfolgt haben. Dass das Ergebnis im Konsens verabschiedet wurde, ist ein besonderer Wert.

Was war der größte politische Erfolg?

Die KGNW war in einigen Bereichen – mit anderen zusammen – in einer Vorreiterrolle. So zum Beispiel im Bereich Klimaschutz im Krankenhaus. Klimaschutz bedeutet auch Gesundheitsschutz. Mit dem Projekt „KLIK green“ haben wir das Thema in NRW vorangebracht und konnten über 60 Kliniken allein in unserem Bundesland schnell für eine Teilnahme begeistern. An der landesweiten Hygiene-Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger.“ haben sich ab dem Start 2018 gut 98 Prozent der Krankenhäuser in NRW beteiligt. Auch diese Initiative war ein großer Erfolg. Politisch wichtig: Das „Bündnis für gesunde Krankenhäuser“ hat 2017 allen politischen Akteuren deutlich vor Augen geführt, dass im Bereich Investitionsfinanzierung ein großes Loch klaffte. Die Landesregierung musste reagieren und hat dies auch getan.



Jochen Brink, scheidender Präsident der KGNW, (zweiter von links) neben seinem Nachfolger Ingo Morell (rechts)

(zweiter von rechts) und den beiden KGNW-Vizepräsidenten Sascha Klein (links) und Dr. Matthias Ernst

Gibt es etwas, das Sie Ihrem Nachfolger Ingo Morell mit auf den Weg geben möchten?

Ingo Morell hat als Vize-Präsident in Präsidium und Vorstand der KGNW die Geschicke im Krankenhauswesen mit gelenkt. Ich kenne und schätze seine Expertise und habe mich immer eng mit ihm ausgetauscht. Es war daher eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit ihm und Sascha Klein als weiterem Stellvertreter im Präsidium der KGNW. Er ist auf allen politischen Ebenen zu Hause. Als Geschäftsführer kennt er die aktuellen Probleme und Herausforderungen in den Krankenhäusern. Ich wünsche ihm und seinen Stellvertretern gutes Gelingen sowie auch in stürmischen Zeiten eine ruhige Hand und Gottes Segen. Aber wie ich Ingo kenne, wird er das sehr gut machen.

Und was machen Sie jetzt im Ruhestand mit der gewonnenen freien Zeit?

Das wird spannend, denn der tagtägliche Ablauf wird sich auf jeden Fall verändern. Aber natürlich haben meine Frau und ich einige Pläne geschmiedet. Einige Interessen und Hobbys konnte ich in den vergangenen Jahren nicht verfolgen, dafür habe ich nun die Chance. Grundsätzlich freue ich mich aber, viel mehr Zeit mit meiner Frau und meinen Söhnen verbringen zu können.

- Bis 31. Dezember 2021 KGNW-Präsident
- Mitglied des Vorstandes der Deutschen Krankenhausgesellschaft (bis 31. Dezember 2021)
- Daneben war er Geschäftsführer der Valeo-Kliniken GmbH.

Fragen an Ingo Morell

„Wir alle sind das Team KGNW“

teiligten so weit gekommen sind, eine neue Planungssystematik entlang medizinischer Leistung zu schaffen, ist eine einmalige Chance für die Gestaltung einer zukunftsfähigen Krankenhausstruktur. Diesen Reformprozess müssen wir mit Augenmaß für die regional verlässliche Gesundheitsversorgung der dort lebenden Menschen gestalten.

Corona hat Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern extrem gefordert. Welche Signale brauchen sie jetzt?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unseren rund 340 Krankenhäusern in NRW arbeiten seit Februar 2020 in einem permanenten Pandemiemodus – übrigens immer auch mit dem enormen Risiko, sich selbst anzustecken. Die Corona-Pandemie hat sie alle über viele Monate unaufhörlich gefordert, nicht nur fachlich, sondern auch psychisch und physisch. Und ich spreche ausdrücklich nicht nur vom medizinischen und pflegerischen Personal. Der Fokus auf diese Gruppe ist zwar richtig, und das hat sie verdient, aber wir dürfen darüber nicht die anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vergessen. Längst sind alle Bereiche im Krankenhaus vom dauerhaften Krisen- und Ausnahmemodus betroffen. Und obwohl wir alle Kräfte brauchen, hat die Pandemie den Dokumentationsaufwand weiter erhöht. Entlastung bleibt hier ein wünschenswertes Signal.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen auf politischer Ebene?

Wir sehen die enormen finanziellen Lasten, die alle staatlichen Ebenen infolge der Corona-Pandemie zu schultern haben. Uns ist klar, dass die finanziellen Möglichkeiten der öffentlichen Hand an Grenzen stoßen werden. Umso wichtiger ist es, dass das Land und ebenso der Bund die Krankenhäuser in NRW zukunftssicher als elementaren und verlässlichen Teil der Daseinsvorsorge absichern. Die muss sich übrigens mit der Aufgabe des Klimaschutzes einer weiteren Herausforderung stellen. Und natürlich begleitet uns als existenzielles Thema – wie in allen Branchen – der Fachkräftemangel.

Worin möchten Sie in Ihrer Arbeit und Amtsführung an Ihren Vorgänger Jochen Brink anknüpfen?

Jochen Brink hat das Amt des KGNW-Präsidenten mit Ruhe und Gelassenheit und gleichzeitig mit Bestimmtheit und Entschlossenheit ausgeführt. Vor allem aber auch hat er dies im Austausch und in enger Kooperation mit seinen Stellvertretern getan. Für diesen Geist sind wir ihm dankbar. Das führe ich mit den beiden Vizepräsidenten Sascha Klein und Dr. Matthias Ernst fort, weil es vorher schon ein gutes Miteinander war. Wir alle sind das Team KGNW. So entsteht Glaubwürdigkeit nach innen und nach außen.

Herr Morell, Sie sind Ende 2021 zum KGNW-Präsidenten gewählt worden und werden das Amt zum Jahreswechsel übernehmen. Was sind Ihre Ziele?

Wir stecken immer noch in der Corona-Pandemie und damit im Krisenmodus. Von Normalität ist nichts zu spüren, im Gegenteil. Die meisten Krankenhäuser behandeln weniger Patientinnen und Patienten, die Erlösausfälle können sie aber nicht ausgleichen. Deshalb brauchen die Krankenhäuser weiterhin den staatlichen Rettungsschirm, weil sie sonst schnell in eine wirtschaftliche Schieflage geraten. Das gefährdet die Versorgungssicherheit für die Patientinnen und Patienten. Deshalb ist es unser Ziel, die Sicherheit der wohnortnahen Krankenhausversorgung auch mit der neuen Krankenhausplanung zu erhalten. In diesem Zusammenhang ist die Trägervielfalt ein echtes Pfund in unserem Bundesland. Sie muss auch in Zukunft erkennbar bleiben. Und zu tragfähigen Strukturen gehören unbedingt gut ausgestattete und finanziell stabile Kinder- und Jugend-Abteilungen überall im Land. Nicht zuletzt brauchen psychosomatische und psychiatrische Kliniken spürbar verbesserte Rahmenbedingungen.

Welche Themen werden in den kommenden Jahren besonders relevant sein?

Die eben angesprochene Umsetzung des neuen Krankenhausplans in den Regionen wird uns in Nordrhein-Westfalen in den kommenden Jahren stark beschäftigen. Wir erwarten, dass der eingeschlagene Weg auch nach der Landtagswahl im Mai von der nächsten Landesregierung weiterverfolgt wird. Denn dass wir im Konsens mit allen Be-

- Seit 1. Januar 2022 KGNW-Präsident
- Mitglied der Geschäftsleitung der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe (GFO) mit 18 Krankenhausstandorten

NRW-Krankenhäuser im zweiten Corona-Jahr

Kliniken im Krisenmodus, erfolgreiche Impfpfelle und verwirrende Verordnungen

Die Corona-Pandemie forderte die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und die KGNW-Geschäftsstelle auch im Jahr 2021 unvermindert heraus. Die KGNW war oft bei den Krankenhäusern, den Medien und in der Politik mit ihrer Expertise gefragt, beispielsweise wiederholt bei Anhörungen sowie Stellungnahmen in Ausschüssen des Landtags.

Januar
2021

Impfpfelle und Lieferprobleme

Februar
2021

Pandemie als Existenzrisiko für Kliniken

März
2021

Situation spitzte sich zu

April
2021

Medizinische leichte Entspannung, finanzielle Notlage

Juni
2021

Ausgleichszahlungen gegen ein mögliches Kliniksterben

Juli
2021

BMG fordert mehr Daten – die bereits vorliegen

August
2021

KGNW-Stellungnahme zeigt dramatische Lage in den NRW-Kliniken

September
2021

Gesundheitskongress des Westens: Wie Kliniken erfolgreich kooperieren

Dezember
2021

95 Prozent des Krankenhauspersonals geimpft

JANUAR 2021: Impfpfelle und Lieferprobleme

Als im Januar 2021 die Impfungen gegen das Corona-Virus starteten, forderte die KGNW in einem gemeinsamen Appell mit NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann und dem Vorsitzenden des Pflegeverbandes NRW, Ludger Risse, das Pflegepersonal in den Krankenhäusern auf, sich gegen das COVID-19-Virus impfen zu lassen. Umso größer war die Enttäuschung, als es nur eine Woche später zu Lieferengpässen beim Impfstoff von Biontech/Pfizer kam. Dadurch verschob sich der Impfstart auf den 1. Februar. Die Uni-Kliniken konnten davon unabhängig die ersten Moderna-Lieferungen verimpfen. Kurz darauf startete eine neue gemeinsame Impfinitiative des Gesundheitsministeriums (MAGS), der Ärztekammern, der Pflegekammer und der KGNW.

FEBRUAR 2021: Pandemie als Existenzrisiko für Kliniken

Bereits zum Jahresbeginn verschlechterte sich die finanzielle Situation der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser dramatisch. Allein im Januar 2021 mussten die Kliniken ein Einnahmedefizit von mehr als 370 Millionen Euro hinnehmen. Gegenüber dem Vorjahresmonat verzeichneten sie im stationären Bereich durchschnittliche 21,5 Prozent Erlösausfälle, wie eine Umfrage der KGNW ergeben hatte. Damit verbunden: ein Belegungsrückgang von 21,9 Prozent. Zu dem daraus resultierenden Verlust von rund 307 Millionen Euro allein im ersten Monat des Jahres kamen weitere 63,8 Millionen Euro Einnahmeausfälle im Bereich der ambulanten Leistungen und Wahlleistungen.

Ende Februar informierte die KGNW unter der Überschrift „Corona-Pandemie wird zum Existenzrisiko für Kliniken – Hohe Verluste werden nicht aufgefangen“, dass die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen durch die Folgen der Corona-Pandemie in eine bedrohliche Existenzkrise gerieten. Der Grund: Die anhaltend hohen Erlöseinbußen ließen sich nicht mehr auffangen. „Trotz aller Warnungen verweigert der Bund den Krankenhäusern immer noch eine verlässliche Absicherung für die pandemiebedingten Erlösausfälle. Die vielen Kliniken, die sich unermüdlich als verlässliche Säule im Kampf gegen Corona erweisen, werden mit den wirtschaftlichen Folgen alleingelassen“, kritisierte Jochen Brink, damaliger KGNW-Präsident.

Die von der KGNW erhobenen Zahlen untermauerten die Forderung nach einem für alle Krankenhäuser anwendbaren Rettungsschirm, der die Mindereinnahmen ausgleichen sollte. Diese Liquiditätshilfe sei notwendig, um Krankenhäuser funktionsfähig zu erhalten und in der Pandemie wirtschaftliche Turbulenzen zu vermeiden.

MÄRZ 2021: Situation spitzte sich zu

Im März musste auf Empfehlung des Paul-Ehrlich-Instituts die Impfung mit dem Impfstoff AstraZeneca vorübergehend ausgesetzt werden. Grund waren in Deutschland und Europa aufgetretene schwerwiegende thrombotische Ereignisse. Aus Sicht der Krankenhäuser war das verständlich, machte die Impfpfelle aber nicht einfacher. Die vorrangige Impfung des Krankenhauspersonals und die hohe Impfbereitschaft in den Kliniken erwiesen sich als um-



Arbeitsalltag in Corona-Zeiten wie hier auf der Operativen Intensivstation am Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum

sichtig und notwendig. Denn die Situation, gerade auf den Intensivstationen, spitzte sich im Laufe des Jahres immer wieder zu.

APRIL 2021: Medizinische leichte Entspannung, finanzielle Notlage

Zum Monatsende zeichnete sich eine leichte Entspannung ab. Die Datenlage zu den täglichen Neuinfektionen und den Belegungen der Intensivstationen gab Anlass zu vorsichtigem Optimismus, aber noch zu keiner Entwarnung mit Blick auf die weitere Entwicklung der Situation in den Krankenhäusern. Der Impfpfelle fruchtete zumindest beim Krankenhauspersonal: Die Impfquote war hier überdurchschnittlich hoch. Eine Befragung des Robert Koch-Instituts (RKI) zwischen 22. März und 12. April unter Mitarbeitenden aus deutschen Krankenhäusern ergab: Bereits 83 Prozent des Klinikpersonals waren zu diesem Zeitpunkt mindestens einmal geimpft, 48 Prozent sogar vollständig. Zum Vergleich: In der Gesamtbevölkerung lag der Anteil der vollständig Geimpften per 12. April bei 6,1 Prozent; 15,9 Prozent hatten mindestens eine Dosis erhalten.

Nicht entspannen sollte sich die Finanzlage der NRW-Kliniken. Der 11. April stellte eine neuerliche Zäsur dar. Denn bereits im Februar hatte das

Bundesgesundheitsministerium nur eine kurzfristige Verlängerung der Corona-Ausgleichszahlungen bis zu diesem Tag angekündigt. Diese in einem Verordnungsentwurf enthaltene Regelung führte die meisten Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen in eine wirtschaftliche Notlage, statt ihnen über die Pandemie hinwegzuhelfen. Denn die Absicherung half angesichts der – erfreulicherweise – gesunkenen Sieben-Tage-Inzidenz nur noch einer immer kleineren Zahl von Krankenhäusern in Regionen mit einem Inzidenzwert von über 70 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner.

Das bedeutete, dass die Verluste, die sich bisher noch in wesentlichen Teilen durch Ausgleichszahlungen kompensieren ließen, zum damaligen Zeitpunkt voll auf die einzelnen Häuser durchschlagen würden. Eine Existenzkrise für viele Kliniken. Verschobene planbare Eingriffe, die Zurückhaltung von Patientinnen und Patienten, die Erkrankung oder notwendige Quarantäne von Beschäftigten sowie die erhöhten Hygieneauflagen für die Belegung der Krankenzimmer ließen auch für die folgenden Monate enorme Erlöseinbußen erwarten. Dabei sollte ein Ganzjahresausgleich sicherstellen, dass nur reale Verluste ausgeglichen werden. Daher verlangte die KGNW von der Bundesregierung schnell eine verlässliche Zusage für einen echten

Rettungsschirm für das gesamte Jahr 2021.

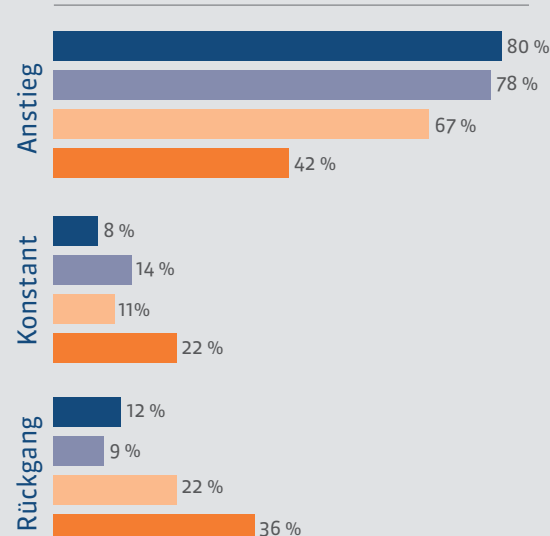
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und KGNW forderten, den Ganzjahresausgleich für 2021 an die aktuellen Entwicklungen anzupassen (Streichung der 98-Prozent-Regelung) und auch für 2022 einen entsprechenden Mechanismus auf den Weg zu bringen. Um die Liquidität der Krankenhäuser im kommenden Jahr abzusichern, sollte ergänzend zur bereits vorgesehenen Verlängerung der verkürzten Rechnungsfrist der vorläufige Pflegeentgeltwert auf 213 Euro erhöht werden. Außerdem wurde zur Sicherung einer angemessenen Refinanzierung die Weiterführung der gesonderten Zuschlagsfinanzierung für nicht anderweitig finanzierte, pandemiebedingte Mehrkosten über das Jahresende hinaus angemahnt.

JUNI 2021: Ausgleichszahlungen gegen ein mögliches Kliniksterben

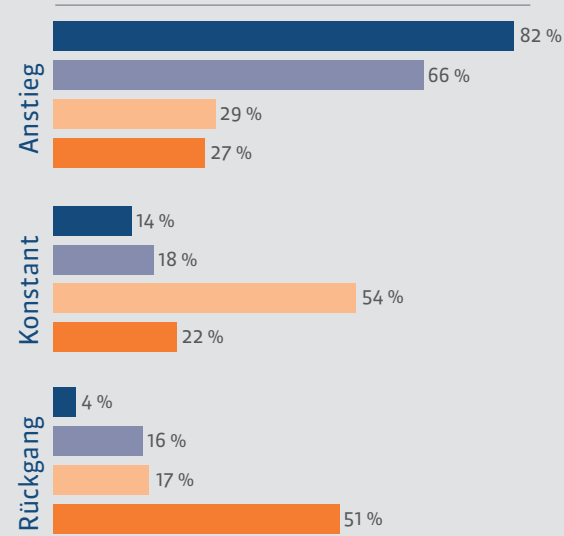
Nach einem Bericht des Bundesrechnungshofes flammten erneut Vorwürfe auf, die Krankenhäuser hätten ungerechtfertigt und unangemessen von Ausgleichszahlungen profitiert. Das wiesen DKG und KGNW scharf zurück. Dazu erklärte der Vorstandsvorsitzende der DKG, Dr. Gerald Gaß: „Ausgleichszahlungen, Hilfen für den Aufbau von Intensivbetten und andere Leistungen waren während der Pandemie unverzichtbar, um die Krankenhäuser und das Gesundheitswesen in einer Ausnahmesituation trotzdem leistungsfähig zu halten. (...) Vielmehr haben die Zahlungen verhindert, dass während der Pandemie Krankenhäuser schließen und Beschäftigte in Kurzarbeit geschickt werden mussten. Dass Betten freigehalten und Beatmungskapazitäten in der Anfangsphase der Pandemie massiv aufgebaut werden sollten, war politisch gewollt und richtig. (...) Wer heute behauptet, Krankenhäuser hätten sich ungerechtfertigt an Ausgleichszahlungen bereichert, nährt Falschbehauptungen und verkennt die Ausnahmesituation, in der wir uns noch vor wenigen Monaten befunden haben. (...) Ohne Ausgleichszahlungen wären viele Kliniken daran gescheitert, diese Kosten zu refinanzieren. Das hätte zu einem weiteren Kliniksterben mitten in der Pandemie geführt.“

Roland Berger Krankenhausstudie 2021 – wegbrechende Einnahmen: das zurückliegende Geschäftsjahr und die Prognosen für 2021

UMSATZENTWICKLUNG ABGELAUFENES JAHR



ERWARTUNG AKTUELLES JAHR¹



■ Krankenhausstudie 2018
■ Krankenhausstudie 2019
■ Krankenhausstudie 2020
■ Krankenhausstudie 2021

Wie hat sich Ihr Umsatz im abgelaufenen Geschäftsjahr entwickelt? Was erwarten Sie für das aktuelle Geschäftsjahr? [% der Nennungen]
¹ Umsatzerwartung 2021: Kategorien unter Ausschluss der Antwortkategorie „Noch nicht absehbar“ auf 100 % normiert



Corona hat in den Krankenhäusern viele Gesichter: Hier nimmt das BG Universitätsklinikum Bergmannsheil zwei Patienten aus den Niederlanden (links) und Sachsen (rechts) auf

JULI 2021: BMG fordert mehr Daten – die bereits vorliegen

Auch die Ankündigung einer zuvor inhaltlich weitgehend unbekanntenen Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), die die Krankenhäuser zu zusätzlichen Angaben bei der stationären Aufnahme einer COVID-19-Patientin oder eines -Patienten verpflichtete, warf Fragen auf. Gegenüber dem Westdeutschen Rundfunk (WDR) zeigte sich der Geschäftsführer

der KGNW, Matthias Blum, erstaunt, denn die nach vorliegenden Medienberichten in der Verordnung vermeintlich geforderten Daten lägen den Behörden bereits vor. „Wenn ein entsprechender Patient aufgenommen und eine COVID-19-Erkrankung festgestellt wird, ist das Ganze meldepflichtig und geht innerhalb von 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt“, stellte Blum klar.

Wie bedrohlich sich die Pandemie auf die Krankenhäuser, auch in NRW, aus-

wirkte, verdeutlichte die im Juli veröffentlichte „Krankenhausstudie 2021“ der Unternehmensberatung Roland Berger. Diese hatte bundesweit 600 Klinikmanagerinnen und -manager befragt. 2019 hatten zwei von drei Kliniken (67 Prozent) noch ein Umsatzwachstum gemeldet. 2020 galt das für lediglich 42 Prozent. 36 Prozent beklagten im gleichen Jahr sogar einen Umsatzrückgang: 14 Prozent mehr als noch 2019. Die Prognosen für 2021 sahen noch düsterer aus: Hier erwartete jedes zweite deutsche Krankenhaus

WER, WIE, WAS – FRAGEN UND ANTWORTEN RUND UM CORONA



Durfte ein Krankenhaus als Arbeitgeber den Impfstatus seines Personals abfragen?

In der Tat räumt das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in § 23a in Verbindung mit § 23 Abs. 3 den Krankenhäusern diese Möglichkeit bei übertragbaren Krankheiten wie Corona ein, unabhängig von der jeweiligen Berufsgruppe.

Wer profitierte von der Corona-Prämie 2.0?

2021 wurde das Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 450 Millionen Euro neu aufgesetzt. Die Corona-Prämie 2.0 gilt nur für Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen. Grundsätzlich richtete sich die Prämie an Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientinnen- und Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen innerhalb des Bemessungszeitraums (1. Januar bis 31. Dezember 2020/1. Juni bis 31. Dezember 2020 bei nach § 26a KHG anspruchsberechtigten Kliniken), soweit diese durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt waren. Dies schloss auch Leiharbeitskräfte ein. Allerdings blieben bei Leiharbeitskräften steuerrechtliche Fragen bis zuletzt offen. Die Auswahl des prämierten Personals sowie die Prämienhöhen wurden zwischen den anspruchsberechtigten Krankenhäusern und deren Arbeitnehmervertretungen abgestimmt.

Wer übernahm Behandlungskosten bei COVID-19-Patientinnen und -Patienten aus dem europäischen Ausland?

Bis zum 31. Dezember 2021 übernahm der Bund weiterhin diese Kosten nach Absprache.

Hatten Krankenhäuser einen Anspruch auf Kurzarbeitergeld?

Krankenhäuser, die Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG („Freihaltepauschale 2.0“) erhielten, hatten – nach Weisung der Bundesagentur für Arbeit, Nr. 202101003 vom 14. Januar 2021 – in dem betreffenden Zeitraum grundsätzlich keinen Anspruch auf Kurzarbeitergeld.

Wer haftete bei Schäden durch COVID-19-Schutzimpfungen?

Im Falle eines Impfschadens, der über übliche Impfreaktionen hinausging, war eine staatliche Entschädigung und Versorgung gesetzlich durch das Bundesversorgungsgesetz (BVG) und das Infektionsschutzgesetz (IfSG) geregelt.

Bei einem Behandlungsfehler anlässlich der Impfung oder einer unzureichenden Aufklärung vor der Impfung richtete sie sich nach den allgemeinen Haftungsregelungen, den haftungsrechtlichen Verantwortlichkeiten sowie dem jeweiligen Verschuldensgrad der impfenden und aufklärenden Person.

Organisierte ein Krankenhaus die Impfung durch eigenes Personal, waren entsprechende Schäden nach Auskunft der DKG über die Betriebshaftpflichtversicherung abgedeckt.

Erfolgte die Impfung in Impfzentren oder durch diesen angegliederte mobile Impfteams, haftete das jeweils zuständige Bundesland.

Freiberufliche Betriebsärztinnen und -ärzte erbrachten die Impfleistung im eigenen Namen und in eigener Haftungsverantwortung.



Der Gesundheitskongress des Westens in Köln diskutierte über das Gesundheitssystem der Zukunft

(51 Prozent) sinkende Umsatzzahlen. Vor allem Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft litten laut der Studie unter der angespannten wirtschaftlichen Lage zu Pandemiezeiten: 63 Prozent von ihnen rechneten mit einem Defizit für 2021. Selbst privat betriebene Krankenhäuser schrieben zunehmend Verluste – ein zu diesem Zeitpunkt neues Phänomen: 38 Prozent verzeichneten 2020 einen Umsatzrückgang. Zum Vergleich: 2019 waren es lediglich elf Prozent gewesen. Bei Krankenhäusern mit freigemeinnützigem Träger berichtete jedes siebte Haus von einem Umsatzverlust. Vor diesem Hintergrund sahen die befragten Managerinnen und Manager schwarz für die Zukunft. Trotz der ökonomisch nicht rosigen Aussichten stellten sich die Krankenhäuser aktiv den dringenden Herausforderungen. Neben dem wachsenden Ausbau des ambulanten Portfolios standen die Themen IT und Digitalisierung sowie Nachhaltigkeit besonders in ihrem Fokus.

AUGUST 2021: **KGW-Stellungnahme zeigt dramatische Lage in den NRW-Kliniken**

In einer schriftlichen Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses des Landtags zu den Landesmaßnahmen aus dem Sondervermögen

„Corona-Rettungsschirm“ sowie dem Maßnahmenvorschlag der Fraktion der SPD schilderte die KGNW die zum Teil dramatische Lage in den Kranken-

häusern. Noch immer konnten zum damaligen Zeitpunkt Mehrbettzimmer nicht voll belegt werden. Zusätzlich zu den ohnehin hohen Hygienestandards



KGNW-Präsident Jochen Brink machte im August 2021 auf dem Gesundheitskongress des Westens auf die dramatische Situation in den Kliniken aufmerksam

waren weitere kostenintensive Maßnahmen zu berücksichtigen. Sinkende Fallzahlen wirkten sich negativ auf die Erlöse aus, aus denen die Daseinsvorsorge Krankenhaus finanziert wurde. Die vom Land bereitgestellten Mittel für ein Investitionsprogramm sowie die von Land und Bund gemeinsam finanzierten Fördermaßnahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes setzten in den Krankenhäusern wichtige Impulse, etwa für die notwendigen Anpassungen in der Versorgungsstruktur und für den Einstieg in die Digitalisierung. Daneben gab und gibt es anhaltend weitere Bereiche mit einem hohen und wachsenden Finanz- und Investitionsbedarf, der in den meisten Fällen eine strukturelle und damit nachhaltige Etatisierung erfordert. Das gilt etwa für die Bereitstellung von Reservekapazitäten, deren Vorhaltung ebenfalls finanziert werden muss. Die Entwicklung eines Gesundheitssystems, das wohnortnah den Menschen eine für sie passende Behandlung – ambulant oder stationär – verlässlich bietet, benötigt ebenfalls angemessene Investitionsmittel, mahnte die KGNW in der Stellungnahme an.

SEPTEMBER 2021: **Gesundheitskongress des Westens: Wie Kliniken erfolgreich kooperieren**

Auf dem zweitägigen Gesundheitskongress des Westens in Köln zum Thema „System am Limit – Wie sieht der Weg in die Zukunft aus“ (Bild) zeigte KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum im Forum „Gemeinsam geht es besser: Beispiele erfolgreicher Partnerschaften, die durch die Coronakrise entstanden sind“ auf, wie Kliniken erfolgreich kooperieren. Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen hatten bereits vor der Corona-Pandemie erfolgreich zusammengearbeitet oder sich sogar zusammenschlossen. Das Ziel: Nutzung zusätzlicher Synergieeffekte und Erweiterung des Leistungsspektrums in der Diagnostik sowie der Behandlung von Krankheiten. Dazu kamen Kooperationen von Kliniken mit dem niedergelassenen Sektor, Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen zur Rehabilitation. Corona intensivte die Kommunikation und Zusammenarbeit deutlich. Als Beispiel einer regionen- und sektorenübergreifenden Kooperation führte Matthias Blum das „Virtuelle Krankenhaus NRW“ auf. Damit

können die teilnehmenden Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen auf die infektiologische und intensivmedizinische Expertise der Unikliniken Aachen und Münster zurückgreifen und sich zum Beispiel bezüglich der Behandlung von Beatmungspatientinnen und -patienten beraten lassen – komplett online. Mit Beginn der Corona-Pandemie brachten im Frühjahr 2020 – statt wie geplant erst im Sommer – alle Beteiligten eine Vorstufe des Virtuellen Krankenhauses NRW auf den Weg. Mit Erfolg: Zwischen dem 30. März 2020 und Anfang September 2021 waren annähernd 3.000 Telekonsile durchgeführt worden.

DEZEMBER 2021: **95 Prozent des Krankenhauspersonals geimpft**

Zum Jahresende lag die Quote der Geimpften in den NRW-Krankenhäusern bei 95 Prozent. Ein spürbarer Anstieg der Corona-Fallzahlen belastete auch wieder sowohl die Intensiv- als auch Isolierstationen der Kliniken. Nach einem vergleichsweise entspannten Sommer zwang die Delta-Variante des Virus viele Krankenhäuser wieder, ihren Betrieb einzuschränken.

CORONA-TESTVERORDNUNG UND KEIN ENDE



Die Verwirrung rund um die Corona-Testungen des Krankenhauspersonals und deren Abrechnungen zogen sich durch das gesamte Jahr. Seit Anfang 2021 gab es diese Möglichkeit im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, in Westfalen-Lippe bereits einige Monate früher. Die Prozesse im Bereich Nordrhein hatten sich verzögert, da es Probleme mit dem Abrechnungsportal gab. In der Neufassung der Corona-Testverordnung (CoronaTestVO) ab 6. Februar wurden die bisher in verschiedenen Allgemeinverfügungen geregelten, landesrechtlichen Vorgaben zur Testung in einer Verordnung neu gefasst und konsolidiert. Per 8. März trat abermals eine neu gefasste Coronavirus-Testverordnung in Kraft. Bürgertestungen wurden eingeführt, die bestätigende PCR-Diagnostik nach einem positiven PoC-Test sowie die Höhe der erstattungsfähigen Kosten geändert, landesrechtliche Vorgaben zur Testung aktualisiert.

Die Anwendung der TestVO sowie die Abrechnung von Testungen sorgten jedoch weiterhin für Unsicherheit, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) gegenüber der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) weitgehend beseitigte. Danach konnten auch variantenspezifische PCR-Tests und die bestätigende

PCR-Diagnostik nach einem positiven Antigentest von Krankenhäusern im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung erbracht und abgerechnet werden. Mit dem Mai kam die 3. Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung im Zusammenhang mit den Beschäftigtenestungen. Sie verpflichtete Arbeitgeber dazu, ihren Beschäftigten mindestens zweimal pro Kalenderwoche einen Test auf das Coronavirus SARS-CoV-2 anzubieten. Krankenhausträger, die ihre Mitarbeitenden bereits auf Grundlage des krankenhauses-internen Testkonzepts nach § 4 der Coronavirus-Testverordnung testeten, wurden damit ihren Verpflichtungen aus der Arbeitsschutzverordnung gerecht.

Zum 1. Juli wurde die Coronavirus-Testverordnung erneut überarbeitet und inhaltlich angepasst. Hintergrund hierfür waren die öffentlichen Diskussionen um möglichen Abrechnungsbetrug in den Coronavirus-Testzentren. Die Neufassung der TestVO weitete die Dokumentations- und Nachweispflichten für Krankenhäuser erheblich aus, sah etwa die Ausstellung eines digitalen Testzertifikates vor – Umsetzung unklar. Mit Wirkung zum 11. Oktober wurde die TestV erneut aktualisiert. Jetzt entfielen Bürgertestungen. Fortsetzung folgt ...

Krankenhausfinanzierung bleibt Dauerthema

Wirtschaftliche Sicherung verlässlicher Krankenhausstrukturen

Der Bereich der Krankenhausfinanzierung und der Krankenhausförderung war wie schon im Vorjahr besonders geprägt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Im Fokus stand dabei die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Zudem drohte den Häusern auch im folgenden Jahr 2022 eine angespannte Finanzierungslage. Die steigenden Corona-Fallzahlen machten kurzfristige Maßnahmen zur Erlös- und Liquiditätssicherung der Krankenhäuser für die Jahre 2021 und 2022 zwingend erforderlich.

Zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) forderte die KGNW daher, den Ganzjahresausgleich für das Jahr 2021 an die aktuellen Entwicklungen anzupassen, die 98-Prozent-Regelung (mit einem 2-prozentigen Eigenanteil der Häuser) zu streichen und für das Jahr 2022 einen ähnlichen Mechanismus aufzusetzen. Um die Liquidität der Krankenhäuser im kommenden Jahr abzusichern, sollte ergänzend zur bereits vorgesehenen Verlängerung der verkürzten Rechnungsfrist der vorläufige Pflegeentgeltwert auf 213 Euro erhöht werden. Außerdem wird zur Sicherung einer angemessenen Refinanzierung die Weiterführung der gesonderten Zuschlagsfinanzierung für nicht anderweitig finanzierte, coronabedingte Mehrkosten über den 31. Dezember 2021 hinaus gefordert.

Einzelförderung

Für das Jahr 2021 standen insgesamt 100 Millionen Euro für die Einzelförderung der Krankenhäuser zur Verfügung. Damit sollte die geburtshilfliche Versorgung und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gestärkt werden. Fördervorhaben im Zusammenhang mit hebammengeleiteten Kreißsälen konnten die Möglichkeit auf Einzelförderung bei Maßnahmen zur Stärkung der geburtshilflichen Versorgung steigern. Im Jahr 2020 wurde der Aufbau neuer Ausbildungsplätze nach § 2 Nr. 1a KHG mit rund 100 Millionen Euro gefördert. Vom MAGS wurden 50 Projekte mit einem Aufbau von insgesamt 5.112 Ausbildungsplätzen ausgewählt.



100 Millionen Euro für die geburtshilfliche Versorgung und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Krankenhaussonderprogramm

Die Landesregierung hat den Krankenhäusern im Jahr 2020 im Rahmen eines Sonderinvestitionsprogramms als Teil des NRW-Programms zusätzliche Mittel in Höhe von 750 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Die Universitätskliniken erhielten eine Milliarde Euro. Die den Kliniken mit Bescheid Anfang September 2020 zugeteilten Mittel müssen innerhalb von 18 Monaten (April/Mai 2022) verausgabt werden. Zu den geförderten Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen zählen energetische Sanierungen oder Investitionen in die IT-Infrastruktur.

Krankenhausstrukturfonds

Der 2019 neu aufgelegte Krankenhausstrukturfonds (Strukturfonds II) stellt jährlich bis zu einer Milliarde Euro inklusive des Landesanteils in den Ländern für strukturverbessernde Maßnahmen zur Verfügung. Der Anteil des Bundes und der Anteil der Länder beträgt jeweils 500 Millionen Euro. In der Förderperiode 2021-2024 gehören zu den förderfähigen Vorhaben die standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, die dauerhafte Schließung eines Krankenhauses oder eines Teils von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses sowie die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung der Informationstechnik der KRITIS-Krankenhäuser. Ein Antrag auf Förderung konnte vom 06.09.2021 bis zum 15.11.2021 gestellt werden. Insgesamt sollen 380 Millionen Euro an Landesmitteln, vorbehaltlich der jeweiligen Haushaltsentscheidungen, zur Verfügung stehen.

Landesbasisfallwert 2021 und 2022

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2021 sowie zum Landesbasisfallwert 2022 wurden erneut zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der KGNW geführt. Ein hohes Maß an Unterstützung erfuhr die Geschäftsstelle auch in diesen Verhandlungen wieder durch die KGNW-Arbeitsgruppe „Landesbasisfallwert“. Für 2021 stieg der Landesbasisfallwert auf 3.738,55 Euro (mit und ohne Ausgleich) von 3.654,19 Euro (ohne Ausgleich) im Vorjahr 2020. Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2022 begannen mit einem ersten Verhandlungstermin am 25.11.2021. Noch vor Jahresende genehmigte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) den landesweiten Basisfallwert für das Jahr 2022 in Höhe von 3.825,28 Euro (mit und ohne Ausgleich).



Marvin Donaubaue und Annathrin Harzbecker, beide Oberkurs-Schüler aus dem 3. Ausbildungsjahr im St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln, besprechen während der Projektwoche mit Marlies Pasch (Pflegefachleitung Chirurgie-Stationen) die Aufgaben für die nächste Schicht

Ausbildungspauschalen in der generalistischen Pflegeausbildung 2022 und 2023

pro Schüler/Auszubildender/Auszubildendem, pro Jahr in €	2022	2023
Schulische Ausbildung	7.747	7.935
Praktische Ausbildung	8.432	8.637

An den intensiven Verhandlungen der Ausbildungspauschalen für die Jahre 2022 und 2023 waren im Jahr 2021 beteiligt: das MAGS, die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen sowie der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung, die Interessenvertretungen der Pflegeschulen sowie die praktischen Ausbildungsgeber und damit unter anderem auch die KGNW. Bereits 2019 wurden die Pauschalen für die Jahre 2020 und 2021 verhandelt. Im Jahr 2021 verständigten sich die Verhandlungspartner auf obige Beträge.

Ambulante Leistungen

Mit dem MDK-Reformgesetz haben DKG, KBV und GKV-SV die Aufgabe erhalten, gemeinsam ein Gutachten zu den Leistungen nach § 115b SGB V zu vergeben und – basierend hierauf – einen neuen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen zu vereinbaren. Auf dieser Grundlage haben DKG, KBV und GKV-SV einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärztinnen sowie -ärzte zu vereinbaren. Die Vergütung ist dabei nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom EBM unter ergänzender Berücksichtigung der nicht-ärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Um die Informationslage für diese Verhandlungen zu verbessern, hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) die Kosten- und Erlösdaten von Leistungen nach § 115b SGB V bei den Krankenhäusern abgefragt. Somit konnten die Kostenstrukturen der Krankenhäuser in diesem Leistungssegment differenziert abgebildet werden.



Was ist eigentlich ... der Ausgleichsfonds für die Pflegeberufe?

Mit dem Ausgleichsfonds für die Pflegeberufe werden die Kosten der auszubildenden Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegedienste und auch der Pflegeschulen im Rahmen der neuen, generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung refinanziert. Die bisherigen drei getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wurden mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) bundesweit zum 1. Januar 2020 zu einer neuen, generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung zusammengeführt. Auch die Finanzierungsstrukturen änderten sich: Die Kosten der generalistischen Pflegeausbildung werden über Ausgleichsfonds für die Pflegeberufe auf Landesebene finanziert (§ 26 PflBG). Für das Land Nordrhein-Westfalen organisiert und verwaltet die Bezirksregierung Münster den Ausgleichsfonds für rund 7.000 Pflegeschulen, Krankenhäuser sowie stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Im Rahmen eines Umlageverfahrens wird ein Ausgleich zwischen auszubildenden und nicht auszubildenden Einrichtungen geschaffen. Alle Krankenhäuser, alle Pflegeeinrichtungen, die Länder sowie die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung zahlen in diesen Fonds ein. Die auszubildenden Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulanten Pflegedienste sowie die Pflegeschulen bekommen aus diesem Topf Ausbildungspauschalen zum einen für die praktische und zum anderen für die schulische Ausbildung. Die Ausbildungspauschalen werden auf Landesebene verhandelt. Die Kosten bzw. Mehrkosten der Ausbildungsvergütung werden einrichtungsindividuell vom Ausgleichsfonds für die Pflegeberufe gezahlt.

Nordrhein-Westfalen denkt die Krankenhausplanung neu Systemwechsel mit Plan

Es war unbestritten ein glanzvoller Meilenstein. Und doch wirkte der Moment auf Außenstehende zunächst irritierend, erinnerte manche vielleicht an den legendären Satz des TV-Moderators Hans-Joachim Kulenkampff, als dieser einen Stromausfall in seiner Show kommentierte: „Wie Sie sehen, sehen Sie nichts.“ Als NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (Bild) am 20. August 2021 die Grundzüge der neuen Krankenhausplanung in einer Pressekon-

ferenz vorstellte, gab es für die Medienvertreterinnen und -vertreter viele wichtige Informationen – aber eben noch keine konkreten Auswirkungen für einzelne Krankenhäuser zu sehen. Denn dieser Schritt an die Öffentlichkeit stand zwar am Ende eines langen Prozesses mit mehr als 50 Sitzungen und sehr viel Arbeit dazwischen. Aber bis die Krankenhausplanung sich vor Ort greifbar niederschlägt, dürfte schon der Jahreswechsel nach 2023 eingeläutet sein.

Das Bemerkenswerteste zu diesem Zeitpunkt: Minister Laumann konnte den Rahmen für einen 2019 begonnenen Paradigmenwechsel vorlegen, den sein Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit der KGNW, den Ärztekammern und den Krankenkassen entwickelt hatte. Und zwar im Konsens, ohne dass eine Seite vom Tisch aufgestanden wäre. Schon deshalb war dieser Zeitpunkt ein Meilenstein. Und wegen des damit verknüpften Wandels: Nicht mehr eine Bettenzahl pro 100.000 Menschen, sondern in medizinischen Zusammenhängen strukturierte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sollen künftig über die Krankenhausversorgung in den Regionen entscheiden.

Intensive Beratungen mit dem Blick auf die Praxis

Innerhalb der KGNW war die Arbeit an der neuen Krankenhausplanung eine echte Querschnittsaufgabe für alle Referate, auch wenn die entscheidenden inhaltlichen Fragen neben der Spitze insbesondere die Referate „Finanzierung

und Planung“ und „Medizin“ intensiv beschäftigt haben.

Darum geht es: Das MAGS will die bisherige Vorgehensweise zur Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen zukünftig grundlegend umstellen. Das Bett soll als kapazitätsbestimmende Größe in den Hintergrund treten. Die Krankenhausplanung erfolgt zukünftig über Leistungsbereiche und Leistungsgruppen. Leistungsbereiche bilden dabei den übergeordneten medizinischen Rahmen. Sie dienen der Strukturierung der Leistungsgruppen, über die einem Krankenhausstandort der Versorgungsauftrag zugeteilt wird. Jedem Leistungsbereich werden dazu eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeordnet. Der Zuschnitt der Leistungsbereiche orientiert sich an den Gebieten der Weiterbildungsordnungen für die Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Die Leistungsgruppen bilden das zentrale Steuerungselement der neuen Krankenhausplanung, über die auch die



Zuteilung des Versorgungsauftrages erfolgt. Hierbei wird zwischen allgemeinen und spezifischen Leistungsgruppen unterschieden.

Der Entwurf des neuen Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen führt auf über 380 Seiten im „Allgemeinen Teil“ den rechtlichen Rahmen, eine Versorgungsanalyse und Versorgungsziele sowie die Planungsgrundsätze auf. Der „Besondere Teil“ enthält die Planungssystematik, die Bedarfsermittlung und -prognose in der Somatik, die somatischen

Leistungsbereiche und -gruppen, die psychiatrische und psychosomatische Bedarfsermittlung und -prognose sowie deren Leistungsbereiche und -gruppen, die Zentrumsplanung und entsprechende Anhänge. Insgesamt soll damit eine differenzierte Planung in 32 Leistungsbereichen und 64 Leistungsgruppen erfolgen. Die Bestimmung der jeweils angemessenen regionalen Planungsebene musste deswegen ebenfalls differenzierter vorgenommen werden. Deswegen wurde für jede Leistungsgruppe eine regionale Planungsebene bestimmt.

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ziele

- von der Bettenplanung zur leistungsorientierten Planung
- von der Rahmenplanung zur differenzierten Planung steuerungsrelevanter Bereiche
- von der Qualitätsorientierung zur Planung mit überprüfbaren Qualitätsmerkmalen
- von pauschalen Erreichbarkeitsvorgaben (km-Angaben) zu differenzierten Erreichbarkeitszielen (Autominuten)
- Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in der Grundversorgung
- mehr Koordination und Aufgabenteilung in der Spezialversorgung
- transparentere, datengestützte, zügigere Planungsverfahren

→ **Gestaltende Landeskrankenhausplanung**

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Leistungsgruppensystematik



Plangröße: **Fallzahl je Leistungsgruppe** (mit Schwankungsbreiten)

Nachrichtlich wird weiter das Bett ausgewiesen (Grund: Bundesvorgaben, Rettungsdienst)

Allen Leistungsgruppen werden jeweils qualitative Anforderungen zugeordnet (Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien), beispielsweise die Anzahl vorzuhaltender Fachärztinnen und Fachärzte oder 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 der Qualitätskriterien ab. Besondere Regelungen gelten in den Gebieten „Innere Medizin“ und „Chirurgie“. Die konkrete Bewertung erfolgt erst im Rahmen der regionalen Planungsverfahren, die im Jahr 2022 beginnen sollen.

Allerdings hat die KGNW immer wieder die Auswirkungen der diskutierten Festlegungen in einem Simulationsmodul abgebildet, das den einzelnen Krankenhäusern eine Orientierung darüber gab, was mit der neuen Planungssystematik auf sie zukommen kann.

Umstrittene Etappe im März 2021: ein Planungsgesetz ohne Plan

Der politische Weg zur neuen Krankenhausplanung nahm im Jahr 2021 konkrete Züge an: Der Landtag beschloss am 3. März mit den Stimmen der CDU-FDP-Koalition die Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes. Nachdem die KGNW schon im Vorjahr regelmäßig ihre Anforderungen, unter denen sie sich weiter an den Verhandlungen beteiligte, kommuniziert hatte, kritisierte sie die Verabschiedung als „übereilt“. Solange die Konturen der angekündigten Krankenhausplanung nicht ausreichend erkennbar seien, verfolgte das Gesetz ein unbestimmtes Ziel. „Ohne praxistaugliche Kriterien, an welchem Bedarf die stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten vor Ort künftig ausgerichtet wird, bleibt das Gesetz nicht mehr als eine leere Hülle. Über die entscheidenden Fragen indes, welche medizinischen Behandlungen ein Krankenhaus in Zukunft noch anbieten darf, besteht aber weiterhin Unklarheit“, sagte der damalige KGNW-Präsident Jochen Brink.

Mit dem damals verabschiedeten Gesetz sei der Einstieg in eine an Leistungsgruppen ausgerichtete Krankenhausplanung legitimiert worden, deren Auswirkungen fast vier Monate nach Einbringung in den Landtag noch immer in wesentlichen Punkten unklar seien. „Die Frage, nach welchen Parametern der regionale Bedarf ermittelt wird, ist bis heute unbeantwortet“, stellte Jochen Brink fest. „Es wäre aber ein schwerer Fehler, die wirtschaftlichen Folgen für das einzelne Krankenhaus zu unterschätzen. Eine Reform der Krankenhausplanung kann nur mit den Krankenhäusern und bestimmt nicht gegen sie funktionieren.“ Überdies berge eine zu detaillierte Aufsplitterung der Leistungsgruppen und -bereiche die Gefahr, dass die wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten auf der Strecke bleibe.

Meilenstein im August 2021: Minister Laumann präsentiert Grundzüge der neuen Krankenhausplanung

Am 20. August 2021 endlich war es soweit: Nachdem Gesundheitsminister Laumann die Grundzüge der künftigen Krankenhausplanung erst morgens dem Landesausschuss für Krankenhausplanung vorgestellt hatte, folgte mittags eine auch bundesweit stark beachtete Pressekonferenz. Immerhin begleitete das nordrhein-westfälische Vorhaben von Anfang an der Gedanke, dass dieser neue Ansatz später auch eine Blaupause für andere Bundesländer werden könnte. An dieser Pressekonferenz beteiligten sich auch die beiden Ärztekammern, die Krankenkassen und die KGNW.

„Der bis jetzt festgelegte Rahmen der Krankenhausplanung fußt auf vielen Kompromissen, die insbesondere von den Krankenhäusern ein großes Entgegenkommen erfordern“, betonte KGNW-Präsident Jochen Brink. Dies sei durch eine intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten und die Überwindung anfänglicher Hürden möglich geworden. „Der jetzt vorliegende Entwurf des Krankenhausplans beweist aus unserer Sicht, dass die Fragen einer zukünftigen Versorgungsstruktur am tragfähigsten in den Bundesländern und in den Regionen beantwortet werden

können.“ Für die KGNW stand von Anfang an fest: „Die neue Krankenhausplanung kann und wird nur funktionieren, wenn sie auch mit ausreichenden finanziellen Mitteln unterfüttert ist.“ Brink verwies darauf, dass jede Veränderung an den bestehenden Versorgungsstrukturen unweigerlich erhebliche Kosten für die betroffenen Häuser auslöse. Im konkreten Einzelfall könne die neue Planungssystematik auch dazu führen, dass einzelne Abteilungen oder einzelne Standorte geschlossen werden. Der KGNW-Präsident betonte: „Das wird viel Geld kosten. Für die Akzeptanz des Plans bei den Krankenhausträgern und ebenso in der Öffentlichkeit ist es unerlässlich, dass die Landesregierung die dafür erforderlichen Mittel bereitstellt.“ Dies dürfe aber nicht zulasten der Investitionsförderung geschehen.

Der Minister und die Fachebene des MAGS erläuterten darüber hinaus in einer KGNW-Informationsveranstaltung wenige Tage nach der Pressekonferenz den KGNW-Mitgliedern die Grundzüge der neuen Krankenhausplanung. Mit einem Sachstandsbericht informierte der Minister eine Woche später den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages über die Vorstellung der Grundzüge der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen.

Anhörung im Ausschuss: Der Landtag hat das letzte Wort

Als letzter wichtiger Schritt auf dem Weg zur neuen Krankenhausplanung musste der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages zu den Rahmenvorgaben angehört werden. Nachdem Gesundheitsminister Laumann die Abgeordneten am 30. August 2021 zunächst mündlich unterrichtete, stellte er dem Ausschuss am 24. September den Entwurf der Rahmenvorgaben zur Verfügung.

Im Rahmen der Beratung nahm der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 1. Dezember 2021 eine Sachverständigenanhörung vor. Hierzu wurde auch die KGNW um eine Stellungnahme gebeten. Auch diese Gelegenheit nutzte KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum dazu, die Forderung nach einer verlässlichen Finanzierung für die Kosten zu erneuern, die aus der neuen Krankenhausplanung entstehen werden. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Abteilungen oder ganze Häuser geschlossen werden, sagte er auf Nachfrage. Gerade aber im ländlichen Raum sei es unwahrscheinlich, dass dort viele Kliniken betroffen seien. Essenziell für den Erfolg der Planung sei die vereinbarte Evaluation des Umsetzungsprozesses, damit dringend benötigte Krankenhausstandorte nicht in Schiefelage geraten. In der politischen Debatte befürchteten Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion zahlreiche Schließungen von Krankenhausstandorten.

Regionale Verfahren starten 2022

Die abschließende Befassung des Ausschusses wurde für das Frühjahr 2022 erwartet. Im Anschluss wird dann die formelle Einsetzung des Krankenhausplans und anschließend die Umsetzung in den regionalen Planungsverfahren für die 16 Versorgungsgebiete in NRW erfolgen.



NEU GEPLANTE ZENTREN ÜBERNEHMEN KOMPLEXE VERSORGUNG

Ende 2019 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten beschlossen, die am 1. Januar 2020 in Kraft getreten sind. Das MAGS hat in verschiedenen Fortschreibungen des Krankenhausplans die krankhausplanerische Verankerung im Hinblick auf die zuschlagsfähigen Zentren nach den G-BA-Zentrums-Regelungen für den Krankenhausplan NRW geregelt.

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

- Zentren für seltene Erkrankungen,
- Onkologische Zentren,
- Herzzentren,
- Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie,
- Traumazentren,
- Neurovaskuläre Zentren,
- Lungenzentren,
- zeitlich bis zum 31. März 2022 befristet: Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren).

Im neuen Krankenhausplan NRW werden insgesamt zehn Zentren in einem eigenen Kapitel berücksichtigt, die in landeseigene Zentren (Zentren für HBO/Hyperbare Sauerstofftherapie, Zentren für hochkontagiös erkrankte Patientinnen und Patienten und Zentren für Schwerbrandverletzte) und den oben genannten Zentren nach den G-BA-Zentrums-Regelungen unterschieden werden. Das Land setzt „bei allen ausgewiesenen Zentren die Bereitschaft zur Teilnahme am Virtuellen Krankenhaus voraus. So wird die Bereitstellung der zentrumseigenen Expertise für andere Krankenhäuser ermöglicht.“

Darüber hinaus sollen im neuen Krankenhausplan die Transplantationen und die Perinatalzentren über Leistungsbereiche und differenzierte Leistungsgruppen geplant werden.



(v.l.n.r.) Tom Ackermann (AOK NordWest), Dr. Hans-Albert Gehle (Ärztekammer Westfalen-Lippe), Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW), Dirk Ruiss (vdek NRW), Karl-Josef Laumann (NRW Gesundheitsminister), Matthias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg), Rudolf Henke (Ärztekammer Nordrhein)



Zum 1. April 2021 begannen 44 Auszubildende der DRK-Kinderklinik Siegen, des Kreisklinikums Siegen und der Marien Gesellschaft Siegen im gemeinsamen Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe

(BiGS) auf dem Wellersberg ihre Ausbildung in den Pflegeberufen

Gesundheitsförderung, Personalplanung, Pflegekammer

Mehr Mitsprache beim Personaleinsatz und als Berufsgruppe

Sie sind weiterhin so begehrt wie rar: erfahrene Kräfte in der Pflege. Viele Stellen bleiben offen. Weil es wichtig ist, die vorhandenen Fachleute zu unterstützen, werden zahlreiche Schritte zur Gesundheitsförderung unternommen. Zugleich geht es darum, mehr Nachwuchs auszubilden und eine überarbeitete Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) einzuführen. Innerhalb der KGNW kümmert sich das Referat Medizin um verbandsspezifische Fragen, betreut Gremien, sitzt in Ausschüssen und Kommissionen.

Die Altersstruktur der Bevölkerung spiegelt sich auch in den Kliniken wider. Weil das Personal immer älter wird, stehen

Maßnahmen wie betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und die generelle Gesundheitsförderung im Fokus. Ebenso soll lebensphasengerechtes Arbeiten – beispielsweise durch eine höhere Flexibilität des Stellenumfanges, der Dienstplangestaltung und des konkreten Arbeitsplatzprofils – öfter möglich sein. Am 22. Juni 2022 stehen vielfältige Aspekte der betrieblichen Gesundheitsförderung auf der Agenda der Fachtagung „Pflege Wert“ – unter Mitwirkung der KGNW.

Die Bedürfnisse der Älteren sind das eine. Das andere ist der realistische Blick auf den Nachwuchs. Seit Langem initiiert

und stützt die KGNW Kampagnen wie „Mach Karriere als Mensch!“, damit sich mehr Menschen pflegerisch ausbilden lassen. Um den Personalnotstand abzufedern und ein breiteres Tätigkeitsfeld zu öffnen, gibt es seit 2020 eine generalistische Pflegeausbildung. Sie führt die bisher getrennte Altenpflegeausbildung, Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung zusammen: Auf dem Abschlusszeugnis steht künftig „Pflegefachfrau/-mann“. 105.006 Auszubildende gab es laut Statistischem Bundesamt (Destatis) 2021. Ihre Zahl ist trotz Corona leicht gestiegen: Plus sieben Prozent im Vergleich zu 2020, fast drei Viertel davon sind weiblich.

Personalplanung – zurück in die Kliniken

Doch Zeitdruck, körperliche Belastung und Schichtdienst bleiben im Arbeitsalltag. Sie haben sich in der Pandemie weiter verschärft, etwa durch krankheits- oder quarantänebedingte Ausfälle sowie durch die Fluktuation der Pflegekräfte.

Damit sich die Situation verbessert, sollen durch ein zeitnah eingeführtes Pflegepersonalbemessungsinstrument (PPR 2.0), welches das bedarfsgerechte Pflegepersonal ermittelt, die Personalkosten für die Pflege am Bett refinanziert werden.

PPR 2.0 steht für eine überarbeitete Form der Pflegepersonalregelung aus dem Jahr 1992, die unter anderem noch in den Kalkulationskrankenhäusern angewendet wird. Sie soll bis zur Entwicklung eines vollständig neuen Pflegepersonalbemessungsinstruments den einrichtungsspezifischen Personal- und diesbezüglichen Finanzierungsbedarf objektivieren und damit zu einer Entlastung des Pflegepersonals beitragen. Erarbeitet wurde sie im Zuge der Konzertierte Aktion Pflege vom Deutschen Pflegerat (DPR), von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Gewerkschaft Verdi.

Für den DKG-Vorstandsvorsitzenden Dr. Gerald Gaß reicht der aktuelle Pflegepersonalquotient nicht aus, um eine bedarfsorientierte Personaldecke sicherzustellen. Er sei genau wie die Personaluntergrenzen das Instrument einer nicht mehr nachvollziehbaren Überreglementierung und Bürokratisierung, sagt Dr. Gaß.

Die PPR 2.0 kompakt erklärt

Unter pflegewissenschaftlicher Begleitung wurde die bisherige Pflegepersonalregelung (PPR) an die heutige Versorgungssituation angepasst: Täglich werden alle Patientinnen und Patienten anhand jeweils vier Leistungsstufen der allgemeinen sowie der speziellen Pflege klassifiziert. Jeder Stufe sind neu berechnete Minutenwerte zugeordnet. Zudem erfasst der Grundwert beispielsweise die Ablauforganisation und der Fallwert solche Vorgänge wie die Aufnahme oder Entlassung. So ergibt sich für jede Patientin und jeden Patienten ein Zeitwert, der in Summe den Pflegepersonalbedarf des Hauses abbildet.



Ein Dank für die Pflege: Die Nachbarschaft des Clemenshospitals Münster spendete im Mai 2021 den Pflegekräften Pizza-Gutscheine

Seitens der KGNW wurden zuletzt Hinweise für die praktische Anwendung der PPR 2.0 sowie eine Empfehlung für Anwendungsvorschriften versandt. Das Thema ist alltagsnah in der Broschüre zur Bundestagswahl 2021 erklärt: Es wird gefordert, die Pflegepersonaluntergrenzen durch diese Bedarfsbemessung zu ersetzen und erfahrenen Pflegenden mehr Personalverantwortung zu übertragen. Nun kann es tatsächlich schnell gehen: Die Ampel will sich für die zügige Einführung des Instruments einsetzen.

Das ist dringend notwendig. Schon jetzt sprechen DKG, DPR und ver.di von einem bundesweiten mittel- bis langfristigen Mehrbedarf von 40.000 bis 80.000 Pflegekräften.

Mit der PPR 2.0 würde der Pflegepersonalbedarf einrichtungsspezifisch, im Sinne eines Ganzhausansatzes, ermittelt und nicht am „grünen Tisch in Berlin“ und in einer abstrakten Stationszuordnung.

Pflegekammer – Sprachrohr für 200.000 Menschen

Das Gesundheitssystem aus Perspektive der Pflegefachkräfte mitgestalten – darum geht es bei der Einrichtung der Pflegekammer in NRW, die seit 2006 diskutiert wird. Die größte Berufsgruppe im Krankenhaus mit geschätzt 200.000 Fachpersonen in Nordrhein-Westfalen soll eine stärkere Stimme in der Gesundheitspolitik bekommen. „Der tägliche hochmotivierte Einsatz der Pflegekräfte in unseren 344 Krankenhäusern in NRW ist eine tragende Säule für eine gute Versorgung unserer jährlich rund 4,6 Millionen Patientinnen und Patienten. Wir unterstützen die Gründung einer Pflegekammer als Interessenvertretung“, erklärte KGNW-Präsident Jochen Brink.

Die Wahl der Pflegekammer erfolgt im Oktober 2022. Die Kammerversammlung ist dann das Parlament der Pflegefachleute und Ansprechpartnerin für Politik, Presse und Dritte.

Was macht die Pflegekammer?

Aufgaben

- Berufsordnung entwickeln
- Qualitätsrichtlinien festlegen
- Aus- und Weiterbildungen koordinieren

Meilensteine



2. Bedarfsgerechte Personalausstattung ermöglichen

Die Krankenhäuser fordern, dass die Politik die Pflegepersonaluntergrenzen durch ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument ersetzt und dem Pflegepersonal mehr Verantwortung überträgt.

Ausgangslage

Gut ausgebildetes und motiviertes Personal ist die Basis für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in den Krankenhäusern. Eine gute Personalausstattung ist für die Krankenhäuser daher essenziell.

Risiken

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflege, droht in den kommenden Jahren der entscheidende limitierende Faktor in der Versorgung zu werden. Bereits heute können Krankenhäuser freie Stellen häufig nicht besetzen. Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Aktivitäten in der kommenden Legislaturperiode muss daher stehen, die Personalsituation zu verbessern. Dies gilt nicht nur für das Pflegepersonal, sondern gleichermaßen für Ärztinnen und Ärzte, IT-Fachkräfte und die weiteren Gesundheitsberufe im Krankenhaus.

Das brauchen die Krankenhäuser

Der Personaleinsatz muss im Verantwortungsbereich der Krankenhäuser liegen. Dort lassen sich eine effiziente und am Versorgungsbedarf orientierte Arbeitsorganisation und die Aufgabenverteilung am besten entscheiden. Die Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer jetzigen Form sind deshalb durch das im Auftrag der Konzertierte Aktion Pflege von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di konzipierte Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument zu ersetzen. Damit soll im Bereich der Pflege auf den Stationen des Krankenhauses der Pflegebedarf gemessen werden, um die Pflegepersonalausstattung stufenweise daran auszurichten. Die Krankenhäuser erwarten zudem, dass die Kosten für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vollständig refinanziert werden.

Erfahrene Pflegefachpersonen können mehr, als sie heute dürfen. Die Aufgaben der Pflege sind in Deutschland stark abgegrenzt von jenen der Ärztinnen und Ärzte. Dies schmälert die Attraktivität des Berufsbildes in der Pflege. Selbst akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte können ihr Know-how nur bedingt in der Versorgung einbringen. Die Krankenhäuser plädieren dafür, ihnen mehr Verantwortung zu übertragen.



KGNW-Broschüre zur Bundestagswahl 2021 fordert: „Bedarfsgerechte Personalausstattung ermöglichen“

Im Dialog bleiben

Bereitschaft zur Organspende weiter erhöhen

Postmortale Organspenden gehören zu den Themen, die der KGNW besonders und seit Langem am Herzen liegen. Denn es gibt nach wie vor viel weniger Menschen, die sich für eine Organspende entscheiden, als Erkrankte, die auf ein lebensrettendes Organ warten. Das Referat Medizin ist in Arbeitsgruppen auf der Bundesebene tätig und arbeitet aktiv im NRW-Fachbeirat der Deutschen Stiftung Organtransplantation sowie in weiteren Gremien auf der Landesebene zur Förderung der Organspende mit.

933 Menschen haben 2021 nach ihrem Tod Organe gespendet. In ganz Deutschland. Das sind 11,2 Spenderinnen und Spender pro eine Million Einwohner, rechnet die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) vor. In Nordrhein-Westfalen waren es im gleichen Zeitraum laut Netzwerk Organspende NRW 206 Organspenderinnen und -spender. 601 Organe konnten entnommen werden. Gleichzeitig befinden sich aber circa 9.000 schwer kranke Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten zu einer Organtransplantation. Nicht wenige von ihnen sterben leider, bevor ihnen ein Organangebot gemacht werden kann.

Daten, die nachdenklich stimmen und die KGNW darin bestärken, ihr Engagement stetig zu vertiefen – nicht nur am Tag der Organspende und in etablierten Netzwerken, sondern auch in Stellungnahmen und konkreten Maßnahmen. Es geht darum, die Bevölkerung noch mehr zu informieren und aufzuklären, ebenso die Beschäftigten in den Kliniken zu sensibilisieren und qualifizieren.

In einer schriftlichen Stellungnahme zur Novellierung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG NRW) gegenüber dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) begrüßte die KGNW im Juni 2021, dass im damals vorliegenden Entwurf die wichtigen Aufgaben der Transplantationsbeauftragten auf mehrere

qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Krankenhauses übertragen werden könnten und hierbei in der Intensivmedizin erfahrene Pflegefachkräfte explizit eine Berücksichtigung fänden. Auch die Konkretisierung der Fortbildungserfordernisse sei grundsätzlich sinnvoll, jedoch müssten entsprechende Fortbildungsangebote, zum Beispiel der Ärztekammern und der zukünftigen Pflegekammer in NRW, verlässlich sichergestellt werden.

Hilfreich sind weiterhin die von der KGNW mitentwickelten Software-basierten Unterstützungsangebote zum Organ-spendeprozess in den Krankenhäusern.

Wichtig im Klinikalltag: Wie können potenzielle Spenderinnen und Spender frühzeitig erkannt werden? Nur dann sind rechtzeitig Gespräche mit Angehörigen sowie die weiteren vorbereitenden Maßnahmen möglich. Wie in vielen Bereichen helfen dabei mehr Transparenz und ein strukturierter Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten, damit insbesondere die Angehörigen eine optimale Betreuung erhalten.

Ohne das hohe individuelle und institutionelle Engagement aller Prozessbeteiligten geht es nicht. Alle Mitgliedskrankenhäuser sind aufgerufen, den eingeschlagenen Weg weiterzugehen und sämtliche Maßnahmen zur Förderung der Organspende zu intensivieren.



Aktionswoche Organspende an der Uniklinik Köln im September 2021



Wanderausstellung des Netzwerks Organspende NRW

Tag der Organspende

Seit 1982 ist der erste Samstag im Juni der bundesweite Tag der Organspende. 2021 fand er am 5. Juni pandemiebedingt vor allem virtuell statt unter dem Motto: „Entscheide dich“. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) appellierte, sich frühzeitig mit der individuellen Bereitschaft zu beschäftigen, denn laut MAGS sind allein in Nordrhein-Westfalen jährlich etwa 2.000 Personen auf einer Warteliste. Die meisten hoffen auf eine Nierentransplantation.

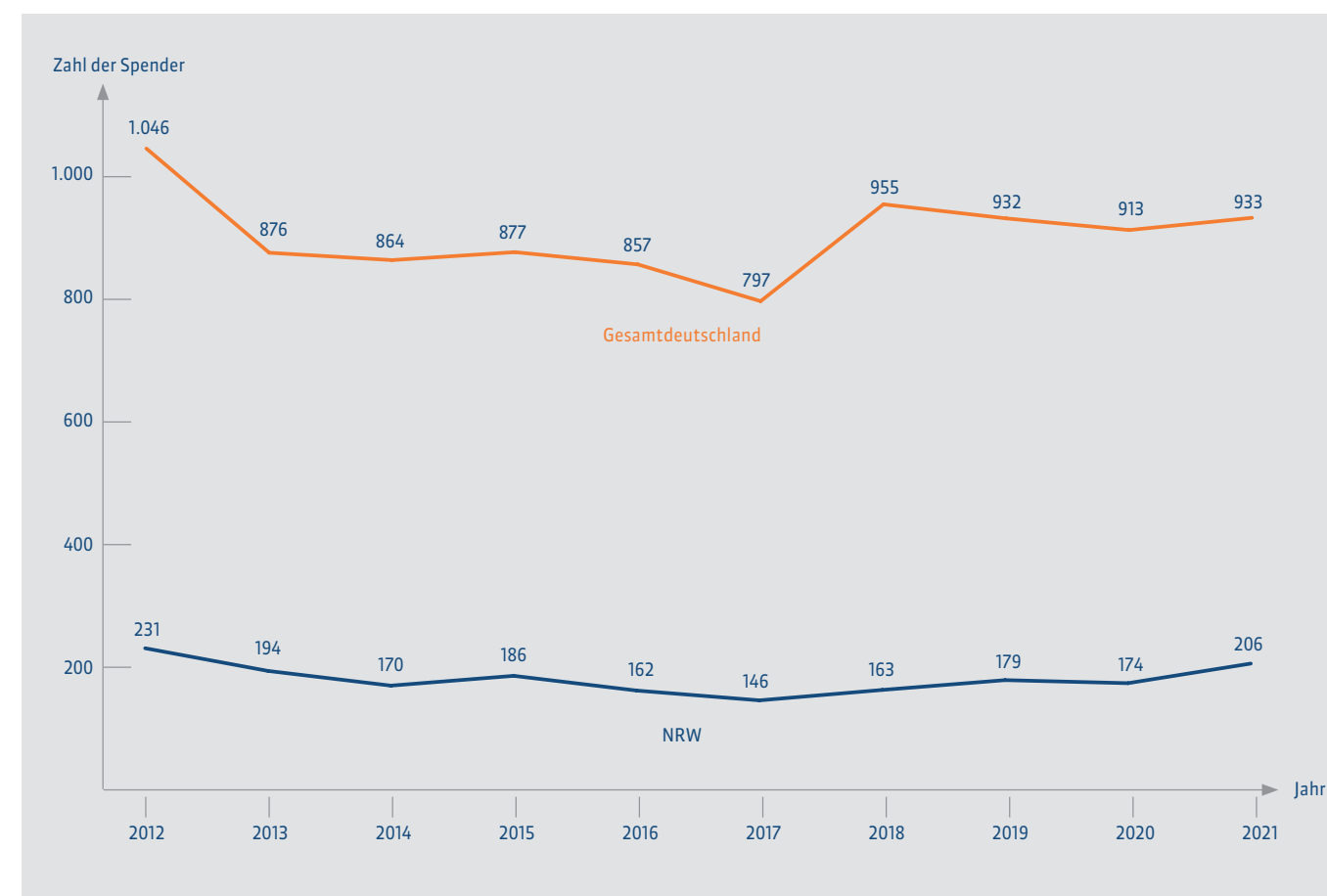
Wer sich früh und bewusst für oder gegen eine solche Spende entscheide und dies dokumentiere, behalte die Entscheidungshoheit über diese sehr persönliche Frage und schütze zugleich die Angehörigen, diese Entscheidung später in einer krisenhaften Situation am Bett eines sterbenden Familienmitgliedes oder Freundes treffen zu müssen, so NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. Diesen Aufruf unterstützt die KGNW.

Das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende soll die Aufklärung der Bevölkerung ver-

tiefen und hierbei unter anderem Hausärztinnen und -ärzte sowie Behörden einbinden. Das hiermit einhergehende Organspenderegister wird bedauerlicherweise aufgrund technischer Probleme vermutlich erst 2023 zur Verfügung stehen.

Gesamtgesellschaftlich muss die Thematik noch stärker in den Mittelpunkt rücken. Deshalb beteiligt sich die KGNW seit Jahren an den wichtigen Initiativen und Veranstaltungen des Netzwerks Organspende. Das Netzwerk Organspende, in dem sich zahlreiche Selbsthilfeorganisationen engagieren, verfolgt das Ziel einer relevanten Erhöhung der Organspenden. Dies soll durch eine bessere Zusammenarbeit aller an der Organspende beteiligten Organisationen, einen regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch, öffentlichkeitswirksame Aktivitäten sowie Angebote zur Information und Qualifizierung der Mitgliedsorganisationen erreicht werden. Neben der KGNW wird das Netzwerk Organspende in einem Beirat durch die Ärzte- und Apothekerkammern in NRW, die DSO und die Arbeitsgemeinschaft der Transplantationsbeauftragten unterstützt.

Postmortale Organspender in Gesamtdeutschland und NRW



Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und Frauen

Besonders Verletzliche schützen, Spuren sichern



Frauen und Kinder zuerst! Dieser Verhaltenskodex an Bord eines Schiffes ist nicht ohne Grund entstanden. Dahinter steht das Ethos, die besonders Verletzlichen auch besonders zu schützen. Krankenhäuser bilden einen geschützten Raum, insbesondere für Kinder, Jugendliche und Frauen. Die KGNW, konkret das Referat Medizin, setzt sich unter anderem ein für frühzeitige und individuelle Beratungen, interdisziplinäre Netzwerke, den Schutz vor Missbrauch und Gewalt sowie Kooperationen zur anonymen Spurensicherung (ASS).

Ist der Nachwuchs auf der Welt, beginnt eine neue Lebensphase – mit vielen Fragen. Da rund 99 Prozent aller Kinder in Krankenhäusern geboren werden, erreichen besonders sie viele Familien während der Schwangerschaft und Geburt. Dieses Zeitfenster nutzen Lotsendienste für beratende Gespräche, um passgenaue Angebote für junge Eltern zu vermitteln.

Weil die ersten Lebensjahre eines Kindes für dessen Entwicklung maßgeblich sind, soll hier nichts versäumt werden. Lotsinnen und Lotsen erkennen einen eventuellen Unterstützungsbedarf, machen Eltern auf interdisziplinäre Beratungen aufmerksam und begleiten diese auf Wunsch auch. Geschätzt wird ihr fachlicher Rat ebenso beim Ausfüllen der vielen Anträge und Formulare. Gefördert vom Landesprogramm „kinderstark – NRW schafft Chancen“ und der Bundesstiftung „Frühe Hilfen!“ tragen diese Dienste zu einem sorgenfreien Aufwachsen bei.

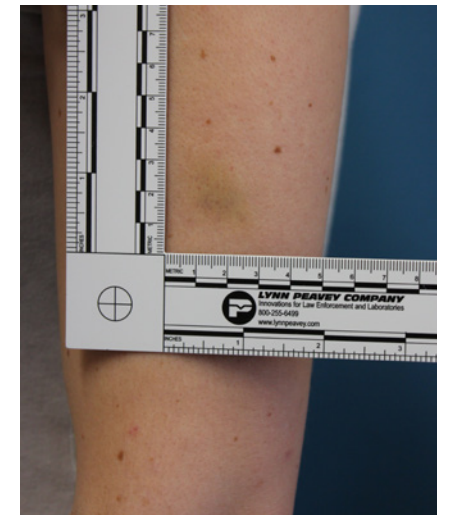
Voneinander lernen

Auch der Austausch untereinander ist wichtig: Darum verwies im April 2021 eine KGNW-Pressemitteilung auf die virtuelle Informationsveranstaltung zweier Landesjugendämter: „Lotsendienste in Geburtskliniken“ am 3. Mai 2021. Sie richtete sich an Koordinatorinnen und Koordinatoren, an Fachkräfte der Jugend- und Gesundheitshilfe sowie an weitere Interessierte.

Im September 2021 fand ein Austauschtreffen der Lotsendienste in Geburtskliniken statt: Die nordrhein-westfälischen Ministerien für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration (MKFFI) sowie für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) luden dazu ein. Sie ermöglichten Lotsinnen und Lotsen sowie koordinierenden Personen ein kollegiales Fachgespräch, zusammen mit den Landesjugendämtern des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) und des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) sowie dem

Deutschen Krankenhausinstitut (DKI).

Sind all diese Dienste ähnlich oder ganz unterschiedlich aufgebaut? Eine Onlinebefragung, die das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) zu Lotsendiensten in Geburts- und Kinderkliniken in NRW im Auftrag des MKFFI durchführt, soll diese Frage beantworten. Ein Blick in die Geschichte: Nachdem in NRW von 2010 bis 2012 in einem Landesmodellprogramm die Lotsendienste in den Geburts- und Kinderkliniken erprobt wurden, haben viele Kommunen und Krankenhäuser das Konzept umgesetzt. Die Umfrage soll ermitteln, wie die einzelnen Modelle strukturiert sind, und gleichzeitig hemmende Faktoren identifizieren, die bisher dafür gesorgt haben, ein solches Angebot nicht zu etablieren. Die KGNW unterstützt diese Studie und warb deshalb dafür, an der initialen Befragung teilzunehmen. Die Ergebnisse werden voraussichtlich im Sommer 2022 veröffentlicht.



Die Fotodokumentation nimmt neben der schriftlichen Dokumentation bei der Anonymen Spurensicherung einen entscheidenden Stellenwert ein (hier Beispiel-Fotografien des Projekts iGOBSIS/Intelligentes Gewaltopfer-Beweissicherungs- und Informationssystem)

ASS – Anonyme Spurensicherung

Ein weiteres großes Thema neben der Prävention: Bestmögliche Hilfe, wenn es zu Gewalt und Missbrauch gekommen ist. Viele Opfer wenden sich direkt an Ärztinnen und Ärzte. Neben Diagnostik, Versorgung und erster Beratung ist es wichtig, Beweise (anonym) gerichtsfest zu sichern und zu dokumentieren. Fehlen diese, kann es im Extremfall später zu einem Freispruch kommen.

Das Kürzel ASS steht hier für Anonyme Spurensicherung. Selbst wenn zunächst keine Anzeige erfolgt, werden – etwa in Notaufnahmen der Krankenhäuser – Spuren von häuslicher und sexueller Gewalt gesichert. Das erleichtert die mögliche Strafverfolgung.

Wichtig an ASS ist, dass die Angebote unabhängig vom Geschlecht für alle Opfer sexualisierter Gewalt offenstehen.

Gewaltopfern kann zudem effektiver geholfen werden, wenn alle Hilfeangebote gut vernetzt sind. Die derzeit mehr als 30 regionalen Netzwerke zur ASS bestehen aus

- Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt,
- Frauenberatungsstellen,
- Opferschutzeinrichtungen,
- rechtsmedizinischen Instituten,
- Kliniken und
- niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die teils ehrenamtlich arbeiten.

Rechtlicher Hintergrund



Ein Versorgungsanspruch besteht: Ergänzend wurde im Masernschutzgesetz vom 10. Februar 2020 (BGBl. I 2020, Seite 148) die Abrechnung der vertraulichen Spurensicherung mit den Krankenkassen eingeführt. Mit der Neuregelung des § 132k SGB V sollen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit dem Land sowie mit einer ausreichenden Anzahl von Einrichtungen Verträge schließen. In NRW begannen 2021 die bundesweit ersten Verhandlungen hierzu, an denen die KGNW beratend beteiligt ist. Das NRW-Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung verantwortet gemeinsam mit dem MAGS dieses gesetzliche Anliegen sowie das Thema Opferschutz.



KGNW
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

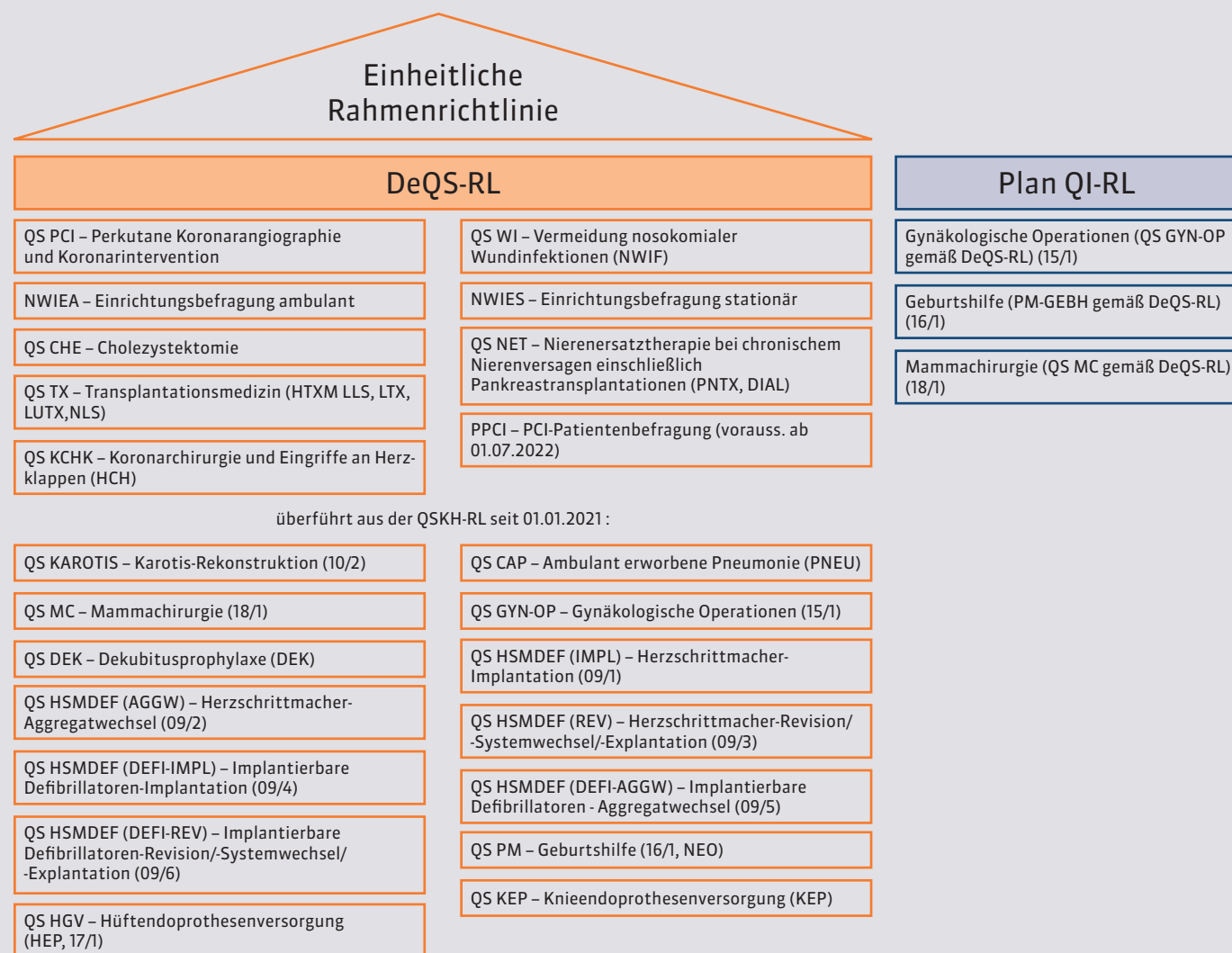
RÜCKBLICK 2021



Datenannahme, Indikatoren, Portale, Richtlinien, Mindestmengen und MD Krankenhaus-Qualitätssicherung im Zeichen einer „neuen Normalität“

Im Bereich von Qualitätssicherung und -management warteten 2021 auf die NRW-Krankenhäuser große Herausforderungen. Dazu ergänzte die Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS-KH) bei der KGNW in Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern eine neue, über das DeQS-NRW-Portal (Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung) erreichbare Plattform. Die Medizinischen Dienste erhielten seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mehr Kontrollmöglichkeiten. Überdies ging CIRS-NRW, das erste landesweite, einrichtungs- und sektorenübergrei-

fende Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Gesundheitsversorgung, eine neue Kooperation ein. Die Mindestmengenregelungen für planbare stationäre Leistungen änderten sich. Bei der KGNW begleitet das Referat „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“ die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen im Bereich „Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement“. Das Referat initiierte mehrere Netzwerkveranstaltungen und Fachtagungen, darunter den 15. Krankenhaus-Qualitätstag, diesmal mit der Rekordteilnehmerzahl von rund 200.



Neue Aufgaben für die Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS-KH)

Auf die Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS-KH) warteten im Rahmen der Regelungen zum Qualitätsbericht (Qb-R) und der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI-RL) zum Erfassungsjahr 2021 neue Aufgaben.

Zur Erinnerung: Zum 1. Januar 2021 war die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus (QSKH-RL) außer Kraft getreten und in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt worden. Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 17. Dezember 2020 erfolgte eine umfangreiche Neustrukturierung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) für das Berichtsjahr 2020. Zukünftig sind die DeQS-Datenannahmestellen als neue Akteure in die Übermittlung des Kapitels C1 (Ergebnisse der datengestützten Qualitätssicherung) des Qualitätsberichts der Krankenhäuser eingebunden.

Bei der Einschätzung und Erstellung der Ergebnisse bildet jeweils eine Referenztafel eine wichtige Basis. Diese muss die DAS-KH dem IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – regelmäßig übermitteln. Die Referenztafel enthält alle an den planungsrelevanten QS-Verfahren teilnehmenden Standorte.

Über eine Schnittstelle vom DeQS-NRW-Portal, das im Februar 2021 einen Relaunch erfuhr, zum Qb-C1-Kommentierungsportal gelangten die Ergebnisse der im C1-Teil des Qualitätsberichts zu veröffentlichen Qualitätsindikatoren bis zum 15. November 2021 über die DAS-KH – in Kooperation mit dem BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit als technischem

Dienstleister – zu den Krankenhäusern, differenziert nach Dokumentationsraten und QS-Ergebnissen. Bis zum 30. November 2021 hatten die Krankenhäuser die Möglichkeit, ihre Ergebnisse im Portal zu prüfen und zu kommentieren.

Diese Kommentare der Krankenhäuser leitete die DAS-KH am 1. Dezember 2021 an das IQTIG, das auf Bundesebene zuständig ist, und an die LAG-Geschäftsstelle, auf Landesebene verantwortlich, weiter. Rückmeldungen trafen bis zum 10. Dezember 2021 ein. Fristgerecht bis zum 15. Dezember 2021 übermittelte die DAS-KH die Datensätze an die Annahmestelle Qb.

Mit der Überführung der landesbezogenen QSKH-Verfahren ging ein sprunghafter Anstieg der Aufgaben der DAS-KH in die DeQS-RL einher. Im Erfassungsjahr 2021 erhöhte sich die Anzahl der Qualitätssicherungsverfahren in der DeQS-Richtlinie auf nunmehr 15 QS-Verfahren mit 38 Auswertungsmodulen. Damit steigt auch die Zahl der von der DAS-KH anzunehmenden Datensätze, bereitzustellenden Rückmeldeberichte und zu organisierenden Stellungnahmeverfahren. **In NRW waren 334 Krankenhäuser in die Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung einbezogen. In den 16 landesbezogenen Leistungsbereichen wurden 768.724 Datensätze an die Geschäftsstelle QS-NRW im Erfassungsjahr 2020 zur Auswertung übermittelt. Wie in den Vorjahren lag in NRW die Vollständigkeit der gelieferten Datensätze 2020 mit 100,7 Prozent unverändert hoch.**

Erleichterung brachte, dass der G-BA wie im Vorjahr aufgrund der COVID-19-Pandemie auch 2021 einige QS-Vorgaben außer Kraft setzte, Fristen und Ausnahmeregelungen verlängerte.



CIRS-NRW geht neue Kooperation ein



CIRS-NRW ist das erste und bis jetzt einzige landesweite einrichtungs- und sektorenübergreifende internetbasierte Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Gesundheitsversorgung. Es startete 2012. Projektpartner sind die KGNW, die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Apothekerkammern Nordrhein

und Westfalen-Lippe. Auf www.cirs-nrw.de können alle Professionen der Gesundheitsversorgung in NRW über „kritische Ereignisse“ bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten berichten.

Seit 2021 haben die CIRS-NRW-Partner dabei einen neuen Kooperationspartner. Konkret übernahm die Bundesärztekammer (BÄK) die in einer Dienstleistungsvereinbarung mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität vereinbarten Aufgaben. Die BÄK wird künftig die im CIRS-NRW-Portal eingestellten Berichte bearbeiten und kommentieren. Der Vertrag läuft zunächst bis zum 30. Juni 2023.

Mindestmengenregelungen für planbare stationäre Leistungen geändert

Der G-BA beschloss 2017 eine Neufassung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für planbare stationäre Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Danach reicht es nun für die Festlegung einer Mindestmenge aus, dass die Studienlage auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hinweist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) änderte noch Mitte Dezember 2020 einige Mindestmengenregelungen (Mm-R) für planbare stationäre Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Allerdings galten für bestimmte Bereiche Übergangsregelungen:

Das betraf

- Eingriffe an der Speiseröhre (Ösophagus): ab 2023 von 10 auf 26 erhöht. Für 2021 und 2022 galt weiterhin eine Mindestmenge von 10 Eingriffen pro Jahr und Standort. Außerdem ließen sich 2021 die bisherigen OPS-Kodes einbeziehen.
- Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht unter 1.250 Gramm: von 14 auf 25 je Standort erhöht. 2021 und 2022 galt übergangsweise jeweils eine Mindestmenge von 14, für 2023 gilt eine Mindestmenge von 20 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

- Nierentransplantationen (inklusive Lebendspende): bleibt bei 25 Operationen pro Jahr und Krankenhausstandort, aber die Liste der in die Mindestmenge einbezogenen OPS-Kodes wurde angepasst. 2021 konnten im Rahmen der Prognosedarlegung für 2022 zur Berechnung der Leistungsmenge gemäß § 3 Abs. 1 und 2 Mm-R des vorausgegangenen Kalenderjahres 2020 und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres 2021 die bisherigen OPS-Kodes einbezogen werden, um die Mindestmengen zu erfüllen.
- Kathetergestützte Aortenklappenimplantationen (TAVI): 2021 noch nicht abgeschlossen.

Außerdem wurde die Liste der in die Mindestmenge einbezogenen OPS-Kodes angepasst. 2021 gab es keine weiteren Entscheidungen über neue Mindestmengen oder Leistungsbereiche. Die KGNW bringt sich im Rahmen ihrer Mitarbeit in der DKG-Arbeitsgruppe Mindestmengen in die Beratungen ein und informiert ihre Mitglieder regelmäßig über die neuen Entwicklungen im Regelungsbereich Mindestmengen.



Herzoperation am EVK Niederrhein

G-BA ermöglicht Medizinischen Diensten mehr Kontrollen

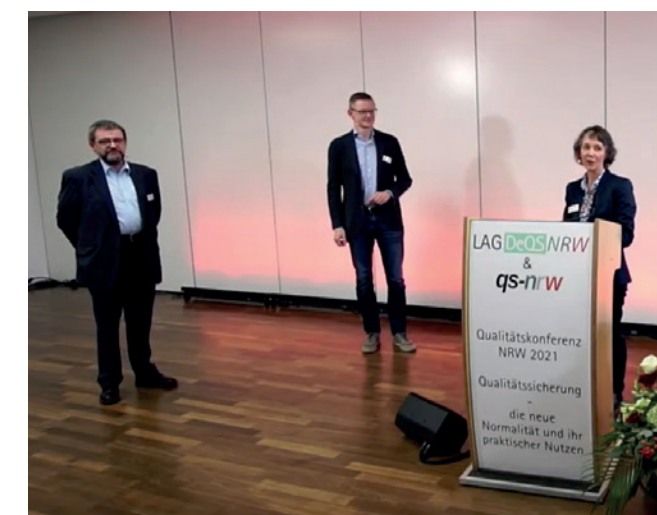
Durch das Krankenhausstrukturgesetz hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), jetzt „Medizinische Dienste (MD)“, das Recht zu prüfen, ob die Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §§ 135b und 136 bis 136c SGB V sowie die Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung eingehalten werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Allgemeinen Teil der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) grundsätzlich geregelt.

Der Beschluss vom 17. Juni 2021 erweiterte den Geltungsbereich des Abschnitts 2 „Kontrolle der Einhaltung der

Qualitätsanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ Teil B MD-QK-RL zunächst um vier methodenspezifische Richtlinien. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die MD-Qualitätskontrollen befristet bis zum 30. Juni 2021 ausgesetzt. Qualitäts- oder Dokumentationsmängel, die bei den MD-Prüfungen festgestellt werden und beispielsweise Sanktionen nach sich ziehen sollen, sind vom G-BA – zunächst im Grundsatz – in der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) festgeschrieben. Die konkreten Sanktionsmaßnahmen müssen noch in den spezifischen QS-Richtlinien festgelegt werden. Die KGNW informierte auch 2021 regelmäßig und zeitnah darüber.

Sektorenübergreifende Qualitätskonferenz NRW hochkarätig besetzt

Bereits zum dritten Mal fand am 7. Oktober 2021 die sektorenübergreifende Qualitätskonferenz der Lenkungsgruppen QS NRW und DeQS NRW statt. Die Hybridveranstaltung (online und in der Halle Münsterland in Münster) hatte mehr als 300 Teilnehmende. Das Motto: „Qualitätssicherung – die neue Normalität und ihr praktischer Nutzen“. Schwerpunktthemen waren die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sowie die Qualitätsergebnisse unter anderem aus den QS-Verfahren der Chirurgie, Orthopädie und Kardiologie sowie in Bezug auf postoperative Wundinfektionen. Die Auswirkungen der Pandemie zeigten Sonderanalysen zur Versorgung von Neugeborenen, zur Fallzahlentwicklung in der Orthopädie und zur ambulant erworbenen Pneumonie. An der Fragerunde waren die Kassenärztlichen Vereinigungen, die KGNW, die Krankenkassen, Patientenvertreterinnen und -vertreter, die Ärztekammern, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW beteiligt.



(v. l. n. r.) Dr. Heinz-Jürgen Adomeit, Leitung Standort Münster der Geschäftsstelle LAG DeQS NRW bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Matthias Kohnle, Nephrologisches Zentrum Mettmann, Dr. Catharina Döring-Wimberg, Geschäftsstellen LAG DeQS NRW und QS-NRW

15. Krankenhaus-Qualitätstag NRW mit Rekordteilnehmerzahl

2021 veranstaltete die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) den Krankenhaus-Qualitätstag bereits zum 15. Mal, diesmal wieder in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), erneut digital. Das sorgte am 17. Juni für die Rekordteilnehmerzahl von rund 200, der Großteil davon Beschäftigte im Qualitätsmanagement der NRW-Krankenhäuser. Im Fokus standen Entwicklungen im Qualitätsmanagement (QM) und in der Qualitätssicherung der Kliniken sowie ihre Herausforderungen in der Umsetzung. Das Programm umfasste drei Themenblöcke:

- Neue Aufgaben für das Medizinmanagement
- Neues zu den DeQS-Verfahren und Qualitätsberichten
- Wie sieht die „Neue Normalität“ des QMs nach der Pandemie aus?

Besonders der erste Themenblock rund um die Kontrollen der Krankenhäuser durch den neu organisierten Medizinischen Dienst (MD), zuvor „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)“, löste eine breite Diskussion aus. Deutlich wurde: Viele Strukturqualitäts-Richtlinien des

G-BA sorgen für Unsicherheit. Dr. Peter Dinse vom Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe stellte klar: „Wir werden die Herausforderungen gemeinsam meistern. Dieses ‚Gemeinsam‘ ist mir auch sehr wichtig. Wir alle wollen nicht die Versorgung gefährden.“ Für die Rahmenbedingungen der Kontrollen sei jedoch der G-BA verantwortlich. Die ersten MD-Kontrollen betreffen die Anforderungen zu den Notfallstrukturen. Bereits in diesem Jahr sollen 20 Prozent aller Krankenhäuser geprüft werden – „eine Herkules-Aufgabe“ für den MD, wie Eröffnungsdredner Matthias Blum, Geschäftsführer der KGNW, es nannte.

Ein weiterer Themenblock drehte sich um die „Neue Normalität“ des Qualitätsmanagements nach der Pandemie. Die vorgestellte GQMG-Mitgliederbefragung zeigte, dass das Qualitäts- und Risikomanagement sehr häufig in das Corona-Krisen-Management eingebunden war und hier seine große Stärke, Veränderungen zu strukturieren und erfolgreich anzupassen, unter Beweis stellte. Ein Beispiel bildet der Bereich Digitalisierung, der dadurch enormen Auftrieb erfahren habe, beispielsweise bei internen Prozessen.

Politik und Kommunikation für die NRW-Krankenhäuser

Patientenversorgung im Fokus – Wahlen im Blick

Eine enorme Aufmerksamkeit verbunden mit hoher Wertschätzung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – Corona hat die Wahrnehmung der Krankenhäuser verändert. Sie sind wieder mittendrin im öffentlichen Bewusstsein als wichtiger Baustein der Daseinsvorsorge. Es ist ein positiver Aspekt aus der COVID-19-Krise, der durch die an Fahrt gewinnende politische Debatte über die Krankenhausplanung, durch den Bundestagswahlkampf und die 2022 bevorstehende Landtagswahl in NRW verstärkt wird. Daraus entstanden ist auch ein Selbstverständnis, das sich in einem neuen,

erstmals zur Bundestagswahl 2021 verwendeten Slogan ausdrückt: „Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: Auf uns kommt es an. Sichere Säule der Patientenversorgung.“ Daseinsvorsorge ist wieder ein Wert.

Natürlich hat die Corona-Pandemie mit ihren Wellen und Virus-Mutationen sowohl sehr viele Medienanfragen ausgelöst als auch die politische Debatte geprägt, in der sich auch die KGNW positionieren musste. Dabei ging es immer wieder um eine vorrangige Impfung des Pflegepersonals, um die Lage auf den Intensivstatio-

nen sowie um die angespannte wirtschaftliche Situation der Kliniken (mehr dazu im Kapitel „NRW-Krankenhäuser im zweiten Corona-Jahr“). COVID-19 überlagerte zwar zeitweise andere Themen – aber verdrängte sie nicht. Dafür standen zu viele drängende Herausforderungen auf der Agenda. Insbesondere die neue Krankenhausplanung, die NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann im August 2021 der Öffentlichkeit vorgestellt hat, erfuhr im politischen Raum große Aufmerksamkeit (mehr dazu im Kapitel „Nordrhein-Westfalen denkt die Krankenhausplanung neu“).

Politik für Krankenhäuser: zwei wichtige Wahlen im Blick

Das positive Image der Krankenhäuser und das neue Bewusstsein für eine starke Daseinsvorsorge bildeten eine sehr gute Ausgangslage für zwei wichtige politische Weichenstellungen, die sehr gut vorbereitet sein wollten. Am 26. September 2021 wurde ein neuer Bundestag gewählt, doch auch die gründliche und langfristige

Vorbereitung der NRW-Landtagswahl im Mai 2022 warf ihre Schatten voraus. Die Pandemie machte das erforderliche Netzwerken dabei zum Vabanquespiel: Zahlreiche Veranstaltungen fielen aus oder fanden in Hybridform statt, das heißt, es waren wenige Teilnehmer vor Ort, die Mehrheit saß vor dem Bildschirm zu Hause oder im Büro.



Expertise der KGNW gefragt: Geschäftsführer Matthias Blum im Fernsehinterview



DKG-Kampagne rollt durchs Berliner Regierungsviertel

Bundestagswahl: DKG-Kampagne „FAiR – Diskutieren, entscheiden, handeln.“

Im Vorfeld der Bundestagswahl gehörte der regelmäßige Austausch mit anderen Mitstreiterinnen und Mitstreitern im Gesundheitswesen, ebenso aber mit politischen Vertreterinnen und Vertretern zu den permanenten Aktivitäten der KGNW-Spitze und damit auch des Referats „Politik, PR und Presse“. Es galt, immer wieder Verständnis für die Anliegen der Krankenhäuser zu wecken – und zwar in grundsätzlichen, strukturellen Belangen, die weit über die Pandemie hinausreichen.

Deshalb unterstützte die KGNW die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) initiierte Kampagne „FAiR – Diskutieren, entscheiden, handeln.“ Diese war bereits 2020 gestartet und hatte das Ziel, eine lösungsorientierte, konzertierte Zusammenarbeit auf Augenhöhe innerhalb des Gesundheitssystems zu stärken, gemeinsam mit allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren. Der Dreiklang „FAiR – Diskutieren, entscheiden, handeln.“ sollte das Interesse der DKG – und seiner Träger, darunter der KGNW – an fairen und vor allem auch konkreten Lösungen sowie deren Umsetzbarkeit im deutschen System der Selbstverwaltung unterstreichen. Teil dieser Kampagne bildete am 20. September 2021 die digitale und interaktive Diskussionsveranstaltung „Fair – Heute diskutieren wir“. Sie richtete sich an alle Mit-

arbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern und stellte provokant die Themen Pflege, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Hierarchien und Ökonomisierung in den Fokus.

- Forum „Betten pflegen nicht“: Welche Bedeutung hat die Pflege im Krankenhaus? Als systemrelevant wurde sie über Monate bezeichnet, aber ist sie es wirklich und wird sie auch entsprechend wertgeschätzt?
- Forum „Das bisschen Haushalt“: Wie lassen sich Beruf und Familie im Schichtdienst vereinbaren? Geht Teilzeit auch im Krankenhaus?
- Forum „Eminenzbasierte Medizin – ein Mythos oder noch immer Realität?“. Wie arbeiten wir im Krankenhaus zusammen? Wie steht es um Delegation und Substitution?
- Forum „Darf's ein Knie mehr sein?“. Darf man mit Medizin Geld verdienen? Schließen Medizin und Ökonomie sich aus?

Zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus deutschen Krankenhäusern, auch aus NRW, brachten sich bereits im Vorfeld mit Fragen oder Statements zu den Themen per Video, Sprach- oder als Textnachricht ein.

Bundestagswahl 2021: KGNW-Broschüre rückt Themen für NRW ins Blickfeld



Zwar hat die DKG den Krankenhäusern im Zuge der Kampagne viel Material zur Verfügung gestellt. Doch die KGNW setzte als Dachverband der Krankenhausträger im größten Bundesland eigene Akzente.

Die KGNW positionierte sich deshalb im anlaufenden Wahlkampf und richtete sich in einer eigens dazu aufgelegten Broschüre an die nordrhein-westfälischen Bundestagsabgeordneten und die Kandidatinnen und Kandidaten. Der Titel transportierte erstmals den neuen Slogan: „Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: Auf uns kommt es an. Sichere Säule der Patientenversorgung.“ Die Broschüren schickte die KGNW den Abgeordneten der auslaufenden Legislaturperiode direkt zu und stellte sie zugleich den NRW-Krankenhäusern zur Verfügung, um in den Dialog mit ihren Wahlkreis-Kandidierenden zu treten.

In der Broschüre zeigte die KGNW auf, wie die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sich als sicherer Partner für die gesundheitliche Versorgung der Menschen in diesem Land, gerade in Pandemie-Zeiten, bewährt haben. Diese Rolle erwarte die KGNW auch für die Zukunft und forderte die nächste Bundesregierung zu wichtigen Weichenstellungen auf.

Mit allen bis Mitte August 2021 mehr als 91.000 stationär versorgten Corona-Patientinnen und -Patienten hatte sich die bestehende Krankenhausstruktur in NRW zum damaligen Zeitpunkt bewährt: 90 Prozent von ihnen konnten wohnortnah auf Isolier- und Intensivstationen versorgt werden. Auf diesen Erfahrungen wollten die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser aufbauen. Sie waren bereit, an der Weichenstellung an einer am Patientinnen- und Patientenwohl, an Qualität und medizinischem Fortschritt orientierten Gesundheitsversorgung der Zukunft mitzuwirken. Dabei legten sie großen Wert darauf, dass die Krankenhausplanung weiterhin Aufgabe der Länder bleibt, die sehr viel besser die regionalen Anforderungen kennen. Das gelte besonders unter dem Aspekt gleichwertiger Lebensverhältnisse. Aber auch die nächste Bundesregierung werde wegweisende Entscheidungen treffen müssen. Mit Blick auf die Wahl des 20. Deutschen Bundestags sah die KGNW dafür sieben Handlungsfelder:

- Gesundheitsversorgung ohne Hürden – ambulant und stationär: Die Krankenhäuser forderten, dass die Politik die heute starren Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung auflöst.
- Bedarfsgerechte Personalausstattung ermöglichen: Die Krankenhäuser forderten, dass die Politik die Pflegepersonaluntergrenzen durch ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument ersetzt und dem Pflegepersonal mehr Verantwortung überträgt.
- Digitalisierung beschleunigen: Die Krankenhäuser forderten, dass die Politik den Krankenzukunftsfonds in die Investitionsregelfinanzierung überführt und dauerhaft einen Zwei-Prozent-Digitalisierungszuschlag auf alle Krankenhausrechnungen ermöglicht.

- Verlässliche Versorgung braucht eine gesicherte Finanzierung: Die Krankenhäuser forderten, dass die Politik in einem zukunftsfähigen Vergütungssystem die Vorkhaltung bedarfsnotwendiger Versorgungsangebote stärker berücksichtigt, die permanente Notfallversorgung sicherstellt und den Kliniken die Ausweitung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten ermöglicht.
- Gezielt in Nachhaltigkeit investieren: Die Krankenhäuser forderten, dass die Politik ein Sonderprogramm für energetische Sanierung und Beschaffung moderner Anlagen auflegt und den Kliniken eine nachhaltige Finanzierung, beispielsweise von digitaler Infrastruktur und von Sicherheit, ermöglicht.
- Die psychische Gesundheit stärken: Die Krankenhäuser forderten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ überarbeitet und die Mindestvorgaben für Kliniken auf Basis einer am Patientenbedarf orientierten Systematik ermöglicht.
- Weniger Bürokratie bei höchster Qualität: Die Krankenhäuser forderten, dass die Politik einen neuen Expertenbeirat zum Abbau von Bürokratie in Kliniken beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einberuft und die Patientinnen- und Patientensicherheit in der gesetzlichen Qualitätssicherung als zentralen Leitgedanken verankert.

Aus vielen Krankenhäusern gab es positive Rückmeldungen auf die Broschüre. Sie lieferten damit wertvolle Erfahrungen für die Vorbereitung auf die Landtagswahl.

Mit Amtsantritt der neuen Bundesregierung formulierte die Ampel-Koalition eine Reihe von Reformzielen für das Gesundheitswesen, die von direktem Belang auch für die NRW-Kliniken sein werden. Die KGNW hat deshalb frühzeitig erste Kontakte zu den nordrhein-westfälischen Abgeordneten im neu formierten Gesundheitsausschuss geknüpft. Denn insbesondere die NRW-Krankenhausplanung wird viele direkte Bezüge zur Bundespolitik schaffen.

Landtagswahl 2022: Vorbereitung im Schatten der Pandemie

Parallel zur Bundestagswahl begannen früh die internen Vorbereitungen auf die Landtagswahl am 15. Mai 2022. Von Anfang an hat auch hier die positive Bewertung der Daseinsvorsorge die Konzeption begleitet. Doch obwohl Corona an vielen Stellen die Zusammenarbeit der amtierenden schwarz-gelben Landesregierung mit den Oppositionsfraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen im Landtag erfordert hat, zeigte sich früh ein Wettbewerb um das beste Konzept im Land für eine künftige Krankenhauspolitik. CDU und FDP setzten natürlich weiter auf den neuen Krankenhausplan, dem insbesondere die SPD sehr skeptisch gegenüberstand.

Derweil begannen Bündnis 90/Die Grünen frühzeitig, einen eigenen Kurs festzulegen. Im Frühjahr 2021 erarbeiteten Sie einen umfassenden Leitantrag, den die Landesdelegiertenkonferenz am 22. August 2021, nur zwei Tage, nachdem die Grundzüge der Krankenhausplanung veröffentlicht wurden, in Dortmund verabschiedete.

Während der Diskussion wurde unter anderem ein Video-Grußwort von KGNW-Vizepräsident Ingo Morell einge-



spielt. Schon im Vorfeld des Parteitag hörten die Fachpolitikerinnen und -politiker um den Landesvorsitzenden Felix Banaszak verschiedene Verbände des Gesundheitswesens an, um den Leitantrag mit Praktikern zu erörtern. Zu den um eine Stellungnahme gebeten Institutionen gehörte die KGNW. Die Positionen wurden später in einem Round-Table-Gespräch mit Vertretern der Kassen, von ver.di und mit Prof. Dr. Boris Augurzky diskutiert, an dem für die KGNW Ingo Morell und KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum teilnahmen. Der verabschiedete Leitantrag ließ wegen seiner Detailtiefe erwarten, dass die Grünen die möglicherweise stärksten Ambitionen auch im Bund auf das Gesundheitsministerium hätten – Stand vor der Wahl 2021. Es kam bekanntlich anders.

Für die KGNW war dieser Prozess hilfreich in der Vorbereitung auf die Landtagswahl. Es galt, ein inhaltliches Konzept, verschiedene Maßnahmen und Medien zu planen. Diese Vorbereitungen prägten für das Referat Politik – PR – Presse den Herbst 2021. Denn zum Jahresbeginn 2022 sollte es konkret werden.



Ingo Morell
Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft



Der Landtag NRW mit dem Fernsehturm

Landespolitik: Stellungnahmen im Landtag

Der nordrhein-westfälische Landtag hat immer wieder auch die KGNW als Stimme der NRW-Krankenhäuser zu Sachverständigenanhörungen hinzugezogen. Dabei ging es um unterschiedliche Fragestellungen, aber natürlich auch um die neue Krankenhausplanung (siehe Seiten 16 bis 19).

Der Haushalts- und Finanzausschuss (HFA) bat bei zwei Themen um die KGNW-Expertise. In einer schriftlichen Anhörung ging es im August 2021 um einen Antrag der SPD-Landtagsfraktion, 10 Milliarden Euro aus dem Corona-Rettungsschirm in einen „sozialen und wirtschaftlichen Neustart“ zu investieren – darunter auch in Krankenhäuser. Die KGNW hat auf die unverändert bestehende Ausnahme-situation der Krankenhäuser hingewiesen, zugleich die schon geschaffenen Hilfsprogramme gewürdigt und mit Blick auf die Krankenhausplanung die Betonung auf die Schaffung nachhaltiger Finanz- und Investitionsmittel gelegt. Die ausreichende Finanzierung der im Planungsprozess ausgelösten Veränderungen und Neuordnungen war zudem eine Schwerpunktforderung in der Anhörung des HFA zum Landshaushalt 2022. Dazu hat die KGNW eine Verpflichtungsermächtigung von mindestens 200 Millionen Euro für die kommende Legislatur vorgeschlagen. Dies fand keine Berücksichtigung. Ein zweiter Schwerpunkt galt der Forderung nach einer ausreichenden Investitionsförderung für die Krankenhäuser sowie dem Abbau des Investitionsstaus.

Deutlich öfter war die KGNW in den Expertenanhörungen des Landtagsausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales (AGS) gefragt. Im Februar 2021 ging es um einen SPD-Antrag, der eine Initiative zur Abschaffung der Fallpauschalen in der Kinder- und Jugendmedizin zum Ziel hatte. Die KGNW

hat deutlich formuliert, dass die Kinder- und Jugendmedizin für die Krankenhäuser defizitär ist. Veränderungen müssten aber grundlegend und zügig auf der Bundesebene angegangen werden. Insbesondere die Sicherstellungszuschläge könnten in NRW nicht angewandt werden.

Ein grundsätzlicher Antrag der SPD-Landtagsfraktion formulierte grundlegende Strukturen „für einen sozialen Neustart in der Gesundheits- und Pflegepolitik“. Die Inhalte dieses Antrags umrissen im Vorgriff auf die Landtagswahl den künftigen gesundheitspolitischen Kurs der SPD. In ihrer Stellungnahme sprach sich die KGNW für verstärkte Anstrengungen aus, um den Fachkräftemangel in der Pflege zu verringern. In Bezug auf die Warnungen der SPD vor einem „Kahlschlag in der Krankenhauslandschaft“ verwies die KGNW auf die kurz zuvor bekannt gegebenen Eckdaten der neuen Krankenhausplanung, bei deren Umsetzung auf die sichere Versorgung in allen Regionen zu achten sei. Auch müsse die ambulante Versorgung in den Krankenhäusern erleichtert werden, wie sie im Ausland längst Praxis sei. Auch diese Gelegenheit nutzte die KGNW, um die Abgeordneten auf die Lücken bei der Investitionsförderung hinzuweisen. Angesprochen wurde zudem eine notwendig nachhaltige Finanzausstattung für die beiden Zukunftsthemen Digitalisierung und Klimaneutralität.

Welche strukturellen Lehren aus der Corona-Pandemie zu ziehen sind, sollte das Parlamentarische Begleitgremium COVID-19-Pandemie des Landtags in vielen Expertengesprächen herausarbeiten. Die KGNW wurde unter anderem zu einem Fachgespräch über die Datenlage insgesamt und die Krankenhausdaten im Besonderen eingeladen.

Arbeitskreis „Rationale Antibiotika-Versorgung NRW“ des MAGS

Gemeinsam mit den Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, mit der Beauftragten der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen, Claudia Middendorf, den Kassenvertretern und mit den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe beteiligte sich die KGNW an einer Neuauflage der Antibiotika-Kampagne „Rationale Antibiotika-Versorgung NRW“ des Gesundheitsministeriums NRW (MAGS), diesmal im Hinblick auf das Thema „Harnwegsinfektionen“. In zahlreichen Online-Sitzungen entstanden ein gemeinsamer Flyer und ein Ideen-katalog, wie die Öffentlichkeit sich dafür sensibilisieren lässt. Die Krankenhäuser können hierbei als unterstützender Multiplikator dienen.



Appell zum Tag der Organspende

Zusammen mit dem MAGS rief die KGNW zum Tag der Organspende, der seit 1982 bundesweit an jedem ersten Samstag in Juni stattfindet, dazu auf, sich frühzeitig mit dem Thema zu beschäftigen. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) erklärte: „Entscheiden Sie sich frühzeitig und bewusst für oder gegen eine Organspende und dokumentieren Sie Ihre Entscheidung in einem Organspendeausweis. Damit behalten Sie die Entscheidungshoheit über diese sehr persönliche Frage. Zudem schützen Sie Ihre Angehörigen davor, im Zweifel in einer sehr belastenden Situation diese Entscheidung für Sie treffen zu müssen.“ Mehr Informationen zum Thema gibt es auf den Seiten 24 und 25.

Landesgesundheitskonferenz thematisiert Fachkräftegewinnung

Den sich in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung abzeichnenden Mangel an Fachkräften hat die Landesgesundheitskonferenz (LGK) 2021 in ihrem Abschlusspapier adressiert. Die KGNW hat ihr Präsident Jochen Brink bei der Präsenzveranstaltung am 11. November 2021 vertreten. Die LGK verbindet alle wichtigen Akteure des Gesundheitssystems. Die einstimmig verabschiedete Entschließung benennt die Herausforderungen für eine aktive Personalgewinnung und -bindung, es gibt zudem konkrete Handlungsempfehlungen in einzelnen Segmenten, darunter natürlich besonders auch für den Bereich der Pflege und der

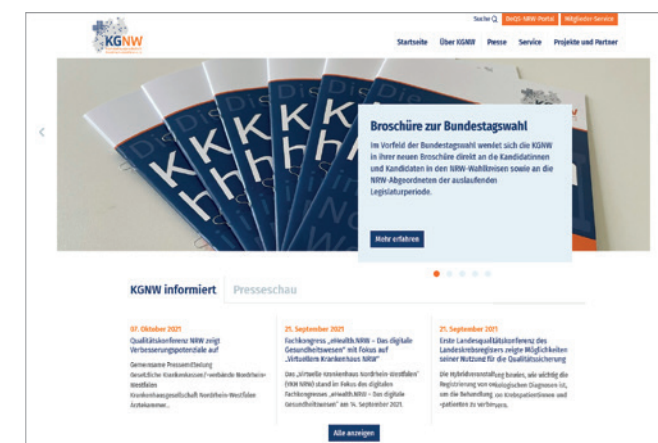
ärztlichen Nachwuchsgewinnung. Im Vorbereitungsausschuss der Konferenz hat das Referat V die KGNW vertreten und zudem in einer vorgeschalteten Arbeitsgruppe an der finalen Abschlusserklärung mitgewirkt. Mit Blick auf die fortschreitende Digitalisierung in den Krankenhäusern – ebenso in vielen anderen Sektoren – hat die KGNW den Fokus auf eine vielfältige Qualifizierung der Beschäftigten für digitale Aufgaben und auf die Gewinnung von IT-Experten für die Digitalisierung, die Anwendungen und die Strukturen gelegt.

Modernisierte Webseite und Networking per Social Media

Die Webseite der KGNW, abzurufen unter www.kgnw.de, erhielt ab 15. Februar einen Relaunch: inhaltlich überarbeitet, neu strukturiert und optisch sowie technisch modernisiert. Eine schnelle Orientierung, eine mühelos nutzbare Navigation und die Fokussierung auf das Wesentliche prägen das neue Internetangebot. Die Struktur ist gestrafft, die inhaltliche Bandbreite ist so umfassend wie zuvor. Dabei passt sich die Seite an das jeweilige Endgerät an. Über die Navigationsleiste gelangen registrierte User in die internen Bereiche des Mitglieder-Service und des DeQS-NRW-Portals. Regelmäßige Positionen und Neuigkeiten der KGNW, aus den NRW-Krankenhäusern sowie dem Gesundheitswesen sorgen für Aktualität.

Zudem nutzt die KGNW als Verband seit Ende März (Twitter) und Mitte April (Facebook) auch die sozialen Medien, um ihre Standpunkte zu vertreten und sich mit Partnern sowie Mitspielern im Gesundheitswesen zu vernetzen. Das erleichterte gerade das Networking zu Pandemie-Zeiten, in denen Präsenzveranstaltungen meist ausfielen. Besonders im Hinblick auf die zum damaligen Zeitpunkt bevorstehenden Wahlen auf Bundes- (2021) und Landesebene (2022) bot

Social Media eine perfekte Plattform, um schnell, sichtbar, direkt und zielgruppengerecht ohne breiten Streuverlust zu kommunizieren und seine Themen zu platzieren. Erste positive Erfahrungen hatte die Krankenhausgesellschaft im Rahmen der Hygieneinitiative „Keine Keime“ bereits 2019 auf Facebook gesammelt.



MD, ASV, Entlassmanagement, Wahlleistungen, Cookies

Die Paragrafen-Dschungel-Kliniken

Corona trifft Jura: Auch in rechtlicher Hinsicht war das Jahr 2021 wieder von den Entwicklungen rund um die COVID-19-Pandemie geprägt. Gesetzliche Regelungen wurden den dynamischen Situationen angepasst, Rechtsverordnungen permanent geändert. Das erhöhte den Informations- und Beratungsbedarf in den Krankenhäusern erheblich. Bei der KGNW war hierfür federführend das Referat „Recht und Personal“ zuständig.

Die Krankenhäuser und der Medizinische Dienst

Zum Alltag in den Krankenhäusern gehören die Prüfungen durch die Medizinischen Dienste (MD, ehemals Medizinische Dienste der Krankenkassen – MDK). Diese erfolgen insbesondere als Abrechnungsprüfungen,

Strukturprüfungen und Qualitätsprüfungen, bei denen eine Vielzahl an Formvorgaben zu beachten sind. Alle diese Prüfungen gehen dadurch mit einem großen bürokratischen Aufwand einher. Nach Angaben der DKG müssen Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal täglich bis zu vier Stunden für bürokratische Arbeiten aufbringen – Zeit, die bei der Patientin oder dem Patienten fehlt.

Grundlage dieser Prüfungen sind verschiedene gesetzliche und vertragliche Regelungen sowie die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Entscheidende gesetzliche Regelungen finden sich beispielsweise im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Darauf aufbauend wurden die Prüf-

verfahrensvereinbarung (PrüfvV) vertraglich zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) vereinbart, die Strukturprüfungsrichtlinie durch den MD-Bund (vormals Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, MDS) erlassen und die Beschlüsse des G-BA zu den Qualitätsprüfungen gefasst, die beispielsweise in der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) mündeten. Diese Regelungen wurden vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie oft angepasst oder verschoben. Hierauf mussten sich die Krankenhäuser häufig kurzfristig ein- und die organisatorischen Abläufe dementsprechend umstellen.



Dr. Gerald Gaß, DKG-Vorstandsvorsitzender, wirbt für weniger Bürokratie und mehr Zeit für Patientinnen und Patienten



Die DKG-Kampagne sorgte auch im Berliner Bahnhof für Furore



Der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn beim Krankenhausgipfel 2021

Das Hickhack um Strukturprüfungen

Voraussetzung, um bestimmte Leistungen abrechnen zu können, ist die erfolgreiche Prüfung von Strukturmerkmalen der sogenannten „abrechnungsrelevanten OPS-Kodes“ gemäß § 275d SGB V. „OPS“ ist der Operationen- und Prozedurschlüssel, um Operationen, Prozeduren und allgemein medizinische Maßnahmen zu klassifizieren, zu verschlüsseln und letztlich abzurechnen. Die Strukturmerkmale betreffen beispielsweise die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten oder des Pflegepersonals für eine bestimmte medizinische Behandlung oder die Frage, ob ein bestimmter Therapiebereich (wie Physiotherapie) dafür vorhanden ist. Die neue Regelung des § 275d SGB V wurde mit dem MDK-Reformgesetz zum 1. Januar 2020 eingeführt und sollte erstmalig im Jahr 2021 greifen. Das hätte bedeutet, dass Krankenhäuser im Jahr 2020 eine prospektive – in die Zukunft gerichtete – Strukturprüfung anhand einer vom MD-Bund zu erlassenen Strukturprüfungs-Richtlinie (StrOPS-RL) für das Jahr 2021 durchlaufen sollten und die relevanten Strukturmerkmale durch den MD geprüft werden. Haben Krankenhäuser diese Prüfung bestanden, erhalten sie eine positive Bescheinigung vom MD und dürfen die Leistungen abrechnen. Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz verschob die Strukturprüfungen jedoch um ein Jahr. Dies führte dazu, dass auch die StrOPS-RL zunächst nicht wie geplant erlassen wurde.

Problematisch wurde die Verschiebung dadurch, dass Krankenhäuser OPS-Kodes, die bereits erbracht wurden, bis zum 30. Juni 2021 zur Prüfung beantragen sollten. Die dafür erforderliche StrOPS-RL wurde seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) jedoch erst am 20. Mai 2021 genehmigt und am 27. Mai 2021 vom MD-Bund veröffentlicht. Erst ab diesem Zeitpunkt kannten Krankenhäuser konkret den Prüfungsablauf und die zum Nachweis vorzulegenden Unterlagen. Da für die Prüfung sehr umfangreiche Unterlagen bei sehr kurzen Übermittlungsfristen zusammenzustellen sind, sahen viele Krankenhäuser das als nicht leistbar an. Sie fühlten sich erheblich unter Druck gesetzt. Auf Betreiben der DKG konnte die Frist zur Beantragung der Prüfung jedoch bis zum 15. August 2021 verlängert werden, ohne dass Krankenhäusern Nachteile im Hinblick auf die Zahlung der Vergütung im Jahr 2022 entstehen sollten.

Zu einer weiteren Verschiebung – dieses Mal bei dem Versand der Bescheide – kam es aufgrund eines vom MD-Bund herausgebenden „Begutachtungsleitfadens“ und verschiedener Unstimmigkeiten bei der Auslegung der OPS-Kodes. Da das BMG das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angewiesen hatte, rückwirkende Klarstellungen in den OPS-Kodes vorzunehmen, wurden keine hiervon betroffenen Bescheide durch die MDen an die Krankenhäuser versandt. Die Klarstellungen des BfArM folgten im Oktober 2021 und galten rückwirkend ab 1. Januar 2021.

Neue Prüfverfahrensvereinbarung ab 1. Januar 2022

Die Abrechnungen von Krankenhäusern werden im Einzelfall ebenfalls vom MD geprüft. Dies erfolgt anhand der zwischen DKG und GKV-SV vereinbarten PrüfvV, die hierfür Frist- und Verfahrensregelungen vorgibt. Durch verschiedene Neuregelungen infolge des MDK-Reformgesetzes in den hierfür entscheidenden Regelungen in § 275c SGB V und § 17c Abs. 2 KHG wurde auch eine Anpassung der PrüfvV erforderlich.

Die Corona-Pandemie verzögerte jedoch die dafür notwendigen Verhandlungen zwischen GKV-SV und der DKG, bevor die Verhandlungen Anfang 2021 aufgrund inhaltlicher Differenzen ganz scheiterten. Folge: Festsetzung durch die Schiedsstelle.

Am 22. Juni 2021 setzte die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG die überarbeitete Fassung der PrüfvV fest. Diese trat zum 1. Januar 2022 in Kraft. Neben Änderungen im Verfahrensablauf (beispielsweise bei Fristen, Unterlagenübermittlung, Rechnungskorrektur, Aufrechnung) wurden insbesondere Regelungen zur Durchführung des neuen, einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens getroffen. Das Erörterungsverfahren soll für Behandlungsfälle ab 1. Januar 2022 vor Erhebung einer Klage zwischen Krankenhaus und Krankenkasse durchgeführt, der einzelne Abrechnungsfall also im Vorfeld erörtert werden. Hinsichtlich der im Raum stehenden Präklusionswirkung (Ausschluss von Unterlagen im späteren Gerichtsverfahren) kommt dem Erörterungsverfahren damit eine herausragende Rolle zu.

Streitfall Prüfquote: Krankenkassen widersetzen sich der BMG-Klarstellung

Das MDK-Reformgesetz traf in § 275c Abs. 2 S. 6 SGB V eine bemerkenswerte Regelung: Demnach sind Krankenkassen berechtigt, auch nach Erreichen der Prüfquote vor Ende eines Quartals weitergehende MD-Prüfungen im Krankenhaus durchführen zu lassen. Voraussetzung: Der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses liegt unterhalb von 20 Prozent, oder es besteht begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung. Im Laufe des Jahres 2021 war festzustellen, dass Krankenkassen von der Ausnahmeregelung durchaus Gebrauch machten. Das war nach Auffassung von DKG und KGNW unzulässig. Die DKG bat daher das BMG um eine Klarstellung, dass diese Ausnahmeregelung erst mit Eingreifen der quartalsbezogenen, variablen Prüfquote – also ab 2022 – ziele. Das BMG schloss sich der Auffassung der Krankenhausgesellschaft an. Das Überschreiten der gesetzlichen Prüfquote von 12,5 Prozent im Jahr 2021 – gestützt auf die Ausnahmevorschrift des § 275c Abs. 2 S. 6 SGB V – sei rechtswidrig. Die Krankenkassen widersetzen sich jedoch in der Praxis zum Teil dieser Einschätzung des Bundesministeriums. Daraufhin informierte die DKG den MDS über das Schreiben des BMG. Zudem forderte sie den MDS auf, darauf hinzuwirken, dass Prüfungen, die die zulässige Prüfquote überstiegen, konsequent vom MD zurückgewiesen würden. Dieses Vorgehen lehnte der MDS ab. Da jedoch auch DKG/KGNW an ihrer Auffassung festhalten, wurde den Krankenhäusern unter anderem empfohlen, sich mit dem MD und der zuständigen Aufsichtsbehörde (hier Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) in Verbindung zu setzen.

Bei seltenen und komplexen Krankheiten: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach §116b SGB V stellt ein Behandlungsangebot für Patientinnen und Patienten mit seltenen oder komplexen Krankheiten dar. Um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, sieht die ASV eine Kooperation von Ärztinnen und Ärzten aus dem Krankenhaus- und dem vertragsärztlichen Bereich vor. Der G-BA hat dazu eine Richtlinie erarbeitet. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene klärt Vergütungs- und Abrechnungsfragen. Hohe bürokratische Hürden erschweren den Zugang zu dieser Versorgungsform für die Leistungserbringer.

Aktueller Sachstand (neue Beschlüsse des G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss 2021 weitere erkrankungsbezogene Anlagen zur Richtlinie Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL):

- Kopf- oder Halstumoren – in Kraft getreten am 6. Mai 2021
- Neuromuskuläre Erkrankungen – in Kraft getreten am 6. Mai 2021

Des Weiteren passte der G-BA am 18. März 2021 die Appendizes (Anlagen mit den jeweils erbringbaren Leistungen im Rahmen der ASV) an den aktuellen Ein-

Prüfung der Einhaltung der Notfallstrukturen: MD-Qualitätskontroll-Richtlinie ergänzt

Am 17. Dezember 2020 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Ergänzung der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL), um die Einhaltung der Mindestvorgaben der Notfallstrukturen zu kontrollieren. Die Kontrolle erfolgt auch hier wieder durch den MD. Anhaltspunkte für die Beauftragung einer Kontrolle seitens der Krankenkassen können unter anderem Erkenntnisse aus den Abrechnungsprüfungen nach § 275c SGB V und Berichte Versicherter sein. Kontrollen erfolgen zudem aufgrund von Stichproben in den Kalenderjahren 2021 bis 2025 jeweils in Höhe von 20 Prozent der Grundgesamtheit aller Standorte, die Leistungen der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen erbringen. Im Oktober/November 2021 verschickte der Medizinische Dienst die ersten Kontrollberichte auf Basis von Stichprobenprüfungen an Krankenhäuser. Häufiger Streitpunkt war hier die 30-minütige Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten, die dann zu einer Negativbeurteilung durch den MD führte.

Die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen sind jedoch nicht in der MD-QK-RL selbst geregelt, sondern in der sogenannten „Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie“ (QFD-RL) des G-BA zu finden. Die QFD-RL legt in grundsätzlicher Weise ein gestuftes System von Folgen fest. Welche konkreten Folgen es hat, wenn Qualitätsanforderungen nicht eingehalten werden, regeln die jeweiligen Richtlinien oder Beschlüsse des G-BA. Für die G-BA Regelung zu den Notfallstrukturen ist diese Konkretisierung noch nicht erfolgt – bis dahin gelten die bisherigen Folgen. Dies kann für Krankenhäuser erhebliche Probleme bei der Budgetvereinbarung oder die Rückforderung von Vergütungen bedeuten.

heitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) an und beschloss weitere Änderungen in der ASV-RL und ihren Anlagen. In Kraft trat das am 7. August 2021. Dabei wurde in vielen Anlagen der Behandlungsumfang erweitert, außerdem die Teamstruktur – etwa in den Anlagen zu den gastrointestinalen Tumoren und den Tumoren der Bauchhöhle sowie zu rheumatologischen Erkrankungen – angepasst. Bei den rheumatologischen Erkrankungen strich der G-BA auf der Ebene der hinzuzuziehenden Facharztgruppen die Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Urologie ohne Übergangsfrist mit Inkrafttreten des Beschlusses. Bei den gastrointestinalen

Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle wurde die Fachgruppe Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie aus der Ebene der Hinzuzuziehenden in das Kernteam verschoben. Hier hatten betroffene Teams jedoch bis zum 1. Januar 2022 Zeit, diese Anpassung umzusetzen.

2021 liefen die Übergangsfristen für Altbestimmungen einiger Erkrankungsbereiche aus:

- Rheumatologische Erkrankungen (Kinder und Erwachsene) am 18. April 2021
- Urologische Tumoren am 25. April 2021
- Morbus Wilson am 11. April 2021
- Ausgewählte seltene Lebererkrankungen (Versorgung von Patienten mit biliärer Zirrhose, primär sklerosierender Cholangitis und Autoimmunhepatitis) am 15. August 2021

Bei fortbestehendem Interesse, solche ambulanten Leistungen zu erbringen, mussten Krankenhäuser eine Anzeige gegenüber dem jeweils zuständigen erweiterten Landesausschuss stellen.

Aktueller Umsetzungsstand (Tätigkeit der erweiterten Landesausschüsse in NRW)

Die KGNW prüfte 2021 in ihrem zuständigen Referat „Recht und Personal“ über 400 eingegangene Neu- oder Änderungsanzeigen. Das waren knapp 100 mehr als im Vorjahr. Die Gründe sind vielschichtig. So sind etwa einige Erkrankungsbereiche in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung überführt worden, zudem hat sich die personelle Zusammensetzung der ASV-Teams geändert. Darüber hinaus steigt der Umfang der Änderungsanzeigen, da immer mehr Großkrankenhäuser und Universitätskliniken mit großen ASV-Teams ihre Teilnahme an der ASV anzeigen und die Krankenhäuser Mehrfachbenennungen vornehmen. So wollen sie durchgehend vollständige ASV-Teams sicherstellen und den nachträglichen administrativen Aufwand reduzieren. Damit folgen sie einer KGNW-Empfehlung.

Die Anzeigen wurden 2021 durch die beiden Entscheidungsausschüsse

Übersicht ASV-Anzeigeverfahren in Nordrhein und Westfalen-Lippe

G-BA-Beschlüsse zur ASV		berechtigte Teams			Beschlüsse zu Anzeigen				Beschlüsse des Vorsitzenden			
G-BA-Anlage	Erkrankungsbild	Inkrafttreten [Ablauf Altbestimmungen]	NRW (gesamt)	Nordrhein	Westfalen-Lippe	Nordrhein		Westfalen-Lippe		Nordrhein	Westfalen-Lippe	
						Neuanzeigen	Änderungen	Neuanzeigen	Änderungen			
1.1a (TG 1)	Gastrointestinale Tumoren + Tumoren der Bauchhöhle	26.07.2014 [25.07.2017]	55	32	23	40	224	35	277	18	0	
1.1a (TG 2)	Gynäkologische Tumoren	10.08.2016 [09.08.2019]	42	20	22	26	116	22	130	17	0	
1.1a (TG 3)	Urologische Tumoren	26.04.2018 [25.04.2021]	25	16	9	17	43	10	36	7	0	
1.1a (TG 4)	Hauttumoren	11.05.2019 [10.05.2022]	2	3	1	3	4	1	2	1	0	
1.1a (TG 5)	Tumoren der Lunge und des Thorax	07.04.2020 [06.04.2023]	10	6	4	10	11	5	10	4	0	
1.1a (TG 5)	Kopf- oder Halstumoren	05.06.2021 [05.05.2024]	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
1.1b	Rheumatologische Erkrankungen	19.04.2018 [18.04.2021]	13	6	7	6	30	7	46	6	0	
2a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	24.04.2014 [23.04.2017]	16	9	7	13	10	7	24	0	0	
2b	Mukoviszidose	18.03.2017 [17.03.2020]	5	4	1	5	14	1	0	2	0	
2c	Hämophilie	04.07.2019 [03.07.2022]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2d	Neuromuskuläre Erkrankungen	06.05.2021 [05.05.2024]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2e	schw. immunologische Erkrankungen – Sarkoidose	07.04.2020 [06.04.2023]	8	5	3	5	4	3	2	4	0	
2h	Morbus Wilson	12.06.2018 [11.06.2021]	1	0	1	0	0	1	1	0	0	
2k	Marfan Syndrom	30.06.2015 [29.06.2018]	2	1	1	1	7	1	2	1	0	
2l	Pulmonale Hypertonie	01.06.2016 [31.05.2019]	14	6	8	6	17	10	34	1	0	
2o	Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	16.08.2018 [15.08.2021]	2	1	1	2	0	1	1	1	0	
Stand 31.12.21	NRW gesamt		197	110	88	135	480	104	565	62	62	
			Neuanzeigen 239			Änderungsanzeigen 1045						

der jeweiligen Landesteile – die verkleinerten Gremien der erweiterten Landesausschüsse – bis auf eine Online-Sitzung im schriftlichen Umlaufverfahren beschieden.

Beratungen und Konkretisierungen in der Selbstverwaltung

Die Geschäftsordnung im erweiterten Landesausschuss Nordrhein änderte sich, die KGNW begleitete den Vorgang. Der Ausschussvorsitzen-

de darf nun bei einfach gelagerten Änderungsanzeigen ohne Mitwirkung des Entscheidungsausschusses selbst über diese entscheiden (im Jahr 2021 bereits 62 Fälle – Stand: 31. Dezember 2021). Das reduzierte den Verwaltungsaufwand sowohl in der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Nordrhein als auch bei den Mitgliedern des Entscheidungsausschusses.

Entlassmanagement: Wie geht es nach dem Krankenhausaufenthalt weiter?

Eine Entlassung aus dem Krankenhaus erfordert eine gründliche Vorbereitung. Krankenhäuser müssen daher für Patientinnen und Patienten nach stationärer Behandlung ein „Entlassmanagement“ organisieren, wenn die Patientin oder der Patient darin eingewilligt hat. Dabei werden alle wichtigen Infos sowie Termine und Leistungen gebündelt veranlasst, die für die Nachsorge im ambulanten Bereich wichtig sind. Die Details regelt unter den Vertragspartnern (DKG, GKV-SV und Kassenärztliche Bundesvereinigung)

ein Rahmenvertrag. Krankenhäuser dürfen sogar – in begrenztem Umfang und bei Vorliegen der Voraussetzungen des Entlassmanagements – Verordnungen ausstellen und die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Sobald sich Gesetze ändern oder G-BA-Richtlinien zum Entlassmanagement angepasst werden, wird auch der Rahmenvertrag regelmäßig aktualisiert – 2021 beispielsweise durch die 4. und 5. Änderungsvereinbarung. Sie enthielt Anpassungen an die G-BA Heilmittelrichtlinie und Corona-Sonderregelungen.

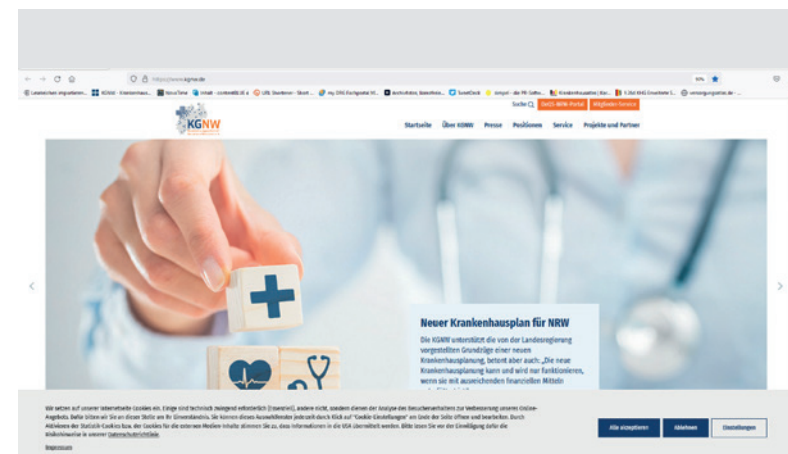
Wahlleistung oder Nicht-Wahlleistung? Der Test-Fall

Für Krankenhäuser ergeben sich im Wahlleistungsbereich besondere rechtliche Herausforderungen. Das gilt besonders bei der Gestaltung von Wahlleistungsvereinbarungen, bei Stellvertreterregelungen (wenn beispielsweise eine von einer Patientin oder einem Patienten gewünschte Wahlleistung „Chefarztbehandlung“ durch dessen Stellvertreterin oder Stellvertreter erbracht wird) sowie bei der Liquidation wahlärztlicher Leistungen.



Wie sind Coronatests, wie hier im UK Knappschaftskrankenhaus Bochum, bei Wahlleistungspatientinnen und -patienten abzurechnen?

Dies zeigte sich 2021 auch während der Corona-Pandemie. Ist die Abrechnung von Coronatests bei Wahlleistungspatientinnen und -patienten auch als wahlärztliche Leistung nach § 17 Abs. 3 KHEntgG zu vereinbaren und gesondert zu vergüten? Darüber gab es spätestens mit der Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit für die Testung von Krankenhauspatientinnen und -patienten auf SARS-CoV-2 im Regelleistungsbereich unterschiedliche Auffassungen. Private Krankenversicherungen verweigerten in vielen Fällen die Erstattung. Die KGNW empfahl, in jedem Einzelfall die strenge Einhaltung sämtlicher Voraussetzungen für eine wirksame Vereinbarung und mögliche Abrechnung wahlärztlicher Leistungen zu beachten.



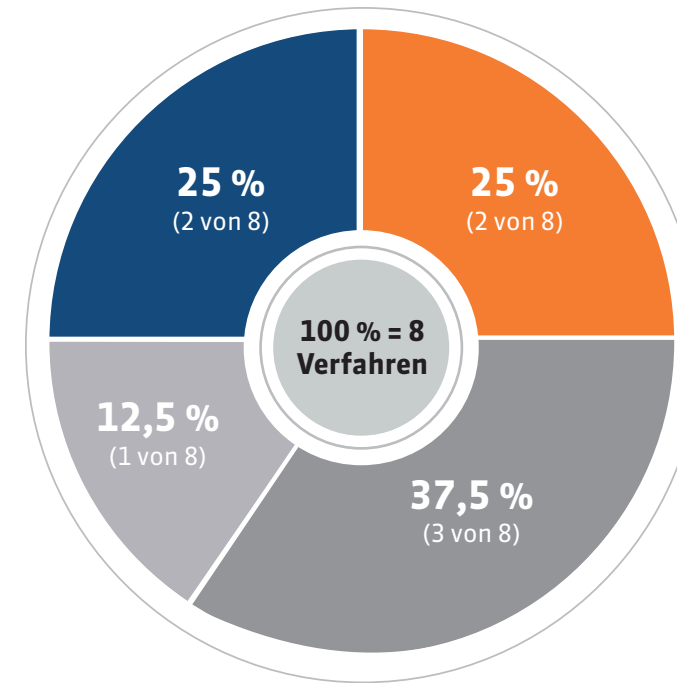
Möglichkeit der Cookie-Einwilligung auf der Webseite der KGNW unter www.kgnw.de

Kein Cookie ohne Einwilligung

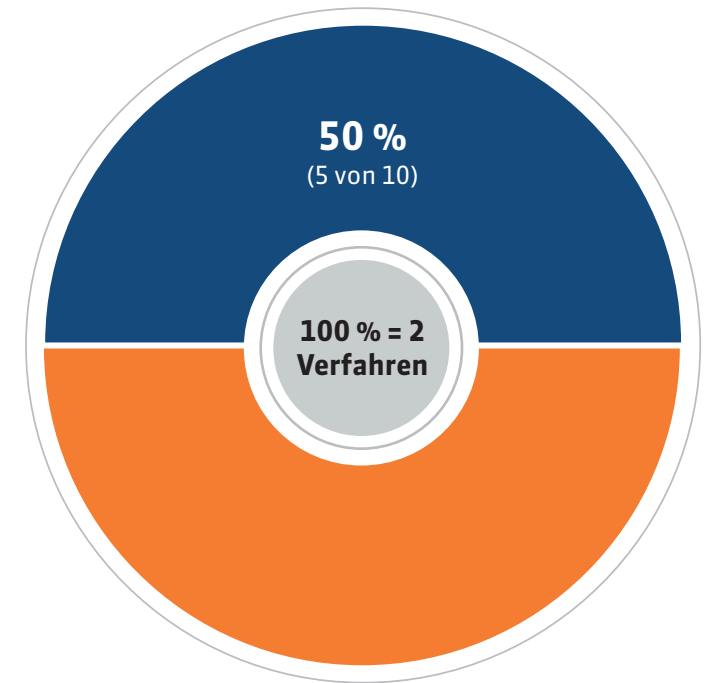
Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), seit 25. Mai 2018 in Deutschland unmittelbar gültig, und die entsprechende sukzessive Anpassung des Bundes- und Landesrechts ließen die Krankenhäuser auch 2021 nicht los. So ist die Einwilligungspflicht für alle technisch nicht notwendigen Cookies auf Webseiten zum 1. Dezember 2021 auch im Telekommunikation-Telemedien-Datenschutzgesetz (TTDSG) verankert worden. Neu geregelt wurde zudem ein eigener Bußgeldtatbestand. Danach können unzureichende oder fehlende Einwilligungsmechanismen mit Geldbußen von bis zu 300.000 Euro geahndet werden.

Schiedsstellen nach §§ 18, 18 a KHG

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

In Nordrhein-Westfalen waren 2021 insgesamt zehn Verfahren anhängig: zwei in Westfalen-Lippe, acht im Rheinland. Die Geschäfte der Schiedsstelle-KHG Rheinland werden bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) geführt.

Wesentliche Streitpunkte bei diesen Verfahren waren:

- die Gewährung von Zuschlägen für besondere Aufgaben von Zentren (insbesondere von Brustzentren)
- die Zuordnung der jeweiligen Krankenhäuser zu einer Notfallstufe nach der Notfallstufenvergütungsvereinbarung
- die Gewährung von Zuschlägen für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf
- die Anwendung einer Anpassungsregelung bei der Vereinbarung von Vergütungen für die Leistungen sozialpädiatrischer Zentren im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

Die Verfahren hatten zum Teil ihre Ursprünge in vergangenen Jahren: Vor der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe waren 2021 insgesamt zwei Verfahren aus den Jahren 2020 und 2021 anhängig. Davon wurde ein Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen. Ein weiteres Verfahren konnte 2021 nicht mehr zum Abschluss gebracht werden. Bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland waren 2021 insgesamt acht Verfahren aus den Jahren 2015 bis 2021 anhängig. Davon wurden zwei Verfahren durch Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle abgeschlossen. Drei Verfahren wurden nach mündlicher Verhandlung vor der Schiedsstelle für die Dauer von sechs Wochen ausgesetzt, um den Parteien Gelegenheit zu geben, mit dem Ziel einer Einigung nochmals in Verhandlungen einzutreten. Aufgrund der nachfolgenden Einigung der Vertragsparteien für die Budgetjahre 2015 bis 2017 wurden die Verfahren auf Antrag der Parteien so lange ruhend gestellt, bis die Genehmigung der entsprechenden Budgetvereinbarungen durch die Bezirksregierung rechtswirksam geworden ist. Ein weiteres Verfahren ruht ebenfalls auf Antrag der Vertragsparteien. Zwei Verfahren konnten 2021 nicht mehr abgeschlossen werden.

Hochwasserkatastrophe 2021

„Das Wasser stand bis zu 1,50 Meter hoch ...“

In einigen Regionen in Deutschland kam es im Juli 2021 zu schweren Unwettern. Nach starken Niederschlägen traten vom 12. Juli 2021 bis zum 19. Juli 2021 fast alle Nebenflüsse des Rheins und viele von deren Nebenflüssen und -bächen über die Ufer. Der Starkregen löste Sturzfluten und massive Überschwemmungen aus.

In Nordrhein-Westfalen (NRW) waren bis zum 16. Juli 25 Kreise und kreisfreie Städte besonders vom Hochwasser betroffen. Aufgrund der Überschwemmungen fiel in einigen Orten über mehrere Tage lang der Strom aus. Vielerorts mussten Menschen ihre Häuser verlassen oder wurden evakuiert. Stark betroffen waren vor allem Euskirchen, Rheinbach, Swisttal, Stolberg, Erftstadt, Bad Münstereifel, Hagen und Altena sowie einige Orte im Bergischen Land. Das Hochwasser traf mehrere Krankenhäuser in NRW zum Teil so schwer, dass die Kliniken ihre Arbeit als Teil der wichtigsten Infrastruktur zunächst einstellen mussten. Einige Häuser mussten teilweise oder sogar vollständig evakuiert werden und erlitten gravierende Schäden in der

Gebäudesubstanz. In NRW waren besonders das St. Antonius Hospital in Erftstadt sowie das Klinikum Leverkusen schwer betroffen. Es entstanden Schäden in zweistelliger Millionenhöhe. Weitaus tragischer und schwerwiegender waren die weitreichenden Einschränkungen der stationären Versorgung. Glücklicherweise konnten die evakuierten Patientinnen und Patienten in umliegenden Krankenhäusern weiter versorgt werden.

Von den 341 Krankenhäusern in NRW waren weitere 65 Krankenhäuser in den Bezirksregierungen Arnsberg, Düsseldorf, Köln und Münster leicht von Unwetterschäden betroffen. Durch das Hochwasser fiel dort zum Beispiel teilweise und kurzzeitig die Energieversorgung aus, oder es waren einzelne Bereiche nicht mehr nutzbar. Die Evakuierung ganzer Gebäude war in diesen Häusern nicht nötig. Die stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten konnte aufrechterhalten werden. Die umliegenden, nicht direkt vom Hochwasser betroffenen Krankenhäuser unterstützten unmittelbar. Sie nahmen evakuierte Patientinnen und Patienten, aber auch Menschen aus Alten- und Pflegeheimen auf. Zudem

übernahmen sie weitere Teilgebiete in der Notfallversorgung. Bei medizinischer Notwendigkeit sprangen andere Häuser sogar ein, um geplante Operationen nicht verschieben zu müssen.

Die KGNW bemühte sich auf Landesebene und zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf Bundesebene um finanzielle Unterstützung der betroffenen Kliniken. Das Land NRW beschloss am 22.07.2021 ein Soforthilfepaket für betroffene Bürgerinnen und Bürger, Unternehmen, die Landwirtschaft sowie Kommunen in Höhe von 200 Millionen Euro. Der Bund ergänzte die Soforthilfe um weitere 200 Millionen Euro. Mitte September einigten sich Bundestag und Bundesrat auf den Aufbaufonds 2021, der rund 12,3 Milliarden Euro für NRW vorsah. Krankenhäuser, die wegen schwerster Schäden nur langsam und schrittweise – oder sogar erst nach einigen Monaten – die Krankenversorgung wieder aufnehmen konnten, mussten dringend wirtschaftlich abgesichert werden. Daher setzte sich die KGNW dafür ein, dass den Häusern kurzfristig Hilfen für den Wiederaufbau gewährt wurden.

Interview:

Drei Fragen an Herrn Jakob-Josef Schall, Verwaltungsdirektor am Marien-Hospital Erftstadt-Frauenthal



Jakob-Josef Schall, Verwaltungsdirektor am Marien-Hospital Erftstadt-Frauenthal

Herr Schall, das Marien-Hospital Erftstadt galt als eines der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, die am schwersten vom Hochwasser betroffen waren. Können Sie kurz das Ausmaß der Zerstörung im Marien-Hospital beschreiben?

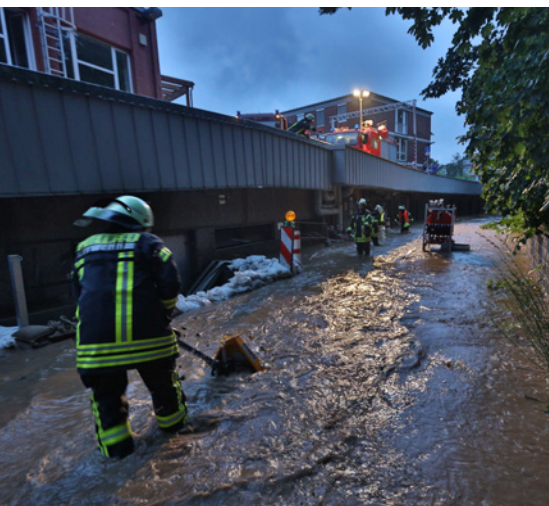
Schall: Nachdem bereits die Kellerräume des Marien-Hospitals durch den starken Wasseranstieg des Mühlenbachs überflutet waren, wurde das gesamte Krankenhaus am 15. Juli von zwei Flutwellen – aus der Erft und dem Mühlenbach – überschwemmt. Das Marien-Hospital wurde in einer ebenerdigen Bauweise errichtet. Das Wasser stand bis zu 1,50 Meter hoch in sämtlichen Stationen und Funktionsabteilungen. Etliche medizinische Geräte wie CT, Linksherzkathetermessplatz, konventionelles Röntgen, C-Bögen und Gastroenterologie-Türme waren nicht mehr betriebsbereit und mussten entsorgt werden. Auch die Grundausrüstung, zum Beispiel Betten und Nachtschränke, wurde zu einem großen Teil vernichtet. Hinzu kommen die Schäden im und am Gebäude. Zwar ist die Bausubstanz nicht betroffen, aber die Ständerwerke, Türen und der Estrich müssen erneuert werden. Das Haus wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie freiwilligen Helfern oberflächlich trockengelegt und ausgeräumt.

Können Sie die Schäden schon beziffern?

Schall: Der gesamte Schaden beläuft sich auf rund 40 Millionen Euro. Ungefähr 80 Prozent können voraussichtlich durch den Aufbauhilfefonds des Bundes und der Länder abgedeckt werden. Die Versicherungen tragen bis zu 15 Millionen Euro. Zudem haben uns einige Spenden aus dem gesamten Bundesgebiet und dem benachbarten Ausland erreicht, wodurch rund 500.000 Euro zusammengekommen sind. Wir haben eine große Solidarität aus der Bevölkerung erfahren. Wenige Tage nach dem Wassereintrich erhielten wir die Zusage vom NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, unser Haus werde nicht schließen müssen. Diese politische Zusage ist wichtig, denn ohne die finanziellen Mittel aus dem Wiederaufbaufonds können wir die Schäden nicht beheben.

Wie sieht es derzeit aus? Welche Bereiche konnten Sie bis Ende 2021 schon wieder in Betrieb nehmen?

Schall: Nach der Renovierung können wir voraussichtlich ab Juli 2022 die Notfallambulanz wieder öffnen. Mit der kompletten Öffnung des Krankenhauses rechnen wir derzeit nicht vor Januar 2023. Bis dahin werden sukzessiv weitere Funktionsbereiche und Stationen hinzukommen.



Land unter am Klinikum Leverkusen – die Einsatzkräfte der Feuerwehr versuchen das Schlimmste zu verhindern



Berge von Schlamm und Krankenhausinterieur vor dem St. Antonius-Hospital Eschweiler



Am Marien-Hospital in Erftstadt stieg das Wasser so schnell, dass die Patientinnen und Patienten mit Containerfahrzeugen evakuiert werden mussten



In der Eingangshalle am Marien-Hospital Erftstadt-Frauenthal zeigte sich das Ausmaß der Zerstörung durch die Wassermassen



Stärkung für die vielen Helferinnen und Helfer, die das Krankenhaus in Erftstadt von Schlamm und Zerstörung befreiten, in der provisorischen Essensausgabe



Eine erfolgreiche Zwischenbilanz konnte das „KLIK green“-Projektteam zum Ende des Jahres 2021 in Düsseldorf ziehen: (v. l. n. r.) Svenja Künstler (BUND Berlin e.V.), Friedhelm Beiteke (KGNW), Annegret Dickhoff (BUND Berlin e.V.), Dr. Nicole Rogge (BUND Berlin e.V.), Eva Loy (BUND Berlin e.V.)

KLIK green – weiterhin ein großer Erfolg

Wenn es um Umwelt- und Klimaschutz in den Krankenhäusern geht, hat sich ein Projekt ganz besonders profiliert: KLIK green. Als Initiative des BUND für Umwelt und Naturschutz Berlin e.V. (BUND Berlin e.V.), des Universitätsklinikums Jena (UKJ) und der KGNW weist es den Kliniken seit dem 1. Mai 2019 den Weg zur Klimaneutralität. KLIK green qualifiziert Fachkräfte der teilnehmenden Krankenhäuser zu zertifizierten Klimamanagerinnen und -managern und unterstützt in der Umsetzung konkreter Klimaschutzmaßnahmen in den Häusern. Die Pandemie verlangsamte im Jahr 2020 den Projektfortschritt noch. Im April 2021 jedoch konnten die Projektpartner verkünden, dass ein erstes Ziel erreicht wurde: Deutschlandweit nahmen von nun an 250 Krankenhäuser und Reha-Kliniken an KLIK green teil. Allein aus Nordrhein-Westfalen machen neben zwölf Reha-Einrichtungen insgesamt 57 Krankenhäuser mit. Das ist jedes sechste NRW-Krankenhaus.

Das KLIK green Netzwerk wuchs und gewann an Vielfalt: Alle Berufsgruppen, die üblicherweise an einer deutschen Klinik arbeiten, sind seit 2021 darin vertreten. Eine Zwischenbilanz zum Jahresende unterstreicht den Erfolg des Projektes: Bis Dezember 2021 wurden 553 Klimaschutzmaßnahmen umgesetzt. Dazu gehört zum Beispiel der Austausch von Leuchtmitteln gegen LED, die Einrichtung einer bedarfsgerechten Lüftung sowie die Vermeidung, Reduzierung und Wiederverwendung klimaschädlicher Narkosegase. Zusammen werden so voraussichtlich 140.000 Tonnen an Treibhausgasen eingespart. Die Förderung der Nationalen Klimaschutzinitiative des Bundesumweltministeriums läuft am 30. April 2022 aus. Der BUND und die KGNW arbeiten bereits an einem Konzept, um das Netzwerk auch nach Projektende im kommenden Frühjahr weiter zu begleiten.



„KLIK green“ läuft im kommenden Jahr aus

Klimatechnische Weiterentwicklung der KGNW-Geschäftsstelle

Die KGNW macht sich klimatechnisch fit: Zukünftig werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Gäste der KGNW bis zu 15 Elektrofahrzeuge gleichzeitig direkt an der Geschäftsstelle laden können. Darüber hinaus wird die Voraussetzung für die Installation einer Photovoltaikanlage geprüft. Die Anlage soll die Stromversorgung der Geschäftsstelle und damit auch die Ladeinfrastruktur unterstützen. Der Bau soll im Jahr 2022 beginnen.

Drei Fragen an den Klimamanager Markus Kimmeskamp

Klimaneutralität braucht Investitionen

Markus Kimmeskamp hat sich im Rahmen des Projekts „KLIK green“ zum Klimamanager ausbilden lassen. Als erfahrener Energiemanager kümmert er sich seit über 22 Jahren in den Märkischen Kliniken um Energie-Optimierungsmaßnahmen.

Können Sie einen kurzen Einblick in Ihre Arbeit geben? Welche Aufgaben hat ein Klimamanager?

Kimmeskamp: Den Schwerpunkt meiner Tätigkeiten bildet der Bereich der Energieversorgung. Zum einen liegt der Fokus auf der Reduzierung des Energiebedarfs durch Umsetzung von Energieeinsparmaßnahmen und zum anderen auf der Optimierung der Energieerzeugung. Durch die Ausgliederung unserer vier Heizwerke in eine eigenständige Energiegesellschaft innerhalb der Gesundheitsholding haben wir die Energieerzeugung langfristig gut aufgestellt. Neben den technischen Aspekten wie dem Betrieb von Eigenenergieerzeugungsanlagen und dem Vorhalten von Redundanzen zur Erhöhung der Versorgungseinheit gewinnen die gesetzlichen und steuerrechtlichen Vorgaben stetig an Bedeutung. Ein gutes Zusammenspiel zwischen der Energieerzeugung und den Verbrauchern ist die Basis für eine hohe Energieeffizienz. Da die Energieversorgung eine wichtige Rolle beim Klimaschutz einnimmt, ist es sinnvoll, die Funktion des Klimamanagers mit der des Energiemanagers zusammenzuführen.

Zusätzlich ist die Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den anderen relevanten Bereichen ganz wesentlich. Denn: Klimaschutz ist immer Teamarbeit. Daher war der Aufbau einer klinikinternen Arbeitsgruppe wichtig. Die Gruppe setzt sich bei uns zusammen aus 15 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen klimarelevanten Unternehmensbereichen: Medizincontrolling, Einkauf, IT, Speiseversorgung, Entsorgung, den Märkischen Seniorenzentren und Reha-Kliniken, den

Wirtschaftsdiensten Hellersen WIDI, Stadtklinik Werdohl, aus Vertretern des ärztlichen und pflegerischen Dienstes und des Betriebsrates sowie der Unternehmenskommunikation. Zu Beginn haben wir die Köpfe zusammengesteckt und beraten, in welchen Bereichen wir das größte Potenzial sehen und mit welchen Maßnahmen wir starten können. Dabei ist uns sehr wichtig, dass alle Beschäftigten ihre Ideen zum Klimaschutz einbringen können.

Welche Klimaschutzmaßnahmen haben Sie umgesetzt und welche Klimaschutzmaßnahmen waren hinsichtlich der Einsparung von CO₂-Äquivalenten besonders effektiv?

Kimmeskamp: Wir haben im Zuge von „KLIK green“ einen Maßnahmenplan mit 25 Einzelmaßnahmen aufgestellt. Dabei stammen etwa 50 Prozent der Vorhaben aus dem Bereich der Energieversorgung. Die anderen Aufgaben betreffen die Bereiche Mobilität, Beschaffung, Entsorgung und Speiseversorgung. Das sind sowohl investive als auch gering-investitive Maßnahmen, die in Summe 925 Tonnen CO₂-Äquivalente pro Jahr einsparen. Das größte Einsparpotenzial stammt aus dem Bereich Energie: die Optimierung der Dampfversorgung, der Austausch von Beleuchtung, eine Dachsanierung und die hydraulische Optimierung sind hier zu nennen. Aber auch die Maßnahmen aus den anderen Bereichen haben einen erheblichen und nachhaltigen Einfluss auf die Umwelt. Oft geht es dabei um das Nutzerverhalten, womit ein grundsätzliches Umdenken aller einhergeht. Daher spielt eine gute Unternehmenskommunikation eine wesentliche Rolle. Beispielsweise haben die Mitarbeiter Informationen zur Reduzierung ihres CO₂-Bedarfs erhalten. Und auch die Umstellung bei der Speiseversorgung in der Personalcafeteria führt zu mehr Nachhaltigkeit.



Markus Kimmeskamp steuert die Klimaschutzmaßnahmen mit einem 15-köpfigen Team an den Märkischen Kliniken

Das Projekt „KLIK green“ läuft Ende April 2022 aus. Was waren bisher die wichtigsten Lehren und Erfahrungen, die Sie gesammelt haben?

Kimmeskamp: Der Austausch mit den anderen Klimamanagerinnen und Klimamanagern im Projekt sowie die Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe in unserem Haus ist sehr wichtig, um Ideen zu sammeln und die Maßnahmen umzusetzen. Nur in dieser Teamarbeit sind die einzelnen Aufgaben zu bewältigen. Dieses Netzwerk bleibt hoffentlich nach Projektende erhalten. Innerbetrieblich steht und fällt Klimaschutz im Krankenhaus mit der Geschäftsführung. Das Krankenhausmanagement muss mit dem Klimamanager gut zusammenarbeiten. Das Ziel der Klimaneutralität und die Schritte dorthin müssen Teil der Gesamtunternehmensstrategie werden. Selbstverständlich hat die Einsparung von Treibhausgasen zusätzlich eine finanzielle Dimension. Wir konnten zeigen, dass viele Klimaschutzmaßnahmen schon mit gering-investivem Aufwand umsetzbar sind. Jeder kann mit diesen Schritten starten. Gleichzeitig müssen wir aber auch feststellen: Die größte Einsparung von Treibhausgasen wird mit hoch investiven Maßnahmen erreicht. Wenn wir Klimaneutralität erreichen wollen, brauchen die Krankenhäuser deshalb finanzielle Unterstützung.

Digitalisierung der NRW-Krankenhäuser

Lang geforderter „Digital Boost“ kommt

Das Management von Informations- und Medizintechnik im Krankenhaus gewinnt rasant an Komplexität. Damit steigen auch die Anforderungen an die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren fachliches Informationsbedürfnis. Das spiegelte eindrucksvoll zum Jahresauftakt Mitte Januar 2021 die 7. Fachtagung „Praxisdialog Informations- und Medizintechnik im Krankenhaus“ wider. Rund 145 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Krankenhäusern, Industrie und Selbstverwaltung waren dabei, zum ersten Mal in virtueller Form. Dabei drehte sich alles um die Herausforderungen im abgelaufenen Jahr 2020, insbesondere die Corona-Pandemie, um den Schutz der Informationstechnik gegen Cyberangriffe, vor allem aber um den mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) verfügbaren Digitalisierungsschub. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) informierte erstmals über KHZG-Planung und -Umsetzung in NRW. KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum sagte dazu: „Mit dem KHZG und dem Krankenhauszukunftsfonds zeigen Bundes- und Landesregierung, dass sie verstanden haben, dass die Binnendigitalisierung der Krankenhäuser vor einer Einbindung in eine digital vernetzte Gesundheitsversorgung stehen muss. Sie machen auch deutlich, welchen Stellenwert sie inzwischen der Digitalisierung in den Krankenhäusern beimessen. Der von DKG und KGNW lang geforderte Digital Boost kommt.“ 900 Millionen Euro stehen dafür bis Ende 2024 zur Verfügung. In NRW kommt das Sonderinvestitionsprogramm Krankenhäuser 2020 in Höhe von 750 Millionen Euro dazu. Diese Mittel können sowohl in Verbesserungen beim Brandschutz und bei den sanitären Einrichtungen als auch in die IT-Infrastruktur investiert werden. Bei der KGNW begleitet das Referat „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“ die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen in diesem Bereich.

Digitale Vernetzung der Gesundheitsversorgung

Eine digital vernetzte Versorgung ist ohne Krankenhäuser nicht vorstellbar. Gleichzeitig unterliegen ihre IT-Systeme hohen Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen. Zum 31. Dezember 2020 mussten deshalb alle Krankenhäuser an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sein. Die ersten konkreten Anwendungen waren mit dem Notfalldatenmanagement (NFDm), dem elektronischen Medikationsplan (eMP) und der Kommunikation im Medizinwesen (KIM) bereits 2020 gestartet. Ziel des Gesetzgebers war es, Gesundheitsdaten zur umfassenden Behandlung von Patientinnen und Patienten sicherer und einfacher, lückenloser und schneller verfügbar zu machen und zwischen den Behandelnden austauschen zu können. Digitale Informationen sollen Versorgungs- und Verwaltungsprozesse für die an der Behandlung beteiligten Akteurinnen und Akteure transparenter und effizienter machen.

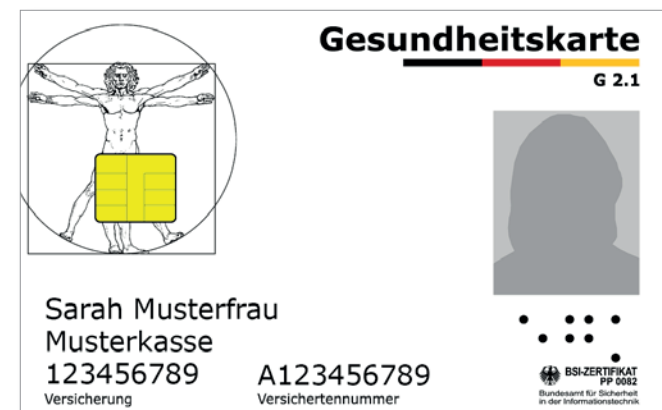
Kehrseite der Medaille: Sofern Krankenhäuser mit Frist 31. Dezember 2021 nicht am Online-Abgleich der Versichertenkarten (VSDM) für die vertragsärztlichen Leistungsbereiche teilnehmen, mussten sie mit einer 2,5-prozentigen Kür-

zung der vertragsärztlichen Vergütung rechnen. Weiterhin hatten sich die vertragsärztlichen Leistungsbereiche der Krankenhäuser bis zum 1. Juli 2021 mit den zum Anschluss an die elektronische Patientenakte (ePA) erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten: Ansonsten drohte eine Ein-Prozent-Kürzung des Rechnungsbetrags. Für die stationären und teilstationären Leistungsbereiche musste der Anschluss an die ePA spätestens zum Jahresende 2021 erfolgt sein. Andernfalls war auch hier ein Abschlag in Höhe von einem Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall vorgesehen. Mit Inkrafttreten des Digitale-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPMG) wurde die Sanktionierung bezüglich des Versichertenstammdatenabgleichs und des Anschlusses an die elektronische Patientenakte (ePA) auf den 1. Januar 2022 verschoben, um den besonderen Herausforderungen der Corona-Pandemie Rechnung zu tragen.

Die Gesamtverantwortung für die TI als zentrale Plattform für digitale Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen trägt die „gematik“. Eine der zentralen TI-Anwendungen wird „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM), ein sicherer E-Mail-Dienst mit geprüften Adressen für die Gesundheitsversorgung, sein. Die KGNW ist in der „Arbeitsgruppe KIM“ der gematik vertreten. Mit KIM lassen sich sämtliche für die Behandlung von Patientinnen und Patienten notwendigen Informationen sicher austauschen. Nachrichten, die über KIM verschickt werden, werden idealerweise automatisch vom Praxisverwaltungs- oder Krankenhausinformationssystem ausgelesen und den Mitarbeitenden zur weiteren Bearbeitung bereitgestellt. In der Praxis erfolgt die Verteilung derzeit häufig noch „manuell“. Im Berichtszeitraum im August 2021 waren zunächst rund 34.000 KIM-Adressen der Leistungserbringer eingetragen. 140.000 Nachrichten wurden zum damaligen Zeitpunkt via KIM versendet und empfangen.

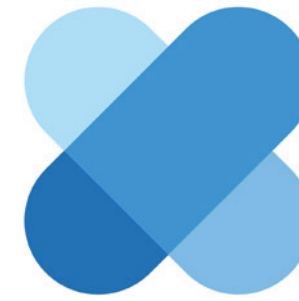
Notfalldatenmanagement (NFDm)

Schnell abrufbare Informationen über den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten können im Notfall lebensrettend sein – insbesondere, wenn Patientinnen oder Patienten nicht mehr ansprechbar sind. Deshalb können sie wichtige Infos für den Ernstfall auf ihrer Gesundheitskarte (Bild) hinterlegen lassen.



Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Vom 1. Oktober 2021 an waren die Krankenhäuser verpflichtet, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihrer Patientinnen und Patienten elektronisch mittels KIM zu versenden. Aufgrund zahlreicher technischer Probleme gab es bis Ende 2021 eine Übergangsregelung, falls ein elektronischer Versand nicht möglich war. In diesem Fall durften Kliniken weiterhin das gelbe Papierformular (Muster 1) nutzen.



E-Rezept

E-Rezept und E-Medikationsplan

Das E-Rezept gilt für die Verschreibung von Arzneimitteln zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es soll also künftig bei allen gesetzlich Krankenversicherten das „rosa Papierrezept“ für alle Verordnungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel ablösen. Das gilt auch in Krankenhäusern. Geplant war, es nach einer Testphase ab 1. Juli 2021 in Berlin und Brandenburg per 1. Oktober 2021 bundesweit auf freiwilliger, per 1. Januar 2022 auf verpflicht-

tender Basis einzuführen. Die ursprünglich dreimonatige Testphase verlängerte die „gematik“ im September zunächst bis Jahresende, im Dezember dann noch einmal über den Jahreswechsel hinaus, dann auch bundesweit.

In einer zukünftigen Ausbaustufe sollen Krankenversicherte die Infos aus dem E-Rezept automatisiert in ihre elektronische Patientenakte (ePA) übernehmen können. Darüber hinaus gibt es seit 2020 den elektronischen Medikationsplan (E-Medikationsplan oder eMP). Er unterstützt Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker dabei, die einzelnen Medikamente besser aufeinander abzustimmen. So lassen sich Wechselwirkungen und Risiken durch Allergien vermeiden. Der E-Medikationsplan wird aktuell auf der Gesundheitskarte der Versicherten gespeichert. Ab 2023 soll das in einem Online-Fachdienst der Krankenkasse geschehen. Schon vorher ist eine zusätzliche Ablage in der elektronischen Patientenakte möglich.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die elektronische Patientenakte (ePA) enthält Arztbriefe, Befunde sowie Mutter- und Impfpass. Sie verschafft Ärztinnen und Ärzten einen schnellen Überblick über den Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten. Nur diese entscheiden jedoch, welche Dokumente sie wem zur Einsicht freigeben. Praxen, die Krankenhäuser und Apotheken können Dokumente in die ePA einstellen. Krankenkassen können lediglich Informationen wie Abrechnungsdaten („Patientenquittung“) in die ePA schreiben, haben jedoch keine Einsicht. Die ePA-Testphase lief seit Januar 2021 in ausgewählten Praxen und Krankenhäusern. Für Ärztinnen und Ärzte ist die ePA-Einführung mit aufwendigen Informationspflichten gegenüber Patientinnen und Patienten verbunden.

ePA 2021



Q1
Start der Einführungs- und Testphase

in ausgewählten Praxen



Q2
Start der Rollout-Phase
nach erfolgreicher Testphase

Q3 + Q4
Flächendeckende Vernetzung

in Praxen



Apotheken



Krankenhäusern



Informationssicherheit für Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit



Burkhard Fischer, Leiter des Referats „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“ der KGNW

Die Abhängigkeit klinischer Prozesse von digitaler Unterstützung ruft nach wie vor Kriminelle auf den Plan. Obwohl die Krankenhäuser in NRW nach KGNW-Kennntnisstand ihre Sicherheitsmaßnahmen weiter dem Stand der Technik angepasst haben, kam es auch 2021 zu Cyberattacken. Im März wurde beispielsweise das Evangelische Krankenhaus Lippstadt Opfer einer Ransomware-Attacke. Hier gelang es den im Krankenhaus Verantwortlichen relativ schnell, die Datensicherungen wieder einzuspielen und sukzessive zum Normalbetrieb zurückzukehren.

„Die Gefahr einer Bedrohung durch Cyberangriffe für Krankenhäuser ist groß“

(Burkhard Fischer, Leiter des Referats „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“ der KGNW)

Bei der fortschreitenden Digitalisierung die Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit von Daten und Informationssystemen sicherzustellen, bleibt eine ständige Herausforderung. Neben der Cyber-Abwehr stehen Patientinnen- sowie Patientensicherheit und Betriebsausfallkonzepte hierbei im Vordergrund.

Nächste KRITIS-Nachweiserunde und der neue § 75c SGB V

Das Bundesministerium des Inneren wertet zugelassene Krankenhäuser mit einer jährlichen vollstationären Fallzahl von mehr als 30.000 als kritische Infrastruktur. Verbunden damit ist die gesetzliche Verpflichtung zur Gewährleistung

einer erhöhten IT-Sicherheit. 2021 stand die zweite Nachweiserunde für alle KRITIS-Krankenhäuser, auch in Nordrhein-Westfalen, auf der Agenda.



Darüber hinaus gilt ab 1. Januar 2022 der neue § 75c SGB V. Dieses Gesetz betrifft auch Nicht-KRITIS-Häuser. Danach sind Krankenhäuser verpflichtet, „nach dem Stand der Technik angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit sowie der weiteren Sicherheitsziele ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse zu treffen, die für die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses und die Sicherheit der verarbeiteten Patientinnen- und Patientendaten maßgeblich sind. Organisatorische und technische Vorkehrungen sind angemessen, wenn der dafür erforderliche Aufwand nicht außer Verhältnis zu den Folgen eines Ausfalls oder einer Beeinträchtigung des Krankenhauses oder der Sicherheit der verarbeiteten Patientendaten steht. Die informationstechnischen Systeme sind spätestens alle zwei Jahre an den aktuellen Stand der Technik anzupassen.“

Die NRW-Kliniken mussten also 2021 aktiv werden und prüfen, ob ihre Informationssicherheit dem Stand der Technik entsprach, und wo dies noch nicht der Fall war, organisatorische und technische Maßnahmen vorbereiten und durchführen. Dabei können auch die Nicht-KRITIS-Krankenhäuser sich am sogenannten „B3S“ orientieren. Den „Branchenspezifischen Sicherheitsstandard“ für KRITIS-Krankenhäuser legte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) 2019 dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik

(BSI) vor, das noch im gleichen Jahr grünes Licht gab. Für die Umsetzung der neuen §-75-c-Regelung erstellte jetzt eine Arbeitsgruppe der DKG mit Unterstützung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen umfangreiche Umsetzungshinweise. Dieses „Starter-Paket“ enthält Checklisten, Arbeitshilfen und zahlreiche Vorlagen. Wie groß das Interesse und der Erklärungsbedarf sind, zeigte sich bei einer Infoveranstaltung der DKG im Dezember 2021: Daran nahmen rund 900 Krankenhausbeschäftigte teil.

Mehr als 3.000 Telekonsile: Meilensteine beim Virtuellen Krankenhaus NRW

Ohne Telemedizin ist ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen kaum vorstellbar. Einen Baustein stellt das Virtuelle Krankenhaus Nordrhein-Westfalen (VKh.NRW) dar. Es soll als digitale Plattform Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten den fachlichen Austausch ermöglichen und Angebote wie Telekonsile, elektronische Visiten, Videosprechstunden, elektronische Fallakten sowie ein zentrales Verzeichnis spezialisierter Leistungserbringer bereithalten. Zu Pandemiebeginn im März 2020 war die Vorstufe des VKh.NRW gestartet („Schnellstart“). Hierbei konnten Krankenhäuser Telekonsile für intensivpflichtige COVID-19-Patientinnen und Patienten anfragen. 2021 war geprägt von der Vorbereitung weiterer Startindikationen. Der ursprünglich für Mitte 2020 geplante Start der ersten Stufe des Virtuellen Krankenhauses mit fünf Indikationen hatte sich dann jedoch aufgrund des Schnellstarts und der generellen Situation der Corona-Pandemie verschoben. In-

zwischen sind die Indikationen Intensivmedizin, Infektiologie, resektable Lebertumore, therapierefraktäre Herzinsuffizienz und Seltene Erkrankungen fachlich und organisatorisch vorbereitet. Nun kann nach Ausweisung der entsprechenden G-BA-Zentren durch das Land NRW sukzessive die Pilotphase unter der Regie der Virtuelles Krankenhaus gGmbH erfolgen. 2021 erreichte das Virtuelle Krankenhaus Nordrhein-Westfalen einen Meilenstein: Im Februar fand das 2.000. Telekonsil statt, Ende 2021 waren es dann schon weit über 3.000 Telekonsile.

Damit künftig immer mehr NRW-Kliniken Telekonsile und Televisiten durchführen können, stellte das Land Anfang 2021 Fördergelder für die Anschaffung von Teilen der benötigten Videokonferenztechnik zur Verfügung. Jedes Krankenhaus konnte sie für bis zu zwei Televisitenwagen beantragen – bis zu 80 Prozent der zuzahlungsfähigen Gesamtausgaben



Televisitenwagen im Universitätsklinikum Münster

bei einem Maximalbetrag in Höhe von 5.000 Euro pro Wagen. Während der Visite ermöglicht es der Wagen, digital und ortsunabhängig Kontakt zu Fachärztinnen und -ärzten bei der Behandlung aufzunehmen. Das Interesse der Krankenhäuser war hoch, weit über 100 Krankenhäuser haben die Förderung genutzt, welche damit vollständig ausgeschöpft wurde.

Elektronische Fallakte (EFA)

Das Virtuelle Krankenhaus Nordrhein-Westfalen nutzt die Elektronische Fallakte (EFA) als Kommunikationsplattform für Leistungserbringer zu einem medizinischen Behandlungsfall. 2021 beauftragte das Virtuelle Krankenhaus NRW die Unternehmen Nexus Deutschland und RZV mit der Bereitstellung und dem Betrieb ihrer jeweiligen Elektronischen Fallakte.

Die EFA wird von den Ärztinnen und Ärzten genutzt, um Befunde, OP-Berichte, Entlassbriefe oder Therapiepläne auszutauschen, und richtet sich an alle beteiligten Behandler in der ambulanten und stationären Versorgung. Die EFA, ab 2006 von mehreren Krankenhausträgern mit Unterstützung der Fraunhofer-Institute ISST in Dortmund und FOCUS in Berlin konzipiert, wurde auch 2021 vom Verein Elektronische Fallakte e. V. kontinuierlich weiterentwickelt. Dem Verein gehören neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV unter anderem die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in NRW und die KGNW als Mitglied

an. Sie bringen sich aktiv in die Arbeit des Vereins ein.

Auch das Projekt Optimal@NRW nutzt seit 2021 die EFA. Optimal@NRW stellt ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk dar, das von der Uniklinik RWTH Aachen und der KV Nordrhein rund um die Uhr betrieben wird. Das Projektziel lautet, die Akutversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten

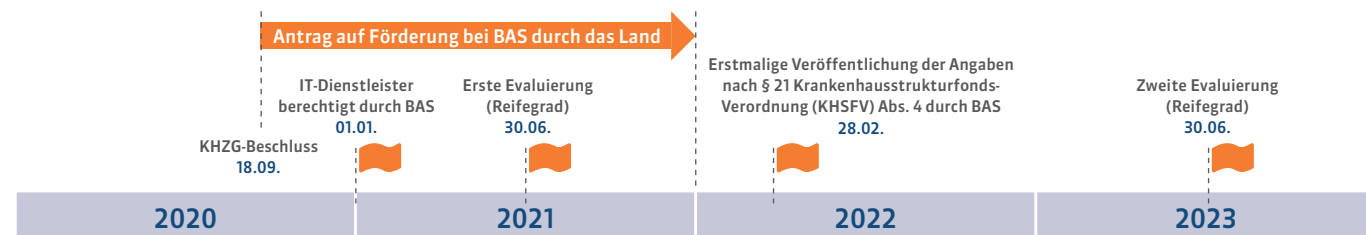


in ambulanter und stationärer Pflege zu verbessern. Dazu sind 25 beteiligte Pflegeheime mit technischen Frühwarnsystemen ausgestattet. Diese enthalten einen „virtuellen digitalen Tresen“, der bei einer medizinischen Fragestellung in einer der teilnehmenden Einrichtungen für eine Telekonsultation zur Verfügung steht.

„Wir konnten die EFA in vier Modellregionen in verschiedenen sektorenübergreifenden Versorgungsszenarien erfolgreich erproben. Seit dem 30. März 2020 wird die EFA zudem in der Vorstufe des Virtuellen Krankenhauses für intensivpflichtige COVID-19-Patientinnen und -Patienten eingesetzt. Inzwischen mehr als 3.000 Telekonsile in dieser Vorstufe zeigen, dass die EFA dazu beitragen kann, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern. Und dass die elektronische Fallakte einen Platz in Ihrer Digitalstrategie verdient hat“, sagt KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum. Dabei ist die EFA keinesfalls in Konkurrenz zur ePA zu sehen – im Gegenteil: „Wir sind davon überzeugt, dass es neben der ePA des Versicherten auf absehbare Zeit die elektronische Fallakte für eine vernetzte Versorgung braucht. Denn die elektronische Patientenakte wird die sichere digitale Kommunikation zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern nicht kurzfristig sicherstellen können“, führt Matthias Blum aus.

Krankenhauszukunftsfonds (KHZG): 4,3 Milliarden Euro für die Kliniken

Zeitplan nach KHZG



- Bis 31. Dezember 2021 können die Länder Anträge beim BAS stellen
- Maximale Prüfzeit nach Eingang der Bedarfsanmeldung drei Monate
- Stellungnahme der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkrankenkassen muss in dieser Zeit eingeholt worden sein
- Maximal 15 Monate nach Bekanntgabe des Auszahlungsbescheids Einreichung des Bescheids des Landes über Förderung des beantragten Vorhabens beim BAS

Noch 2020 war das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) in Kraft getreten. Das KHZG treibt die Digitalisierung der Krankenhäuser voran. Durch den Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) werden Projekte mit einem Gesamtvolumen von bis zu 4,3 Milliarden Euro gefördert. Dafür stellt der Bund 3 Milliarden Euro bereit, die Länder steuern weitere 1,3 Milliarden Euro bei. Das ermöglicht Krankenhäusern, in zukunftsweisende Notfallkapazitäten, in Digitalisierungsprojekte und in ihre IT-Sicherheit zu investieren. 15 Prozent der Fördermittel

sind für die Verbesserung der Informationssicherheit einzusetzen. Für NRW werden bis zu 900 Millionen Euro an die Krankenhäuser ausgeschüttet. Den Eigenanteil in Höhe von 270 Millionen Euro übernimmt das Land komplett. Somit müssen Kommunen und Krankenhausträger keinen solchen aufbringen. Krankenhäuser, die am Ende der Förderperiode in fünf zentralen Bereichen keinen hinreichenden Digitalisierungsgrad vorweisen können, sind ab 1. Januar 2025 mit einem Abschlag von bis zu zwei Prozent auf jede Krankenhausrechnung bedroht.

Zwischenfazit der KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“: Sie wirkt

Die Initiative „Das digitale Krankenhaus“, die die KGNW 2019 in Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer ISST startete, zog 2021 ein Zwischenfazit.

Anlass bot die zweite Onlineerhebung der Geschäftsstelle. Hierfür wurden die Geschäftsführungen der NRW-Krankenhäuser befragt, inwieweit die Initiative sie bei der Digitalisierung unterstützt hat, die vorgestellten Bausteine in der Initiative auch im Krankenhaus aktiv umgesetzt wurden und bereits einen Beitrag zur Digitalisierung geleistet haben.

Die Befragung fand im Juli 2021 statt, rund ein Viertel der NRW-Krankenhäuser beteiligten sich. Fazit: Rund 75 Prozent der Befragten sagten, dass der Digitalisierungsgrad in ihrem Haus seit Start der Initiative zugenommen habe. Zwei Drittel sahen die Pandemie als „Beschleuniger“. Zusammenfassend wurden die Inhalte der Initiative als wertvoll einge-

ordnet: Jeder Zweite gab an, dass sich das Verständnis von Digitalisierung durch die Initiative verändert habe. Etwa 50 Prozent haben seit ihrem Start die Herangehensweise zum Vorantreiben der Digitalisierung in ihren Häusern geändert oder neue Strukturen dafür etabliert. Jeder Dritte teilte mit, bereits vorher entsprechende Strukturen etabliert zu haben. Somit verankerten insgesamt 84 Prozent der Befragten das Vorantreiben der Digitalisierung innerhalb ihrer Organisation.

„Das digitale Krankenhaus“

Über einen Zeitraum von etwa fünf Jahren möchte die KGNW die 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.

Bildnachweise

Titel: Uwe Miserius

S. 4: KGNW

S. 6/7: Wilfried Meyer/KGNW

S. 9: Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum GmbH

S. 10: Roland Berger (Grafiken), BG Universitätsklinikum Bergmannsheil (Fotos)

S. 12: WISO Schmidt-Dominé (Saal), KGNW (Jochen Brink)

S. 14: St. Vincenz-Kliniken

S. 15: St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln

S. 16/17: MAGS NRW (Grafiken)

S. 17: KGNW/Winfried Meyer (Foto)

S. 18: MAGS NRW

S. 19: Gemeinsamer Bundesausschuss (Logo)

S. 20/21: DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH

S. 22: Clemenshospital Münster

S. 23: Errichtungsausschuss Pflegekammer Nordrhein-Westfalen (Logo), KGNW (Screenshot, darin verwendete Bilder: kovop58, Rido, Image Point Fr, Gorodenkoff, LE photography Hamburg, David Herraes Calzada, hxdzbxy, Tyler Olson/Shutterstock.com)

S. 24: Grubenglück (Uniklinik Köln), Benedikt Ziegler (Wanderausstellung)

S. 25: Deutsche Stiftung Organtransplantation/KGNW (Grafik)

S. 26: St. Vincenz-Kliniken

S. 27: iGOBSIS-Projekt, Universitätsklinikum Düsseldorf

S. 28: KGNW (Jochen Brink), BG Universitätsklinikum Bergmannsheil (Corona-Patient), DRK-Kinderklinik Siegen/Kinderinsel (Screenshot und Krankenschwester), Stiftung Mathias-Spital Rheine (Clown), LBBP NRWStaatskanzlei NRW (Gruppenbild)

S. 29: Alexianer Misericordia GmbH (Pflegekräfte mit Sparschwein), EVKLN (OP), Wilfried Meyer/KGNW (KGNW-Präsidium), Alexianer Aachen GmbH (Mobile), DKG (Jens Spahn), Bündnis 90/Die Grünen Nordrhein-Westfalen/KGNW (Video-Screenshot), St.-Antonius-Hospital/Judith Philippen (Herz), Marien-Hospital Erftstadt (Hochwasser links unten), St.-Antonius-Hospital (Hochwasser-Bild Mitte), St.-Antonius-Hospital/MarkusSchlaechter (Hochwasser unten rechts)

S. 30: eigene Darstellung, KGNW 2021

S. 31: Alexianer

S. 32: CIRS NRW/Ärztchamber Nordrhein (Logo), EVKLN (OP)

S. 33: Zummit GmbH

S. 34: KGNW

S. 35: DKG

S. 36: KGNW

S. 37: Bündnis 90/Die Grünen Nordrhein-Westfalen/KGNW (Screenshot)

S. 38: Bildarchiv des Landtags Nordrhein-Westfalen/Bernd Schälte

S. 39: MAGS NRW (Foto), KGNW (Screenshot)

S. 40: DKG

S. 41: DKG (beide Fotos)

S. 43: KGNW

S. 44: Fotoabteilung, UK Knappschaftskrankenhaus Bochum (Foto), KGNW (Screenshot)

S. 45: KGNW

S. 46: Klinikum Leverkusen (unten links), St.-Antonius-Hospital/Judith Philippen (Herz), Marien-Hospital Erftstadt (unten rechts)

S. 47: Marien-Hospital Erftstadt-Frauenthal (alle)

S. 48: KGNW (beide)

S. 49: Märkische Gesundheitsholding GmbH & Co. KG

S. 50: gematik

S. 51: gematik (alle)

S. 52: G DATA CyberDefense, tbe

S. 53: Universitätsklinikum Münster (UKM) (Foto), optimal@NRW/Universitätsklinikum Aachen (Logo)

S. 54: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) /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 und Lektorat: ADDON Technical Solutions GmbH
Alte Gießerei 12, 40699 Erkrath
www.addon-group.com



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