



2024

Geschäftsbericht





Inhalt

Geschäftsbericht 2024

Editorial	4-5
Lauterbachs Machtkampf – Patientinnen und Patienten verlieren Versorgungssicherheit Ein Systemumbau im Blindflug	6-17
„NRW wirkt. NRW reicht.“: Krankenhausplanung bietet erforderliche klare Perspektive Im Gegensatz zur Krankenhausreform auf Bundesebene	18-23
Null Toleranz für Gewalt im Krankenhaus KGNW setzt sich aktiv für Gewaltprävention zum Schutz des Klinikpersonals ein	24-27
Das Jahr in Bildern	28-29
Klimaneutrales Krankenhaus – eine erfolgreiche und wirkungsvolle Initiative	30-35
Pflegeberufe – Berufe mit Zukunft	36-37
„Elektronische Patientenakte für alle“ im Fokus von Politik, Technik und Sicherheit Vorgänge rund um die ePA zeigen: Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung schließt sich langsam	38-39
Digitalisierung in den Klinikalltag integrieren Vom E-Rezept bis zur KI: Krankenhäuser brauchen nachhaltige Finanzierung der IT-Strukturen	40-43
Qualitätsmanagement im Krankenhaus rückt unvermittelt ins Rampenlicht Datenmengen und bürokratischer Aufwand nehmen deutlich zu	44-45
Meldungen in Kürze	46-47
Bürokratie im Krankenhaus belegt ein Drittel der Arbeitszeit Auch 2024 neue Dokumentations- und Meldepflichten	48-53
Schiedsstelle nach § 18a KHG	54
Impressum und Bildnachweis	55



Editorial

Geschäftsbericht 2024



MATTHIAS BLUM
Geschäftsführer
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen (KGNW)

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2024 endete turbulent: Nur drei Wochen nach dem Aus der mit vielen Versprechen ange-tretenen Ampel-Regierung im Bund rettete diese zerbrochene Koalition die angeblich „größte“ Krankenhausreform mit buchstäblich letzter Kraft über die Ziellinie. Ohne Blick auf die Folgen, trotz nachgewiesener Strickfehler – und damit zum Schaden der Patientinnen und Patienten, zum Schaden der Krankenhäuser, der Beitragszahler, der Länder ..., diese Aufzählung ließe sich beliebig fortsetzen. Als sich im Bundesrat am 22. November 2024 keine Mehrheit dafür fand, das Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zur Nachbesserung an den Vermittlungsausschuss zu überweisen, wurde Gewissheit, was Krankenhäuser über mehrere Jahre hatten zu verhindern versucht: dass nämlich diese spezielle Reform

des inzwischen ehemaligen Bundesgesundheitsministers Prof. Karl Lauterbach ohne evidente wissenschaftliche Auswirkungsanalyse Gesetz werden würde. Auch die Krankenhäuser wollten und wollen eine Reform. Das ist hier in NRW sichtbar. Was sie aber nicht wollen, ist eine Reform, die die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenkassen nicht nur viele Milliarden Euro kostet, sondern auch zahlreiche Krankenhäuser ihre Existenz, viele Pflegekräfte ihren Job und viele Patientinnen und Patienten eine wohnortnahe stationäre Versorgung. Frühzeitig hatten die Krankenhäuser ihre konstruktive Unterstützung angeboten, doch immer wieder vergebens. Auch die Länder brachte der Bundesgesundheitsminister als selbsternannter Revolutionär mit einem Wortbruch sondergleichen gegen sich auf, indem er die Länder bei der Verabschiedung des Gesetzes ausbootete.

Es hat viele Gespräche gegeben, breite Bemühungen allerorten, um doch noch den Minister oder die Abgeordneten mit fachlicher Kritik zu erreichen und zu überzeugen. Vergeblich. Die im KHVVG festgesetzten Kriterien hat die Ampel-Koalition gegen die Mahnungen der Praktikerinnen und Praktiker durchgeboxt. Eine Vorhaltepauschale, die weiterhin von der Zahl der behandelten Fälle abhängig ist, die weder Existenzabsicherung noch Entbürokratisierung bietet. Das Gesetz macht praxisuntaugliche Vorgaben beispielsweise bei Facharztbesetzungen und Mindestfallzahlen. Wir hoffen jetzt im Jahr 2025, dass die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken im Verbund mit den Ländern die notwendigen Korrekturen an der Reform zeitnah auf den Weg bringt.

Das vergangene Jahr war ebenso intensiv vom Bangen um die wirtschaftliche Existenz vieler Krankenhäuser geprägt. Die historische Defizitkrise als Folge der seit 2022 ungedeckten Inflationskosten hat den einstigen Bundesgesundheitsminister bis zum Ende nicht interessiert. Alle Appelle – auch an die Bundestagsabgeordneten der alten Koalition – verhallten ungehört. Nun setzen wir darauf, dass die neue Regierung schnell handelt und die Kliniken stabilisiert.

Ganz anders lief das Verfahren der neuen Krankenhausplanung auf Landesebene. Hier hat das NRW-Gesundheitsministerium von Beginn an alle Betroffenen integriert: Ärztekammern, Pflegekammer, Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Bis Jahresende 2024 erhielten alle NRW-Krankenhäuser ihre Bescheide und wussten, welche Leistungsgruppen sie zukünftig anbieten dürfen. Dass auch hier schmerz-hafte Einschnitte drohen, war allen Beteiligten bewusst. Doch ist die neue Planungssystematik ein gemeinsam getragenes Konzept. Das zeigte sich nicht zuletzt in einer denkwürdigen gemeinsamen Pressekonferenz im Juli 2024 in der nordrhein-westfälischen Landesvertretung in Berlin mit der Botschaft: „NRW wirkt. NRW reicht.“ 2024 fanden zuvor zehn regionale Konferenzen zur Krankenhausplanung statt. Danach erhielten die Beteiligten einen Überblick über die Systematik des Verfahrens. Als bald starteten die Anhörungsverfahren für die verschiedenen Planungsebenen in einem transparenten Prozess. Jede Stellungnahme wurde in den beiden Anhörungsrunden vom Ministerium geprüft. Bis Jahresende 2024 verschickten die fünf Bezirksregierungen auf dieser Basis die Feststellungsbescheide mit einer dreimonatigen Übergangsfrist für 54 Leistungsgruppen und einer zwölfmonatigen für die übrigen. Die Einbindung von Beginn an sorgte dafür, dass die Umsetzung die Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Regionen sicherstellt. 2025 muss sich dann beweisen, dass dies ein lernendes System ist.

Das Land hatte bereits im Koalitionsvertrag festgelegt, 2,51 Milliarden Euro für die Umsetzung der Krankenhausplanung und für Klimaanpassungsmaßnahmen bereitzustellen. Bereits im ersten Antragszeitraum bis 2. April 2024 belief sich das Antragsvolumen der Krankenhäuser auf rund sieben Milliarden Euro. Daran zeigt sich, was die KGNW immer betont hat: Die vom Land bereitgestellte Summe kann nur ein Einstieg in die Umsetzung sein. Ein erster wichtiger Schritt, weitere müssen folgen. Nur so lassen sich die Umsetzungen der NRW-Krankenhausplanung vollständig finanzieren. Das schließt auch die Transformationskosten ein. Wir erwarten, dass auch diese Kosten und nicht nur Bauinvestitionen abgedeckt werden.

Doch auch andere Themen haben das Jahr 2024 geprägt:

Immer wichtiger wird der Klimaschutz in den Krankenhäusern. Die KGNW-Initiative Klimaneutrales Krankenhaus konnte ihr umfassendes Angebot

für die NRW-Krankenhäuser noch ausbauen. KLIK green NRW wurde Mitte 2024 zu „Plan H“, dem Planetary-Health-Kurs für Klimaschutz und Nachhaltigkeit in Gesundheitseinrichtungen, weiterentwickelt, den das Deutsche Krankenhausinstitut gemeinsam mit KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. und der KGNW mit Unterstützung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bundesweit anbietet. Die Anfang 2024 erfolgreich gestartete, von der KGNW mit Förderung des NRW-Klimaschutzministeriums entwickelte Online-Plattform www.klimaschutz-im-krankenhaus.de wird absehbar bundesweite Relevanz erhalten.

Erstmals wurden in der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS) die Aussetzung von zwei Verfahren beschlossen, ein weiteres verzögert sich. Die Datenannahmestelle Krankenhaus bei der KGNW knackte für das Erfassungsjahr 2023 bei den Datensätzen erstmals die Millionenmarke.

Die Entwicklung bei den digitalen Anwendungen in der Telematikinfrastruktur (TI) kam auch in diesem Jahr nur langsam voran. Es laufen aber die Vorbereitungen für den Start des E-Rezepts im Entlassmanagement, der „ePA für alle“ und der freiwilligen Nutzung von TIM, dem Messenger für die Telematikinfrastruktur. Erfolgreich setzte sich die KGNW-Initiative „Das digitale Krankenhaus“ bis zu ihrem Abschluss Ende 2024 fort. Im Bereich der Datenerhebung und -analyse wurde die Umstellung der technischen Plattform für Datenanalysen erfolgreich abgeschlossen.

In rechtlicher Hinsicht war das Jahr 2024 von der Umsetzung zahlreicher Gesetzesänderungen, etwa bei tagesstationärer Behandlung, Hybrid-DRGs und Qualitätskontrollen, geprägt. Auch beim Disease-Management-Programm (DMP) gab es zahlreiche Anpassungen. Alles ist mit zusätzlichem bürokratischem Aufwand für die Krankenhäuser verbunden.

Es gab weitere wichtige Themen, die die Krankenhäuser und die Geschäftsstelle beschäftigt haben – wie etwa Gewaltprävention und die Gestaltung des Pflegeberufs. Sie spiegeln sich im vorliegenden Geschäftsbericht 2024 wider. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Ein Systemumbau im Blindflug

Lauterbachs Machtkampf – Patientinnen und Patienten verlieren Versorgungssicherheit

Am 22. November 2024 erlischt die vorerst letzte Hoffnung: Die lange von den Krankenhäusern und den Bundesländern als praxisuntauglich kritisierte Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach kann in Kraft treten. Obwohl die Ampel-Koalition bereits Geschichte ist, verhindern die Bundesländer mit SPD- und Grünen-Beteiligung in den Landesregierungen eine Überarbeitung der Reform im Vermittlungsausschuss von Bundesrat und Bundestag. Es wäre die letzte Gelegenheit gewesen, das so genannte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) korrigieren zu können. Denn der Name des Gesetzes, das der Bundestag am 17. Oktober 2024 mit der Ampel-Mehrheit beschließt, steht im Gegensatz zur erwartbaren Wirkung. So gelingt im Bundesrat nicht, was exakt

ein Jahr zuvor geglückt war, als die Länder das Krankenhaustransparenzgesetz (KTG) in den Vermittlungsausschuss schickten. Seitdem allerdings ist das politische Klima zwischen Bund und Ländern zumindest vorübergehend endgültig in einen Konfrontationsmodus gewechselt.

Aus Sicht von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ist es auch ein unfreundlicher Akt, dass die Länder sein Transparenzgesetz ausbremsen. Er wirft den Bundesländern unter Unions- oder Grünenführung Blockadepolitik vor. Sie torpedierten den geplanten Klinik-Atlas und schadeten so den Patientinnen und Patienten. Und sie riskierten eine Insolvenzwellen, weil das KTG doch bis zu acht Milliarden Euro Liquidität für die Krankenhäuser enthalte. Es ist eine der vielen

Schaufensterbotschaften des Ministers, die mit der Realität nur wenig zu tun haben. Mit solchen Hilfen lockt und pokert er politisch, es bleiben aber leere Versprechen. Das gilt ebenso für sein Transparenzversprechen an die Bürgerinnen und Bürger, das im Laufe des Jahres im Fiasko enden wird. Was Minister Lauterbach nicht verspricht, aber dafür auslöst, ist ein neuerlicher Bürokratieschub durch das KTG.

Länder und Krankenhäuser haben triftige Gründe, das Transparenzgesetz verhindern zu wollen. Nicht weil sie Transparenz verhindern wollen, die es längst mit Klinikverzeichnissen und öffentlichen Qualitätsdaten wie dem Deutschen Krankenhausverzeichnis gibt, sondern weil das Gesetz die Weichen falsch stellt.



Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach am 17. Oktober im Bundestag

Mit seinem Blockadevorwurf gegen die Bundesländer verdreht der Bundesgesundheitsminister die politischen und faktischen Realitäten. Durch seine Behauptung, ohne eine Zustimmung des Bundesrats zum Transparenzgesetz und zur Krankenhausreform drohe eine ungeahnte Insolvenzwellen bei den Krankenhäusern, blende er die eigene anhaltende Untätigkeit als verantwortlicher Minister schlicht aus, reagiert KGNW-Präsident Ingo Morell in einer Pressemitteilung: „Wenn er jetzt so tut, als sei diese Entwicklung die Schuld der Bundesländer, wirft er anderen seine eigene Untätigkeit vor.“ Und die angekündigten Liquiditätshilfen des Bundesgesundheitsministers seien lediglich ein Vorziehen von bereits bestehenden finanziellen Ansprüchen der Krankenhäuser an die Krankenkassen, die die Finanzierung der Pflegepersonalkosten betreffen.

Dass Minister Lauterbach sein Transparenzgesetz mit zusätzlichen Liquiditätsversprechen verknüpfe, lasse befürchten, dass er den Ernst der Lage noch immer nicht erkannt habe, mahnt KGNW-Präsident Morell: „Statt die strukturellen Kostensteigerungen logisch und nachhaltig im Finanzierungssystem aufzufangen, doktort der Minister etwas an Symptomen herum. Er stellt immer wieder vage Zusagen in Aussicht für eine entfernte Zukunft, die viele Krankenhäuser nicht mehr erleben werden. Die Folgen treffen direkt die Patientinnen und Patienten, ebenso die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser und am Ende die Städte und Gemeinden. Nicht die Bundesländer blockieren die effiziente Absicherung der Krankenhäuser, es ist der zuständige Bundesgesundheitsminister.“

„Zurück in der Spur“

Das Jahr, in dem die Ampel-Koalition ihre Krankenhausreform durchbringen und in Kraft setzen will, steht nicht nur finanziell, sondern auch politisch unter keinem guten Stern. Die schon zu Jahresbeginn belastete Atmosphäre wird noch viel frostiger werden. Gegenüber seinen Kolleginnen und Kollegen der Länder macht der Bundesgesundheitsminister seine Reformpläne zum Machtkampf: In einer Schalte der Gesundheitsministerkonferenz am 29. Januar 2024 erklärt Lauterbach, dass er die Krankenhausreform nicht

länger als gemeinsames Projekt sieht. Das Gesetz werde nicht zustimmungspflichtig sein und damit ohne Zustimmung der Länder auskommen. Alle die Bundesländer betreffenden Regelungen will Lauterbach vielmehr in zustimmungspflichtigen Verordnungen regeln. Damit vollzieht der Minister eine 180-Grad-Wende. Zuvor hatte er eine Lösung im Konsens zugesagt. Vor der Presse verkauft Lauterbach das gebrochene Versprechen als Triumph, die Krankenhausreform sei damit „zurück in der Spur“. Auch aus Kreisen der Ampel-Fraktion erfährt die KGNW, dass die Krankenhausreform nun auch nicht mehr kompatibel zur NRW-Krankenhausplanung gestaltet werde, sie werde strikt nach Parteilinie nur noch mit den SPD-regierten Bundesländern koordiniert. „Zurück in der Spur“, das wird dieses Jahr 2024 zeigen, bedeutet für den Bundesgesundheitsminister vor allem, dass er seinen Kurs knallhart und ungeachtet aller Kritik und aller Widerstände durchdrücken will. KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum warnt deshalb in einer Reaktion auf die Kehrtwende den Minister davor, die verfassungsrechtlich verbrieft Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung aushebeln zu wollen. „Wir erleben es seit zweieinhalb Jahren, dass der Bundesgesundheitsminister seine Politik ohne Rücksicht auf Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäuser plant. Jetzt stellt er sich auch noch trotzig gegen die Länder und damit gegen die Verfassung, indem er seine ideologische Linie mit aller Gewalt durchsetzen will. Die Patientinnen und Patienten werden die Verlierer dieses Kurses sein, weil sie in einem Land mit einer drastisch zusammengeschmolzenen Krankenhausversorgung aufwachen werden. Denn es ist derselbe Minister, der schon jetzt achselzuckend den kalten Strukturwandel bei den Krankenhäusern befördert.“

Es ist keine Mahnung im luftleeren Raum: Eine 14 Tage zuvor vorgestellte Studie der Hamburger Analysefirma Vebeto belegt eindeutig, dass die von Minister Lauterbach angekündigte Vorhaltefinanzierung keines der lauthals postulierten Ziele von Entökonomisierung, Entbürokratisierung und Existenzsicherung ländlicher Krankenhäuser erfüllt. Hintergrund: Im damals aktuellen Arbeitsentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) soll eine Vorhaltefinan-

zierung für den stationären Bereich Teile der reinen DRG-Finanzierung ersetzen, damit Krankenhäuser Schwankungen bei Patientenzahlen besser ausgleichen könnten. Basis bilden Fallzahlen der Vorjahre. Wenn sich Fallzahlen einmal maximal 20 Prozent nach oben oder unten verändern, soll das Vorhaltebudget jedoch nicht kurzfristig angepasst werden, sondern beim letzten festgelegten Wert bleiben.

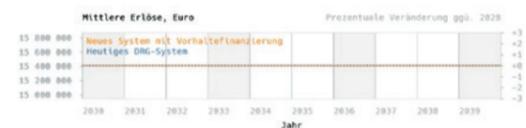
Entzauberung des Lauterbach'schen Finanzierungskonzeptes



In einer Pressekonferenz am 16. Januar 2024 bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Berlin erläutern die Vebeto-Analysten, dass das Lauterbach'sche Modell der fallzahlabhängigen Vorhaltefinanzierung für viele Krankenhäuser keine höhere finanzielle Sicherheit bringe. So könnten etwa Fallzahlschwankungen in einer Leistungsgruppe – als ein statistisch völlig normales Phänomen – für Krankenhäuser zum Ausschluss aus der Vorhaltekostenpauschale in diesem Bereich führen. Einen Ausweg aus dem Hamsterrad schaffe das System nicht. Zwar bringe der vorgesehene Korridor von 20 Prozent mehr oder weniger Fällen etwas Stabilität. Diese erschwere es aber insbesondere großen Krankenhäusern, für eine mit der Reform angestrebte Fallzahlausweitung als Folge der Spezialisierung auch eine höhere Vorhaltekostenpauschale zu erhalten.



Wenn sich das Leistungsgeschehen am Standort und im Land nicht ändert, bleiben auch die Erlöse gleich.



Wenn sich ein Standort mit seinem bestehenden Leistungsgeschehen nicht auskömmlich finanzieren kann, hilft die Vorhaltefinanzierung im Vergleich zum jetzigen DRG-Fallpauschalensystem nicht weiter.

Erwartungen an das Reformjahr 2024 PRESSEKONFERENZ, 16. JANUAR 2024

Vebeto-Geschäftsführer Dr. Hannes Dahnke

Die Entzauberung des Finanzierungskonzepts kommentiert KGNW-Präsident Ingo Morell in einer Stellungnahme mit klaren Worten: „Diese vorgebliche Reform der Krankenhausfinanzierung bringt keine Verbesserung – sie verschärft die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser sogar eher. Die Versprechen von Entökonomisierung und Entbürokratisierung sind heute geplatzt wie Seifenblasen. Gleiches gilt für die Zusage, dass kleine ländliche Kliniken mit Vorhaltekosten ihre Existenz sichern können. Eine Finanzierungsreform, die einen absehbaren harten Strukturbruch für die Daseinsvorsorge riskiert, richtet sich gegen die Patientinnen und Patienten.“ Von Bundesgesundheitsminister Lauterbach fordert Morell darum eine umgehende Kursänderung: „Sein angeblich wissenschaftlich getriebenes Vorgehen ist heute wissenschaftlich entzaubert worden. Wenn wir eine nachhaltige Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft erreichen wollen, gelingt dies nur im Dialog mit allen Beteiligten.“

Vom Bundesgesundheitsminister hört man dazu kein Wort – wie immer, wenn es nicht gut für ihn läuft. Er kündigt stattdessen die Zusammenarbeit mit den Ländern auf. Die Krankenhäuser zeigen ihm dafür die rote Karte: In einer gemeinsamen Erklärung der DKG mit allen Landeskrankenhausesgesellschaften, darunter die KGNW sowie zahlreiche Krankenhausträgerverbände, rufen die Kliniken den Minister zur Rückkehr auf einen gemeinsamen Kurs auf. Es ist ein dringender Weckruf: „Herr Minister Lauterbach, wachen Sie auf! Sie sind kein Revolutionär, und das Land braucht keine Revolutionen. Sie sind

der deutsche Gesundheitsminister und verantwortlich dafür, dass die Gesundheitsversorgung nicht aus den Fugen gerät. Kehren Sie zurück auf den Boden der Realität und kümmern Sie sich um die berechtigten Anliegen der Menschen auch in den ländlichen Regionen.“ So beginnt die Erklärung, die den Minister ermahnt, gegenüber Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und allen anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser Respekt zu zeigen, statt ihre tägliche Arbeit mit den Patientinnen und Patienten schlechtzureden. „Denn wir tragen ganz konkret die Verantwortung für die Krankenhausversorgung von mehr als 84 Millionen Menschen. Das ist auch Ihre Aufgabe, werden Sie ihr gerecht, Herr Minister Lauterbach.“ Der reagiert auch hiernicht. Das politische Klima ist auf einem bisher nicht erreichten Tiefpunkt – aber noch nicht dem tiefsten.

Derweil läuft vor und hinter den Kulissen das politische Tauziehen um das Krankenhaustransparenzgesetz weiter. Es steht in der Kritik, weil der damit angestrebte Krankenhausatlas für einen enormen Bürokratieschub in den Krankenhäusern sorgen würde. Der Minister möchte erreichen, dass Patientinnen und Patienten sofort erkennen, ob ein Krankenhaus in einer Leistungsgruppe gut oder schlecht sei. Damit will er seine Erzählung von einer „schlechten Medizin“ in den Kliniken unterfüttern. Lauterbach lockt die SPD-geführten Länder mit der Möglichkeit, dass die Krankenhäuser endlich einen Ausgleich für die enormen Inflationskosten erhalten sollten: Der Landesbasisfallwert solle erhöht werden. Der Köder

wirkt: Am 22. Februar 2024 lässt der Vermittlungsausschuss von Bundesrat und Bundestag das KTG ohne Änderungen passieren, die von CDU und Grünen geführten Bundesländer können sich nicht durchsetzen und Korrekturen erzwingen. Indes: Von dem luftig versprochenen Inflationsausgleich will der Minister danach nichts mehr wissen.

KGNW-Präsident Ingo Morell reagiert deutlich: „Die vom Bundesgesundheitsminister genannten Liquiditätsmittel von 6 Milliarden Euro sind schlicht eine Luftbuchung, denn wie diese Summe zustande kommt, ist noch immer sein Geheimnis. Das Geld aus dem Pflegebudget steht den Krankenhäusern ohnehin längst zu und ist verplant. Viele Häuser mussten dies über Kredite vorfinanzieren, müssen das Geld also gleich für die Tilgung einsetzen. Mit kurzfristigen Liquiditätsschüben kann man keiner strukturellen Kostenexplosion begegnen. Ein Gesundheitsökonom wie der Bundesgesundheitsminister sollte das wissen.“

Minister Lauterbach, der eben erst erfolgreich einen Keil zwischen die Länder getrieben hat, bekommt nun die Quittung: Die von ihm getäuschten Bundesländer rücken wieder enger zusammen. Und die Krankenhäuser ächzen weiter unter der Defizitkrise, weil ihnen der Bundesgesundheitsminister einen fairen Inflations- und Tarifkostenausgleich weiterhin verweigert. Längst müssen viele Träger überlegen, wie sie dem wachsenden Minus begegnen können. Auch Leistungseinschränkungen gehören dazu. Deshalb bereitet die Deutsche Krankenhausgesellschaft zusammen mit den Ländern eine Plakat-Kampagne vor, um Lauterbachs direkte Verantwortung für die Folgen der fehlenden Refinanzierung zu verdeutlichen.

Lauterbachs Entgleisung

Dem Bundesgesundheitsminister gelangen Motiv-Entwürfe aus der Entwicklung dieser Kampagne zur Kenntnis, auf die er mit einer heftigen Entgleisung auf seinen Social-Media-Accounts bei Facebook, Instagram und X reagiert: Minister Lauterbach schreibt von einer „Hetz-Kampagne“, die in der Argumentation der AfD gleiche. Als Reaktion auf diesen unsäglichen Vergleich veröffentlichten die Krankenhausträger aus allen Bundesländern einen

offenen Brief mit der Aufforderung, endlich den Dialog mit den Krankenhäusern über die notwendige Krankenhausreform zu suchen: „Anstelle eines konstruktiven Dialogs haben Sie von Anfang an darauf gezielt, Ihre Reform gegen die Gemeinschaft der Krankenhausträger durchzusetzen“, heißt es in der Stellungnahme der 16 Landeskrankengesellschaften – darunter der KGNW. Die Unterzeichner warnen darin vor einer spürbar ausgedünnten Versorgung für die Patientinnen und Patienten: „Die Krankenhausversorgung in Deutschland steht mitten in einem kalten Strukturwandel. Neben den bekannten Insolvenzen und Krankenhausschließungen sind praktisch alle Krankenhausträger aktuell gezwungen, harte Kostensenkungsmaßnahmen durchzuführen, die unweigerlich auch zu einer Beeinträchtigung der Patientenversorgung führen werden. Auf diese Zusammenhänge und Ihre Verantwortung als zuständiger Minister hinzuweisen, ist keine ‚Hetze‘, sondern notwendiger Ausdruck unserer tiefen Sorge um die Patientenversorgung in Deutschland.“ Darauf zielt die Plakat-Kampagne. Der Minister schade der Demokratie mit seinem Versuch, seine „inhaltlichen Kritiker bei der Krankenhausreform mundtot zu machen und zu diskreditieren“.

Bereits kurz nach dem von Minister Lauterbach veröffentlichten Vergleich der Krankenhäuser mit der Argumentation der AfD erhält er viele Hundert kritische Kommentare von Betroffenen aus den Kliniken. Auch die KGNW äußert ihren Protest in einem Facebook-Kommentar sowie bei LinkedIn und forderte eine Entschuldigung des Ministers: „Menschen aus mehr als 100 Nationen stehen in NRW gemeinsam für die Krankenhäuser, für eine sichere Daseinsvorsorge, für kranke Menschen da zu sein. Niemand von ihnen hat diesen Vergleich verdient. Herr Minister Lauterbach, Ihr AfD-Vergleich ist infam. Wir erwarten von Ihnen eine Entschuldigung. Nehmen Sie diesen unerträglichen Vergleich zurück und kehren Sie zu normalen demokratischen Formen des politischen Disputts zurück.“

Die Entschuldigung bleibt allerdings aus. Und auch seine harte Haltung in Bezug auf die beispiellose Defizitkrise der Krankenhäuser ändert sich nicht. Kommentarlos wird der AfD-Text von Minister Lauterbach gelöscht. Die Entgleisung des Ministers, seinen Ausflug unter die Gürtellinie des demokratischen Diskurses soll die Nachwelt offenbar einfach vergessen, bedeckt mit dem Mantel des Schweigens.

Stichwort: Defizitkrise

Vier von fünf Krankenhäusern beginnen das Jahr 2024 unter der Erwartung, dass sie am Ende tief oder tiefer in den roten Zahlen stecken. KGNW-Präsident Ingo Morell erklärt zu Jahresbeginn: „Noch nie stand es um die Krankenhäuser in Deutschland und auch in NRW so schlecht wie jetzt: Vier von fünf Kliniken schließen das letzte Jahr mit hohen Defiziten ab, weil die Bundesregierung sie mit der inflationsbedingten Kostensteigerung alleinlässt. Ohne eine nachhaltige Finanzierung der Inflationskosten, die die Krankenhäuser seit fast zwei Jahren einfordern, droht schon bald in diesem Jahr eine ungeahnte Insolvenz- und Schließungswelle in den Krankenhäusern. Der Bundesgesundheitsminister hätte diese Entwicklung verhindern müssen, er hätte es auch gekonnt und die Krankenhäuser stützen können. Wenn er jetzt so tut, als sei diese Entwicklung die Schuld der Bundesländer, wirft er anderen seine eigene Untätigkeit vor.“

Die seit 2022 laufende Defizituhr der KGNW für die rund 330 NRW-Krankenhäuser erreicht trotz Einmalzahlungen der Bundesregierung eine immer höhere Milliarden dimension. Die Ergebnisse der jährlichen Frühjahrsbefragung im Krankenhaus-Index des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) ergibt ein düsteres Szenario: Danach bezeichnen nur noch sieben Prozent der Kliniken ihre wirtschaftliche Lage als gut oder sehr gut, 61 Prozent hingegen als schlecht oder sehr schlecht. Der bereits auf Jahresabschlüssen des Vorjahres fußende Krankenhausrating-Report bestätigt im Juni den dramatischen Trend: 70 Prozent der Kliniken erwarten demnach für 2024 ein negatives Ergebnis. Der fehlende Inflationsausgleich für die Jahre 2022 und 2023 stürzt die Krankenhäuser in eine historische Defizitkrise. Immer mehr Krankenhäuser und ihre Träger müssen ihre Rücklagen aufzehren, statt investieren zu können. Abteilungen werden geschlossen, Personal wird abgebaut.

Im September erinnert die KGNW deshalb an die Protest-Kundgebung mit mehr als 10.000 Klinikbeschäftigten aus NRW ein Jahr zuvor. Aber auch diese Demonstranten am 20. September 2023 vor dem Düsseldorfer Landtag haben den Bundesgesundheitsminister nicht bewegen können, ebenso wenig eine am selben Tag von CDU, SPD und Grünen initiierte Bundesratsinitiative. „Das bewusste Nichtstun der Bundesregierung kommt unterlassener Hilfeleistung gleich“, sagt KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum zum Jahrestag der bundesweiten Demonstrationen. „Jeden Tag müssen die 333 NRW-Krankenhäuser drei Millionen Euro draufzahlen, um die Patientinnen und Patienten stationär zu versorgen. Das ergibt ein monatliches Defizit von 92 Millionen Euro, weil die realen Kosten nicht vergütet werden.“ In der Folge sähen sich immer mehr Kliniken gezwungen, als Nächstes nur noch die Leistungen anzubieten, die sich noch rechnen.

Zwar räumt der Bundesgesundheitsminister beim DKG-Krankenhaushausgipfel im September ein, dass die Kliniken strukturell unterfinanziert sind. Und er kündigt neue Milliardenzahlungen an, doch folgen dem wieder keine ausreichend belastbaren politischen Entscheidungen. KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum erinnert an frühere leere Versprechungen. „Es ist allerhöchste Zeit, dass der Minister handelt. Dass er die Situation treffend beschreibt, aber bislang nichts gegen das Milliardendefizit unternommen hat, ist nicht mit seinem Amtseid zu vereinbaren.“

Als kurz nach Weihnachten das neue DKI-Krankenhaushausbarometer eine unverändert negative Prognose für 2025 gibt, spricht KGNW-Präsident Ingo Morell von einem „beispiellosen Destabilisierungsprozess“, als hätte man die Bedeutung der Krankenhäuser unter Corona vergessen. „Es findet ein nicht mehr nur schleichen-der Verzehr der wenigen Reserven statt, die die Kliniken hatten. Und auch die Träger haben keine Kapazitäten mehr, das unaufhörlich wachsende Defizit aufzufangen.“

Lauterbach bleibt tatenlos und schweigt.

Die Fronten sind verhärtet. Dafür sorgt hinter den Kulissen der Bundesgesundheitsminister – wie zu hören ist – mit Unterstützung des Bundeskanzlers. Die SPD-regierten Länder bleiben im Bundesrat dann auf Regierungslinie: In ihrer Sitzung am 22. März 2024 billigt die Länderkammer das KTG final. Die Länder folgen damit dem Ergebnis des Vermittlungsausschusses, gegen das die unionsgeführten Länder keine Mehrheit organisieren können. Von Inflationshilfen indes ist nichts zu sehen.

KGW-Präsident Ingo Morell drückt die große Enttäuschung der Krankenhäuser aus, die händeringend einen Ausweg aus der Krise suchen: „Es wird in diesen Tagen

überdeutlich: Bundesgesundheitsminister Lauterbach lässt bewusst möglichst viele Krankenhäuser in die Defizitkrise taumeln. Er kalkuliert offensichtlich eiskalt mit weiteren Klinik-Insolvenzen. Und zugleich nimmt er mit seinen Reformplänen den Ländern fast alle Möglichkeiten, die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser zu retten. Dass die SPD-geführten Landesregierungen aus Parteiräson davor einfach die Augen verschließen, obwohl sie es besser wissen, lässt uns ratlos zurück.“

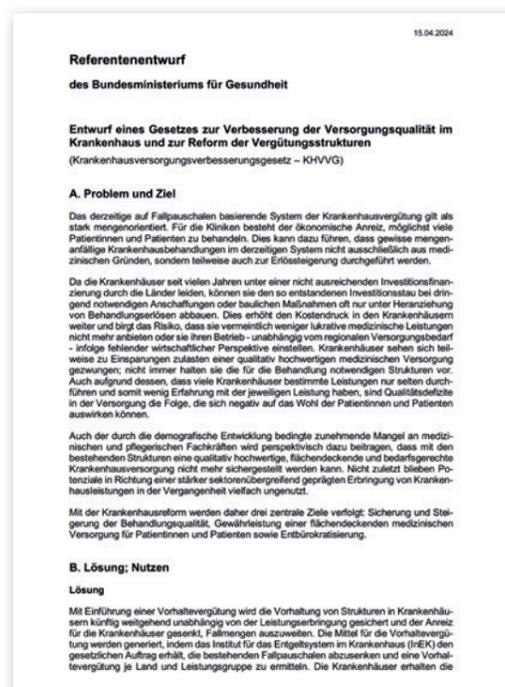
Klar wird: Nur eine ablehnende Haltung zum KTG hätte den Minister dazu bringen können, seine aus SPD-internen Gesprächen übermittelte Zusage für eine Erhöhung des Landesbasisfallwerts um-

zusetzen, statt sie nebulös bis zum KHVVG zu verschieben – und dann einzukassieren. Kurz vor dieser Bundesratssitzung wird nämlich ein Referentenentwurf zum KHVVG bekannt. Er landet am Wochenende um den 16. März 2024 auf intransparenten Wegen bei Abgeordneten der regierenden Ampel-Koalition sowie bei einigen Medien. Offiziell wird er nicht vorgelegt: Es dauert einen Monat bis zum 24. April 2025, bis das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Entwurf auf dem dafür üblichen Weg veröffentlicht. Darin findet sich kein Hinweis auf Lauterbachs Finanzhilfe-Versprechen an die Länder, lediglich eine Finanzierung der für 2024 ausgehandelten Tarifierhöhung ist noch vorgesehen.

Grundlagen der künftigen Krankenhausreform

Der Referentenentwurf legt die Grundlagen für die Krankenhausreform, in der Leistungsgruppen Maßstab für die künftige Vergütung sein sollen. Die zumutbare Fahrzeit zu einem Krankenhaus der Grundversorgung wird mit 30 Minuten festgelegt. Die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser nach Fallpauschalen soll aufgeteilt werden in 40 Prozent Vorhaltekosten für die vorhandene Klinikstruktur, 20 Prozent Pflegebudget und weitere 40 Prozent klassische DRG-Pauschalen – die Systematik bleibt fallzahlabhängig. Neu eingeführt werden Mindestfallzahlen (Mindestvorhaltezahlen) je Leistungsgruppe: Wenn eine Klinik sie unterschreitet, darf sie die Vorhaltekosten für

diese Leistungsgruppe nicht mehr abrechnen. Wo die Werte liegen, soll später festgelegt werden. In der Onkochirurgie sollen die Krankenhäuser, die die unteren 15 Prozent aller Fälle behandeln, diese verlieren und an Häuser mit höheren Fallzahlen abgeben. Die Facharztvorgaben für die Leistungsgruppen sind deutlich angehoben gegenüber dem NRW-Konzept. Das Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK) soll einen Grouper zu den Leistungsgruppen entwickeln. Überdies regelt der Entwurf die Grundlagen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, früher als „Level 1i-Kliniken“ benannt. Das Gesetz soll zustimmungsfrei bleiben. Alle Regelungen, über die die Bundesländer mitzuentcheiden haben, will Minister Lauterbach über Verordnungen festlegen.



KHVVG-Referentenentwurf des Ministeriums vom 15. April 2024



Die Antwort der DKG am 30. Mai 2024 in Form eines Positionspapiers

KHVVG – „eine einzige Enttäuschung“

Die Resonanz auf das KHVVG fällt in der Gesundheitsbranche verheerend aus. Für die Krankenhäuser übernimmt der DKG-Vorstandsvorsitzende Dr. Gerald Gaß schon im März eine erste Einordnung mit einem Kernsatz: „Wenn man den gesamten Gesetzentwurf an den Zusagen des Ministers im Vorfeld misst – Entökonomisierung, Entbürokratisierung, Existenzsicherung für kleine Kliniken – ist das Ergebnis eine einzige Enttäuschung.“ Das begründet er ausführlich: „Der jetzt vorgelegte Gesetzentwurf zeigt, wie Bundesgesundheitsminister Lauterbach seinen Plan von der Zentralisierung der Krankenhausversorgung umsetzen möchte. Die Stichworte dazu sind: kleinteilige Struktur- und Personalvorgaben sowie Mindestfallzahlen als Voraussetzung für die Leistungserbringung und dazu eine Finanzierung, die die Universitätskliniken besonders fördert und Grundversorgungs-krankenhäuser benachteiligt.“

Dass die Krankenhäuser um die Gestaltung einer Krankenhausreform ringen und sie nicht grundlegend bekämpfen, erklärt KGW-Präsident Ingo Morell im April in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung: „Auch die Krankenhausgesellschaft hat ihre Haltung inzwischen geändert: Wir kämpfen nicht mehr für jedes Krankenhaus, an manchen Standorten ist eine Schließung oder Zusammenlegungen zweier Häuser der richtige Weg. Aber wir plädieren für einen geordneten Prozess, der von der Versorgung der Menschen



NRW-Minister Laumann droht mit Klage

ausgeht. Und dann entscheidet man, welche Kliniken nötig und welche verzichtbar sind.“

Die DKG legt später ein umfassendes Positionspapier vor, das mit der KGNW und den anderen Landeskrankengesellschaften abgestimmt ist. Erste Forderungen: ein umfassender Inflationsausgleich für die Jahre 2022 und 2023 und die vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen. Zwar begrüßt die DKG die Einführung einer Krankenhausplanung anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen, dabei sei allerdings zunächst die NRW-Leistungsgruppensystematik 1:1 („NRW pur“) umzusetzen. Auf dieser Basis solle es später eine Weiterentwicklung geben. Die geplante Einführung von fünf zusätzlichen Leistungsgruppen, die Mindestfallzahlen, höhere Facharztvorgaben sowie die massiven Beschränkungen der Kooperationsmöglichkeiten seien nicht mit der NRW-Leistungsgruppensystematik zu vereinbaren. Überdies fehle eine Auswirkungsanalyse, um die Folgen für die Versorgungslandschaft überhaupt abschätzen zu können.

Die geplante Vorhaltevergütung verursache massiven Bürokratieaufwand und erreiche die wesentlichen politischen Ziele nachweislich nicht. Stattdessen sollten wesentliche Strukturkosten in den Jahren 2025 und 2026 zunächst über bereits etablierte Finanzierungsinstrumente (Sicherstellungszuschlag, Notfallstufenzuschlag, Zentrumszuschlag) ausgeglichen werden.

Für die Zeit ab 2027 sollte gemeinsam mit den Akteuren der Selbstverwaltung eine tragfähige und zielgenaue Methode der Strukturkostenfinanzierung entwickelt werden.

„Die Revolution frisst Ihre Krankenhäuser“

Die Länder, auch Nordrhein-Westfalen, sind über die Vorgehensweise des Bundesministers verärgert. Beim Gesundheitskongress des Westens im April in Köln warnt NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann seinen Bundes-Kollegen Lauterbach: Falls dieser das KHVVG ohne Beteiligung der Länder zum nicht zustimmungspflichtigen Gesetz erkläre, werde NRW zusammen mit Bayern und Schleswig-Holstein Klage beim Bundesverfassungsgericht einreichen. Laumann fordert eine belastbare Auswirkungsanalyse, wie sich das neue Finanzierungsmodell konkret auf die Krankenhäuser niederschläge. Das müsse vorher berechnet werden.

Die Länder müssen auch aus Sicht von KGW-Präsident Ingo Morell ihre Interessen vertreten, wie er in einem Gastbeitrag für die Frankfurter Allgemeine schreibt: „Es mag sein, dass der Bundesgesundheitsminister darauf setzt, dass die SPD-geführten Bundesländer ihm die Stange halten, weil sie die labil wirkende Ampel-Koalition nicht weiter destabilisieren wollen. Alle Landesregierungen sollten wachsam bleiben, dass sie nicht zur ausführenden Behörde verzerrt werden, während die Bundesregierung im Blindflug die Krankenhausversorgung schrumpft. Die Patientinnen und Patienten müssen mit diesen Strukturen dann irgendwie zurechtkommen. Denn die Botschaft an sie ist: ‚Die Revolution frisst Ihre Krankenhäuser.‘“

Auf die Verabschiedung des KHVVG-Entwurfs im Bundeskabinett muss Minister Lauterbach indes noch warten, weil die interne Abstimmung länger dauert. Und obwohl die verfassungsrechtliche Prüfung noch nicht abgeschlossen ist, schickt das Bundeskabinett das Gesetz am 15. Mai mit drei Wochen Verspätung auf die parlamentarische Reise.

Der Vorstand der KGNW reagiert tags darauf mit einer sieben Punkte umfassenden Erklärung. Darin hinterfragt die KGNW-

Spitze, warum Minister Lauterbach die Unterfinanzierung der Krankenhäuser im KHVVG anerkennt, aber ihre wirtschaftliche Stabilisierung ablehnt. Der Vorstand fordert den Minister unter anderem auf, seinen Alleingang zu beenden: „Diese wichtige Reform darf nicht zu einem Spielball der parteipolitischen Interessen reduziert werden. In Nordrhein-Westfalen ist dieser Prozess mit einem Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung erfolgreich gewesen und hat zu einem historischen Konsens aller Beteiligten – zum Beispiel Krankenkassen, Ärztekammern, Pflege und Krankenhausgesellschaft – geführt.“ Auch in der Systematik müsse die NRW-Krankenhausplanung zum Reformstart als Basis dienen. Von Lauterbach verlangt der KGNW-Vorstand, dass er die Folgen der Krankenhausreform transparent macht: „Gerade weil unabhängige Analysen die Reformziele Entökonomisierung,

Entbürokratisierung und Stabilisierung ländlicher Krankenhäuser infrage stellen, muss der Minister den Nachweis antreten, wie das KHVVG die Krankenhauslandschaft verändern wird.“

Länder misstrauen dem Minister

Zwei Wochen später sprechen Bund und Länder erneut über offene Fragen. Denn mit dem Referentenentwurf hat das Bundesgesundheitsministerium auch die Positionen und Forderungen der Länder unberücksichtigt gelassen. Grundlage des Bund-Länder-Gesprächs ist darum ein elf Punkte umfassender Forderungskatalog, den die Länder am 30. April veröffentlicht haben. Unter anderem bemängeln sie die fehlende Auswirkungsanalyse, eine fehlende finanzielle Sicherung der Krankenhäuser, sie vermissen ein Finanzierungskonzept, sie fürchten Fehlanreize

und halten viele Regelungen für praxisuntauglich. Und natürlich fordern die Länder Mitsprache ein.



GMK-Vorsitzende Prof. Kerstin von der Decken



Gesundheitsministerkonferenz mit Minister Lauterbach (vorne Mitte) Mitte Juni in Travemünde/Schleswig-Holstein

Nach dem Gespräch zwischen Regierungsfractionen, Gesundheitsministerinnen und -ministern sowie Gesundheitssenatorinnen der Länder und dem Bundesgesundheitsminister in Berlin bleibt die Konfliktlage unverändert.

Im Anschluss lässt die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), die schleswig-holsteinische Ministerin Prof. Kerstin von der Decken, Misstrauen erkennen: „Länder, Kliniken und Patientinnen und Patienten benötigen mehr

als nur mündliche Ansagen. Erforderlich ist eine verbindliche Einarbeitung der offenen Punkte in den Gesetzesentwurf, damit wir die gemeinsamen Ziele einer guten und tragfähigen Reform erreichen.“

Exkurs: Der Klinik-Atlas

Sein Krankenhaustransparenzgesetz hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach als ein Kernstück seiner Reform angepriesen. Mit den darin enthaltenen Informationen will er die Patientinnen und Patienten von angeblich „schlechter Medizin“ abhalten und in die aus Bundessicht „richtigen“ Krankenhäuser lenken. So weit, so abenteuerlich, so stümperhaft: Denn der – zwei Wochen verspätete – Start des Bundes-Klinik-Atlas im Mai gerät zu einem gewaltigen Fiasco für den Minister und zu einer ernsten Gefahr für Menschen, die sich darauf verlassen sollen. Auch bei der KGNW gehen reihenweise Beschwerden über fehlerhafte und damit oft irreführende Darstellungen im Bundes-Klinik-Atlas der Bundesregierung ein. Dabei stoßen die falschen Darstellungen nicht nur den Geschäftsführungen, sondern sehr oft den Ärztinnen und Ärzten auf, die sich in ein unfaires Licht gerückt sehen. Die von Lauterbach als „Maßstab von Transparenz und Aufklärung für Patientinnen und Patienten“ angekündigte Online-Plattform liefert offenbar damit zumindest in Teilen das Gegenteil dessen, was man von einer amtlichen Datenbank der Bundesregierung auch schon zum Start erwarten muss: ein korrektes und verifiziertes, damit verlässliches Bild der Krankenhausversorgung in Deutschland.

Viele Krankenhäuser machen ihre Kritik über ihre Social-Media-Kanäle und Pressemitteilungen öffentlich. „Bundes-Klinik-Atlas gefährdet Patientenwohl“, titelt etwa das Hochsauerland-Klinikum. Der mangelhafte Bundes-Klinik-Atlas zeigt mustergültig das, was auch bei Krankenhausreform und weiteren Gesetzesvorhaben droht: Hinter politischen Schaufensterbotschaften stecken schwere handwerkliche Mängel. Deshalb sammelt die KGNW die Beispiele für Falschdarstellungen im Bundes-Klinik-Atlas. Krankenhäusern, die bereits rechtliche Schritte in Betracht ziehen, empfiehlt die KGNW, eine detaillierte und begründete Darstellung der Fehler/Falschdarstellung mit Korrekturforderung formell mittels eingeschriebenen Briefes an die zuständige Stelle, das Bundesministerium für Gesundheit, zu senden.

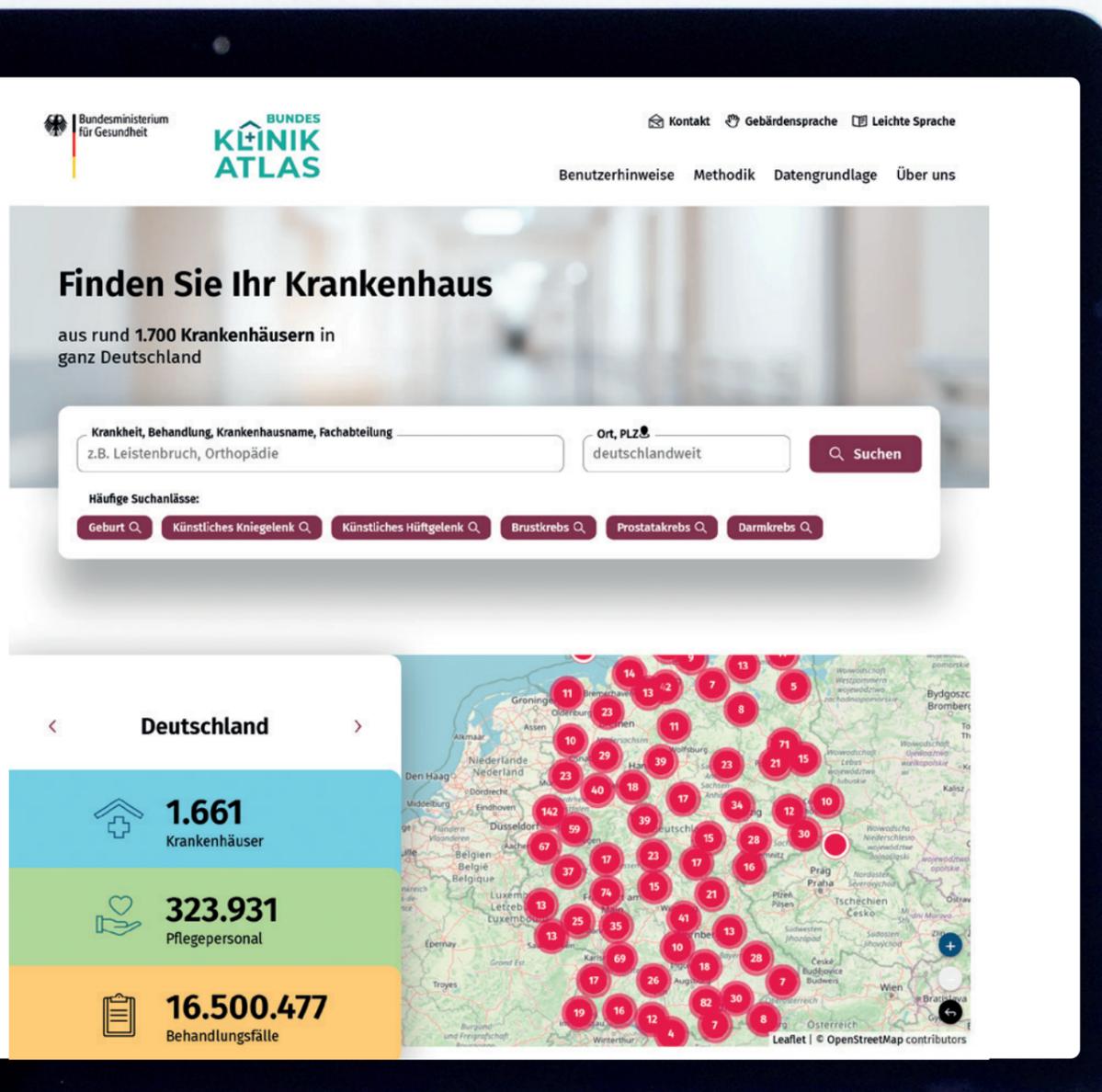
Der Bundesgesundheitsminister bleibt auch dieses Mal stur. Die bewährte und vom BMG lange unterstützte Online-Plattform Deutsches Krankenhausverzeichnis lässt er ohnehin nicht gelten, obwohl dort ein valider Stand der Klinikversorgung abgebildet ist. Das Festhalten an seinem Online-Atlas mit der Einteilung der Krankenhäuser in vermeintliche Qualitätsklassen kritisiert KGNW-Präsident Ingo Morell deutlich: „Die Krankenhäuser haben immer wieder betont, dass sie nichts gegen Transparenz haben. Doch der Bundes-Klinik-Atlas schafft keine Transparenz, er gaukelt ein Trugbild vor. Patientinnen und Patienten sollten hier verlässliche Informationen über Krankenhäuser, ihr Leistungs-

profil und besonders ihre Spezialisierung finden. Tatsächlich werden sie mit falschen Angaben mit dem offiziellen Siegel der Bundesregierung unsachlich und falsch informiert. Der Bundesgesundheitsminister, der den Krankenhäusern seit zwei Jahren immer wieder schlechte Qualität unterstellt und ihnen das Image von Puschbuden andichtet, ist selbst an einfachsten Qualitätskriterien – Plausibilität und Faktentreue – gescheitert. Den Schaden haben die Krankenhäuser, die den irritierten Patientinnen und Patienten erklären müssen, dass sie viel verlässlicher sind als der Bundes-Klinik-Atlas glauben machen will.“

Eine bundesweite Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) unter den Kliniken bestätigt den Eindruck: Vier von fünf Kliniken werden im Bundes-Klinik-Atlas des Gesundheitsministeriums mit zahlreichen falschen Daten aufgeführt. Als häufigsten Fehler nennen die Krankenhäuser falsche oder fehlende Daten zu Fallzahlen, Bettenzahlen und Notfallstufen. Außerdem ordne der Klinik-Atlas Fachabteilungen falsch zu, gebe falsche Zahlen zur Personalausstattung an und führe wichtige Zertifikate nicht auf. Sogar Adressen und Krankenhausnamen seien vielfach falsch, außerdem führten gängige Suchbegriffe zu konkreten Behandlungen vielfach nicht zum Erfolg.

Der Druck steigt weiter: 183 Fachgesellschaften, organisiert in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), fordern, den Klinik-Atlas aus Qualitätsgründen vom Netz zu nehmen, doch Minister Lauterbach bleibt zunächst wieder tatenlos und schweigt. Dann, einen Monat nach Start des Portals, lässt er einen Großteil der Informationen plötzlich wieder aus dem Netz nehmen und den Bundes-Klinik-Atlas nur für wenige ausgewählte Erkrankungen Angaben liefern. Mit diesem „Neustart“ stellt der Atlas in einem ersten Schritt nur noch die 20 „wichtigsten“ Eingriffe dar – von mehr als 20.000 Operationen, die in deutschen Krankenhäusern möglich sind. Die DKG kommentiert es als „Bankrotterklärung“ und fordert, der Bundes-Klinik-Atlas müsse sofort abgeschaltet und grundlegend überarbeitet werden.

Dem Minister ist es nur recht, dass der Bundes-Klinik-Atlas mit der Zeit aus dem Fokus gerät. Aber nicht für die Krankenhäuser, denen er später noch weitere Bürokratielasten aufbürdet, wie etwa eine minutengenaue Dokumentation der von Ärztinnen und Ärzten für einzelne Leistungsgruppen aufgewendeten Arbeitszeit. Sinnloses Ausfüllen von Dokumentationen statt Zeit für die Patientinnen und Patienten, Qualitätsverbesserungen à la Lauterbach. Den Beschäftigten in den Krankenhäusern fehlt dafür jedes Verständnis.



Screenshot des Bundes-Klinik-Atlas vom 17. Mai 2024. Von Beginn an enthielt die Seite fehlerhafte Angaben

Parlament als Rettungsanker



Dr. Gaß, DKG-Vorstandsvorsitzender beim DKG-Sommerempfang im Juli

Weil Minister Lauterbach und die Ampel-Gesundheitspolitiker der Regierungsfaktionen die Bundesländer abtropfen lassen, auch die eigenen Parteileute, bleibt nur noch das Parlament als Rettungsanker. „Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Länder haben dem Minister mit ihren fachlichen Stellungnahmen immer wieder Alternativen und Kompromisse angeboten. Immer wieder hat er diese ausgeschlagen“, seufzt der DKG-Vorstandsvorsitzende Dr. Gerald Gaß: „Die Krankenhäuser appellieren nun an die Bundestagsabgeordneten, den Minister zum Kompromiss zu drängen. Nach allen gescheiterten Kompromissversuchen ist nun das Parlament der letzte Ort, der noch in der Lage ist, eine praxistaugliche Reform durchzusetzen, die die Sicherung der Versorgung und die langfristige Finanzierbarkeit des Systems im Fokus hat.“

Noch einmal zeigen die Krankenhäuser ihre Bereitschaft, die Vorschläge zu einer Reform der Krankenhäuser konstruktiv zu begleiten. Konkret unterbreitet die DKG im Juli drei Vorschläge:

- „NRW pur“ soll zum Start als Blaupause bis Ende 2026 gelten: „Für die vom Bund geplanten weiteren Eingriffe, wie Mindestfallzahlen, verschärfte Personalvorgaben oder Einschränkungen bei der Kooperation von Krankenhausstandorten, gibt es heute weder Auswirkungen noch Erfahrungswerte. Diese Themen sollten in einer weiteren Phase der Reform ab dem Jahr 2027 besprochen und entschieden werden.“
- Die Vorhaltefinanzierung soll neu konzipiert, bis dahin ein Übergangsmodell

genutzt werden: „Schon heute gibt es im Finanzierungssystem Instrumente, die tatsächlich fallzahlunabhängig sind und wesentlich weniger komplex und bürokratisch sind als das im KHVVG geplante Konzept.“

- Weniger Bürokratie: „Eine wirkliche Entbürokratisierung mit konkreten und sofort umsetzbaren Schritten wäre ein maßgeblicher Beitrag zur wirtschaftlichen Stabilisierung und eine tatsächliche Chance zur Kostensenkung in den Krankenhäusern.“

55 konkrete DKG-Vorschläge für weniger Bürokratie

Beim Thema Entbürokratisierung macht die DKG ernst und legt Anfang August 55 konkrete Vorschläge vor.



55 Vorschläge zur Entbürokratisierung: (Mitte) DKG-Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Gaß, rechts daneben Prof. Dr. Henriette Neumeyer, stellvertretende DKG-Vorstandsvorsitzende

Begleitet wird dies durch die Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zur Bürokratiebelastung in deutschen Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien: Danach verbringen sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegekräfte rechnerisch jeden Tag täglich durchschnittlich drei Stunden mit Dokumentationsarbeiten, die häufig aber keinen Nutzen für die Behandlung der Patientinnen und Patienten haben. „Die Zahlen sind erschütternd. Drei Stunden pro Tag entsprechen 116.600 von knapp 343.000 Vollkräften (34 %) im Pflegedienst von Allgemeinkrankenhäusern und 59.500 von gut 165.200 ärztlichen Vollkräften bundesweit (36 %). Diese Fachkräfte stehen in der Zeit, in der sie die ausufernden Bürokratiepflichten erfüllen müssen, nicht der Patientenversorgung zu Verfügung“, resümiert Dr. Gerald Gaß. Wie wenig ernsthaft das Interesse des Bundes-

gesundheitsministers am Bürokratieabbau tatsächlich zu sein scheint, zeigt ein besonderer Moment beim DKG-Krankenhaustreffen im September, als der Minister die DKG öffentlich um konkrete Vorschläge bittet. „Die haben sie längst vorliegen“, kann Dr. Gaß nur höflich antworten.

Dabei ist der DKG-Katalog bereits eine Reaktion auf einen neuerlichen von Lauterbach im Juni gezündeten Bürokratieturbo gewesen: Nur wenige Stunden vor der Anhörung zum Medizinforschungsgesetz im Bundestag im Juni legt er den Abgeordneten eine Regelung vor, die diese früher schon einmal abgelehnt haben: die vierteljährliche Meldung der Kliniken für jede Ärztin und jeden Arzt, in welchen Leistungsgruppen sie wieviel Arbeitszeit eingesetzt haben – minutengenau. Ge-

meinsam mit den beiden Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe schreibt die KGNW noch einmal die Gesundheitspolitikerinnen und -politiker der demokratischen Bundestagsfraktionen an. Doch die Mahnung, dass darunter die Patientenversorgung zwangsläufig leiden wird, wischen die Ampel-Abgeordneten brüsk vom Tisch.

Krankenhausreform gerät zum Machtspiel

Ähnlich verfährt die Ampel-Koalition im Herbst auch mit den meisten Vorschlägen der Länder und der Krankenhäuser zum KHVVG. Eine Stellungnahme des Bundesrats lässt sie aberlerlen, was nicht wenige im politischen Berlin als Provokation deuten. Lauterbach will offenbar ein Machtspiel gewinnen.



Minister Karl Lauterbach beim Krankenhausgipfel im Herbst

Am 8. Oktober 2024 verkündet der Minister zusammen mit den gesundheitspolitischen Spitzen von SPD, FDP und Grünen vor der Presse, die drei Ampelfraktionen hätten sich auf eine finale Fassung – mit 51 Änderungsanträgen im Vergleich zum Entwurf vom Juni – für die Krankenhausreform geeinigt. Insgesamt räumt er eine 10-Jahres-Frist ein, bis die Krankenhausversorgung umgebaut sei. Die noch zugelassenen Änderungen betreffen besonders den Bereich der Facharztleistungen und die Öffnung einer ambulanten Versorgung für Kinder. Angesichts der Dauerkonflikte in der Bundesregierung äußert Heike Baehrens, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion: „In der Gesundheitspolitik funktioniert die Ampel.“ Und Lauterbach gibt sich siegessicher, im Bundestag rechne er nicht mit Blockaden. Den Ländern sei er entgegengekommen: „Wenn die Reform scheitert, hätten wir einen Scherbenhaufen.“

Der DKG-Vorstandsvorsitzende Dr. Gerald Gaß fürchtet Schlimmes: „Doch auch noch so heftiges gegenseitiges Schulterklopfen der Koalitionäre darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass dieses Gesetz die wesentlichen politischen Ziele verfehlt und zu massiven Problemen bei der Patientenversorgung in den kommenden Jahren führen wird.“ Es fehle eine Auswirkungsanalyse, die Reform bleibe darum intrans-

parent. Kritik erntet besonders ein Änderungsantrag der Ampelfraktionen, der eine deutliche Erweiterung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs beabsichtigt: „Eine solch weitreichende Änderung kurzfristig und ohne die Möglichkeit, diese wirklich fachlich inhaltlich bewerten zu können, einzubringen, wird dem Thema und der Relevanz nicht gerecht“, sagt der DKG-Vorstandsvorsitzende dem Tagesspiegel Background. Viele NRW-Krankenhäuser sprechen erneut ihre örtlichen Abgeordneten an, auch die KGNW führt noch einmal in einem Brief an die NRW-Bundestagsabgeordneten alle Schwachstellen und ernsthaften Risiken auf. Vergeblich.

Sämtlichen Mahnungen zum Trotz: Am 17. Oktober nimmt Minister Lauterbach die erste entscheidende Hürde. Der Bundestag verabschiedet mit den Stimmen der Ampel-Koalition in namentlicher Abstimmung das KHVVG. NRW-Gesundheitsminister Laumann nutzt in der vorangehenden Debatte sein Rederecht im Bundestag und kündigt den Gang in den Vermittlungsausschuss von Bundesrat und Bundestag an. Und er greift den Bundesminister an: Lauterbach habe sein Wort gebrochen, das KHVVG sei als Zustimmungsgesetz verabredet gewesen: „Diesen Weg hat die Ampel verlassen.“ Entscheidendes Manko sei die weiter fehlende Auswirkungsanalyse: „Ich weiß nicht, ob man

eine Krankenhausreform hier im Bundestag beschließen kann, wenn keiner von Ihnen weiß, was es in Cent und Euro für die Krankenhäuser in Ihren Wahlkreisen bedeutet“, sagt Laumann. „Ich will dieses Gesetz nicht stoppen, ich will ein Krankenhausgesetz haben, wo Landesplanung und Finanzierung zusammenpassen.“

In einem Interview fasst KGNW-Präsident Ingo Morell seine Sorgen zusammen: „Ich hoffe sehr, dass der Bundesrat das KHVVG in den Vermittlungsausschuss überweist. Das wäre die letzte Chance, die von der Gesundheitsministerkonferenz einstimmig und sehr treffend beschriebenen Defizite auszuräumen. Dazu bräuchte es aber die Bereitschaft der unter SPD-Führung regierten Bundesländer, die Interessen ihres Landes, ihrer Bürgerinnen und Bürger über die Parteidisziplin zu stellen. Die Ampel-Bilanz können sie ohnehin nicht retten, aber sie können Vertrauen zurückgewinnen.“

Wenige Tage vor der entscheidenden Bundesratssitzung veröffentlichen die Analyse-Experten von Vebeto ein neues Gutachten, in dem sie vor einer ernststen Bedrohung gerade für kleinere und ländliche Krankenhäuser durch das KHVVG warnen. Die DKG ergänzt die Zahlen einer DKI-Umfrage, dass gerade die Grundversorger eine existenzielle Unterfinanzierung durch die Reform fürchten.



Denkwürdige Bundesratssitzung am 22. November 2024: Nach der verlorenen Abstimmung sucht NRW-Ministerpräsident Hendrik Wüst (rechts) den Blickkontakt mit Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (links)

Ohne Vermittlungsausschuss: KHVVG tritt in Kraft

Am 22. November kommt es im Bundesrat zum mit Spannung erwarteten Showdown. Gerade nachdem die Ampel-Koalition wenige Wochen zuvor geplatzt ist, hoffen an diesem Tag viele Landesregierungen wie auch die DKG und KGNW, dass nun endlich Korrekturen am KHVVG im Vermittlungsverfahren möglich werden. Aber auch vor dieser Sitzung haben Bundeskanzler Scholz und Minister Lauterbach alle Drähte heißglühen lassen, um die SPD-Länder auf Linie zu bringen. Am Ende finden die Befürworter eines Vermittlungsverfahrens keine Mehrheit. Das KHVVG kann in Kraft treten.

KGNW-Präsident Ingo Morell kritisiert in einem Statement, dass die Bundesländer nicht einheitlich zu Ihrer Forderung nach Nachbesserungen des KHVVG stehen: „Wenn ein so grundlegender Umbau der Daseinsvorsorge ohne Offenlegung der tatsächlichen Folgen und gegen die Mahnungen der meisten Expertinnen und Experten durchgeboxt wird, dann hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach mit dieser Bundesregierung vielleicht einen

Machtkampf gewonnen. Aber die Bürgerinnen und Bürger werden vielerorts die Sicherheit verlieren, dass sie im Notfall schnell ein Krankenhaus in ihrer Nähe erreichen können.“

In seiner Begrüßung auf dem KGNW-Forum nennt Präsident Ingo Morell als Erwartung an die kommende Bundesregierung, „die risikobehafteten und praxisuntauglichen Teile dieser Kranken-

hausreform umgehend gesetzlich zu korrigieren. Nachdem die Krankenhausreform nun politisch beschlossen ist, stehen Bund und Länder im Wort und in der Pflicht, dass die Krankenhäuser jetzt die versprochenen Soforthilfen erhalten. Die noch immer zunehmende wirtschaftliche Belastung der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeitenden erfordert eine schnelle Überbrückungsfinanzierung.“



KGNW-Präsident Ingo Morell beim KGNW-Forum 2024

Im Gegensatz zur Krankenhausreform auf Bundesebene:

„NRW wirkt. NRW reicht.“: Krankenhausplanung bietet erforderliche klare Perspektive

Es ist ein warmer und sonniger Sommertag in Berlin. Die Hauptstadt bereitet sich an diesem 18. Juli 2024, einem Donnerstag, auf ein Wochenende voller Sportevents vor. Kurz vor den Berliner Sommerferien ist dafür die Straße des 17. Juni zwischen Siegestraße und Brandenburger Tor abgesperrt. Etwa 1.000 Meter Luftlinie entfernt findet an diesem Tag ein ganz anderer Endspurt statt: In der nordrhein-westfälischen Landesvertretung, die den Beinamen „Botschaft des Westens“ trägt, stellt an diesem Tag NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann die bereits im Kern erkennbaren Ergebnisse der neuen Krankenhausplanung der Hauptstadt-Präsidentin vor. „NRW wirkt. NRW reicht.“ Das ist die selbstbewusste Botschaft, die der Minister gemeinsam mit KGNW-Präsident Ingo Morell, Dr. Hans-Albert Gehle für die Ärztekammern, Matthias Mohrmann (AOK) für die Krankenkassen und Sandra Postel für die Pflegekammer NRW ver-

tritt. Klare Ansage in Richtung Bundestag und Bundesregierung: Mit der in Nordrhein-Westfalen kurz vor dem Zieleinlauf stehenden Krankenhausplanung werden Konzentration und Spezialisierung in der Krankenhauslandschaft erreicht, ohne die wohnortnahe Versorgung zu gefährden. NRW kann damit zur Blaupause für den Bund werden, dessen Krankenhausreform nämlich den Blick für die Regionen und die Folgen dort gar nicht erst einbezieht.

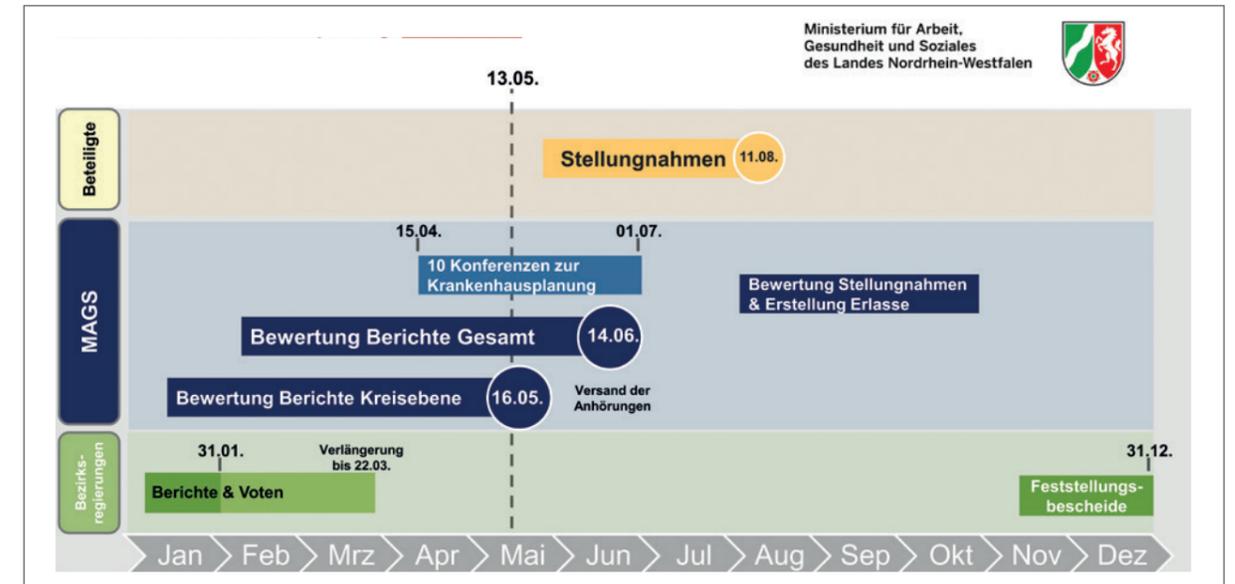
Klare Ansage Richtung Berlin aus der Botschaft des Westens

Es ist der Zeitpunkt, an dem die NRW-Krankenhausplanung nach vielen Jahren der Konzeption, Diskussion und Vorbereitung sowie im Frühjahr landesweit angebotenen Regionalkonferenzen in die entscheidende Phase eingetreten ist: In den acht Wochen vor dieser Pressekonferenz

in der „Botschaft des Westens“ haben die Krankenhäuser in zwei Stufen vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) die Vorstellungen des Ministeriums erfahren, welches Haus künftig welche Leistungsgruppe anbieten soll, welche möglicherweise nicht mehr und welche Planfallzahlen das Ministerium als Kapazität dafür voraussetzt. Im Rahmen eines damit gestarteten Anhörungsverfahrens werden die entsprechenden Bescheide des Ministeriums auch auf dessen Webseite veröffentlicht: Die konkreten Koordinaten für die NRW-Krankenhausplanung werden damit transparent für jeden nachvollziehbar. Das stellt nicht nur an die Öffentlichkeitsarbeit der Kliniken besondere Herausforderungen. Zuerst gilt es, die Beschäftigten zu informieren und mitzunehmen. Denn für sie könnten sich mit der Krankenhausplanung wichtige Rahmenbedingungen ändern.



NRW-Aufschlag in Berlin (v. l.): Gesundheitsminister Laumann, KGNW-Präsident Morell, Stv. Vorstandsvorsitzender AOK Rheinland/Hamburg Mohrmann, Ärztekammerpräsident Dr. Gehle, Pflegekammerpräsidentin Postel



Offizieller Zeitplan der NRW-Krankenhausplanung 2024 aus dem MAGS

Damit verbunden ist auch ein positiver Effekt: Denn die nordrhein-westfälische Krankenhausplanung bietet die dringend erforderliche klare Perspektive, während die Ampel-Koalition im Bund – ohne Praxis-Know-how und ohne Auswirkungenanalysen – ihre Krankenhausreform vorantreibt und deshalb eine enorme Verunsicherung der Krankenhauslandschaft auslöst.

Beginn der Anhörungsverfahren: Jetzt wird's ernst

Dabei enthält das in NRW angelaufene Anhörungsverfahren für die Häuser nicht nur erfreuliche Botschaften. Den Auftakt macht am 17. Mai 2024 ein erster Schub von Plan-Mitteilungen des MAGS, das damit auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte den Klinikträgern seine Sicht für eine künftige Verteilung der vier Leistungsgruppen Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Geriatrie und Intensivmedizin mitteilt. Diese Leistungsgruppen gehören für das Ministerium, das zeigen die Bescheide und die darin genannten Planfallzahlen deutlich, zur wohnortnahen Grundversorgung. Allerdings gibt es durchaus Differenzen – nach oben und nach unten – zwischen den von den Krankenhäusern beantragten und den vom Land vorgesehenen Planfallzahlen. Für zwei Krankenhäuser bedeutet bereits der erste Bescheid die endgültige Schließung, weil sie keine der Leistungsgruppen zuerkannt bekommen: Die Zu-

kunft des Krankenhauses Rahden (Träger: Mühlenkreiskliniken) wurde bereits länger im politischen Raum diskutiert. Das Evangelische Krankenhaus Münster (Träger: Alexianer) geht angesichts einer dichten stationären Landschaft leer aus und wird deshalb geschlossen.

Knapp vier Wochen nach der ersten Post versendet und veröffentlicht das MAGS am 17. Juni 2025 im laufenden Anhörungsverfahren seine Vorstellungen der künftigen Versorgungslandschaft mit weiteren Bescheiden zu den übrigen 60 Leistungsgruppen der NRW-Krankenhausplanung. Entsprechend der in der Bedarfsprognose

ermittelten Fallzahlen werden die Leistungsgruppen in unterschiedlichen räumlichen Bezügen geplant: Ein großer Teil der Bescheide bezieht sich auf die 16 Versorgungsgebiete, in die das Land schon vor langer Zeit aufgeteilt worden ist. Als weitere Planungsebenen dienen überdies die Regierungsbezirke und bei der Transplantationsmedizin sogar die beiden Landesteile Nordrhein und Westfalen-Lippe. Die Verteilung der Leistungsgruppen folgt dabei der Maßgabe, dass die Patientinnen und Patienten in einer zumutbaren Entfernung die notwendige und zugleich qualitativ beste stationäre Versorgung erhalten können.

Nordrhein-Westfalen Versorgungsgebiete



Die 16 Versorgungsgebiete der NRW-Krankenhausplanung, illustriert vom MAGS

„Jetzt geht es um die Spezialisierung der Krankenhäuser und eine Konzentration der Anbieter. Dabei wird es Häuser geben, die gestärkt werden, und andere, denen die vom Land geplanten Einschnitte richtig weh tun“, erklärt KGNW-Präsident Ingo Morell zum begonnenen Anhörungsverfahren. In diesem können die Kliniken nun ihre Argumente vorbringen, wenn sie die Vorstellung des Landes für unbegründet halten. Das Ministerium sagt zu, dass es jede Stellungnahme genau prüfen werde. Erst danach werde das Ministerium zum Jahresende seine Entscheidungen treffen und die neuen Feststellungsbescheide versenden. Weil zahlreiche Eingaben offenbar Grund zum Nachdenken geben, legt das Ministerium vor der endgültigen Entscheidung sogar eine zweite Anhörung ein. Doch dazu später mehr.

Wie tiefgreifend die nun beginnenden Veränderungen sein würden, beschreibt Ingo Morell in einer KGNW-Pressemitteilung zum Anhörungsverfahren: „Die NRW-Krankenhäuser stehen damit vor enormen Veränderungsprozessen. Die einen müssen ihre Kapazitäten ausbauen, andere werden sich überlegen müssen, wie sie mit nicht mehr vom Land berücksichtigten Abteilungen umgehen. Wir werden uns als Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen dafür einsetzen, dass die Umsetzung der endgültigen Entscheidungen mit Augenmaß erfolgt. Der Übergang in die neue Planungssystematik darf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser, aber ebenso die Träger nicht überfordern. Zugleich muss die Versorgung der Patientinnen und Patienten gesichert sein. Deshalb wird es darauf ankommen, einen geordneten Übergang gemeinsam zu gestalten.“ Und zugleich erinnert der KGNW-Präsident an die grundlegenden Koordinaten: Die in den vergangenen vier Jahren im Konsens zwischen Ärztekammern, Krankenkassen, Ministerium und KGNW entwickelte NRW-Krankenhausplanung nehme den regionalen Bedarf als Grundlage: „Es wurde von unten nach oben geplant“, hebt KGNW-Präsident Morell hervor. Gemeinsame Erkenntnis sei: „Wir müssen im Krankenhausbereich Veränderungen herbeiführen. Die Strukturen, wie sie jetzt noch existieren, werden wir zum einen nicht aufrechterhalten können, und zum anderen gibt es Bereiche, in denen Kon-

zentration und Spezialisierung für bessere Qualität sorgen. Aber wir dürfen dabei die normale Versorgung der Bevölkerung nicht aus dem Blick verlieren, trotzdem werden wir eine Konzentration der Standorte schaffen müssen, um die Versorgung für die Zukunft abzusichern.“ Morell stellt dabei klar, dass in diesem Prozess auch harte Entscheidungen zu treffen seien: „Es müssen am Ende dieses Prozesses im Zweifel auch Standorte zusammengelegt und damit geschlossen werden.“ Wobei von Anfang an klar ist, dass dieser Prozess Zeit benötigt.

Mehr als 6.200 Einzelfallentscheidungen

Die NRW-Krankenhäuser prüfen die Bescheide des Ministeriums mit insgesamt mehr als 6.200 Einzelentscheidungen. Und viele formulieren ihre Argumente für einen Widerspruch gegen einzelne dieser Entscheidungen. Bis zum 11. August 2024 läuft die Frist, in der sie im Stellungnahmeverfahren ihren Einspruch erheben können.

Die politische Botschaft der NRW-Krankenhausplanung ist aber nun deutlich: Sie schafft nennenswert Konzentration und Spezialisierung. Und so ist die Pres-

sekonferenz am 17. Juli ein politisch herausforderndes Signal an Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach: „So funktioniert es: Mit der Krankenhausplanung für Nordrhein-Westfalen sind wir bundesweit Vorreiter“, lautet die Botschaft seines NRW-Kollegen Karl-Josef Laumann. „Mit der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen ist klar: Wenn ein Krankenhaus eine Leistung anbietet, verfügt das Krankenhaus über ausreichend Erfahrung und Expertise in diesem Bereich. Zugleich bauen wir Doppelstrukturen ab und bieten dem ruinösen Wettbewerb um Personal und Ressourcen die Stirn“, betont Laumann und empfiehlt seinen Länderkolleginnen und -kollegen den NRW-Weg, alle betroffenen Akteure in die Planung einzubinden. „Das nordrhein-westfälische Modell kann bundesweit 1:1 umgesetzt werden und eine weitreichende Reformwirkung entfalten. Unsere Planung lässt den zuständigen Behörden die nötige Befreiheit und den nötigen Spielraum für Lösungen, die zu einer gewachsenen Krankenhauslandschaft passen, und belässt die verfassungsrechtlich zugewiesene Planungshoheit bei den Ländern.“ Damit stellt Laumann sich gegen den zentralistischen Ansatz der Lauterbach-Reform und bietet den Bundesländern eine echte Alternative.



NRW als „Blaupause“ für den Bund



KGNW-Präsident Ingo Morell (rechts neben Minister Laumann): „Schmerzhafte Einschnitte“

„NRW wirkt. NRW reicht.“

In Berlin wird der NRW-Gesundheitsminister noch deutlicher: „Wenn Karl Lauterbach nichts an seinem Entwurf ändert, wird er mit seinem Gesetz an der Zweidrittel-Mehrheit im Bundesrat scheitern.“ Vor allem fordert er eine Auswirkungsanalyse: „Was mich an Lauterbachs Reform am meisten bewegt, ist, dass ich nicht weiß, was mich erwartet. Wir müssen wissen, was Lauterbachs Reform in Euro für unsere Kliniken bedeutet.“

„NRW wirkt. NRW reicht.“, bekräftigt KGNW-Präsident Ingo Morell in seinem Statement bei der Pressekonferenz. „Das Entscheidende bei der neuen Krankenhausplanung ist: Sie folgt mit der auf Leistungsgruppen und Qualitätskriterien ausgerichteten Systematik medizinischen Erwägungen, sie beachtet den wissenschaftlich ermittelten Bedarf vor Ort, sie stellt die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt.“ Mit diesem Bottom-up-Ansatz sichere die NRW-Krankenhauspla-

nung eine wohnortnahe Versorgung. Die hat auch ihren Preis, wie Morell zugleich verdeutlicht: „Damit sind für viele Kliniken schmerzhafte Einschnitte verbunden, weil Konzentration und Spezialisierung ihren Tribut verlangen.“ Nun werde in den Krankenhäusern genau gerechnet, welche Auswirkungen die Pläne des Ministeriums haben würden, ob und wie die Kliniken damit klarkommen können. „Wo daraus Schließungen resultieren, werden wir erst in den kommenden Monaten erfahren. Aber es wird passieren. Genauso werden andere Häuser wachsen“, sagt Morell. Der unter anderem von Mitgliedern der Regierungskommission des Bundesgesundheitsministeriums erweckte Eindruck, dass die NRW-Krankenhausplanung zahnlos sei, werde nun nachdrücklich widerlegt.

Die Plan-Mitteilungen der Landesregierung enthalten in der Tat viele unerwartete Entscheidungen, beispielsweise in der Endprothetik: Von 235 Krankenhäusern, die die Leistungsgruppe Endprothetik Hüfte beantragt hatten, sollen diese nach

MAGS-Vorstellung nur 126 zugewiesen bekommen. Bei der Endprothetik Knie seien es 126 von 212 beantragenden Häusern. In der Pressekonferenz verweist Minister Laumann überdies auf die geplante Konzentration in der Onkologie. Für Pankreaseingriffe sollten nur 43 der 111 Anträge positiv beschieden werden, beim Ovarialkarzinom nur 36 von 111 Anträgen, für Speiseröhrenkrebs sollten nur 26 von 71 beantragenden Krankenhäusern die Zuteilung erhalten. Fernseh-, Print- und Online-medien berichten von dieser Pressekonferenz in Laufweite des Regierungsviertels. Aber Lauterbach reagiert wie so oft, wenn eine inhaltliche Debatte über seinen Kurs gefragt wäre: gar nicht.

Krankenhausplanung benötigt ausreichende Finanzierung

Nicht nur im Kontext des Anhörungsverfahrens betont KGNW-Präsident Ingo Morell immer wieder, dass die Krankenhausplanung nur mit einer ausreichenden Finanzierung einhergehen kann. Für die

NRW-Krankenhäuser sei es eine wichtige Entscheidung gewesen, dass der Landtag in den kommenden Jahren rund 2,5 Milliarden Euro für die Umsetzung der Krankenhausplanung reserviert habe, ergänzt Morell. Das sei ein wichtiges Signal der Verlässlichkeit und ermögliche den Einstieg in die Umsetzung der Krankenhausplanung. Der KGNW-Präsident betont: „Für die NRW-Krankenhäuser, die zunehmend unter der Defizitkrise infolge der Inflation leiden, wird entscheidend sein, dass die durch Entscheidungen des Landes ausgelösten Kosten vollständig finanziert werden. Das schließt auch die Transformationskosten ein, die etwa durch die Schließung einzelner Abteilungen oder ganzer Standorte entstehen. Wir werden deshalb mit dem Ministerium darüber reden, wie solche Transformationskosten finanziert werden. Unsere Erwartung ist, dass auch diese Kosten und nicht nur Bauinvestitionen abgedeckt werden.“

Dabei sorgt kurzzeitig für politische Aufregung, dass die Landesregierung in den Haushaltsplanungen das für die Krankenhausplanung reservierte Budget von insgesamt 2,5 Milliarden Euro bis 2030 strecken will – und nicht wie zuvor geplant bis 2027. Damit, so begründet es Minister Laumann, bleibe mehr Zeit für die Umset-

zung der Krankenhausplanung. Trotz des hohen Spardrucks bleibe die Summe aber garantiert. Auf Medienanfragen wertet es KGNW-Geschäftsführer Matthias Blum als Zeichen der Verlässlichkeit, „dass die Landesregierung für die Umsetzung der Krankenhausplanung 2,5 Milliarden Euro nunmehr bis 2030 bereitstellt und daran auch in Zeiten knapper werdender Finanzspielräume festhält“. Das sichere den Einstieg in die Umsetzung der Krankenhausplanung.

Opposition fordert neues Förderprogramm

Die SPD-Landtagsfraktion unterstützt zwar grundsätzlich die neue Krankenhausplanung, legt aber bei der Finanzierung den Finger immer wieder in die Wunde. So moniert der gesundheitspolitische Sprecher Thorsten Klute, dass der Etat des Landes für die Krankenhausplanung fast dreifach überzeichnet sei: „Die Krankenhäuser im Land beziffern ihren Investitionsbedarf zur Umsetzung des Krankenhausplans auf etwa 7 Milliarden Euro. Die NRW-Landesregierung will aber nur 2,5 Milliarden Euro bereitstellen, und zwar gestreckt auf inzwischen sieben Jahre. Selbst wenn die Krankenhäuser bei der Bedarfsanmeldung großzügig für sich selbst kalkuliert haben sollten, ist doch sehr offensichtlich, dass

Schwarz-Grün viel zu wenig Geld zur Umsetzung des NRW-Krankenhausplans bereitstellen wird“, erklärt er eine Woche nach der Berliner Pressekonferenz. Bereits im Frühjahr macht SPD-Fraktionschef Jochen Ott deutlich, dass er die Finanzlage vieler Krankenhäuser für prekär hält. Es brauche dringend einen Inflationsausgleich. Aber auch die Landesregierung sieht er in der Pflicht. Beim KGNW-Frühjahrsempfang kritisiert Ott (Bild) einen Investitionsstau in den NRW-Krankenhäusern in Höhe von rund 17 Milliarden Euro.

Um dem zu begegnen, schlägt der SPD-Fraktionschef ein Förderprogramm „Gute Krankenhäuser“ über zwei Milliarden Euro vor, das über die NRW-Bank den Umbau in den Kliniken nachhaltig finanziere. Dieser Vorschlag wird immer wieder von der SPD thematisiert, in der abschließenden Haushaltsberatung des Landtags im Dezember mit einem konkreten Antrag – allerdings ohne Erfolg.

In diesen letzten Wochen des Jahres wird die Krankenhausplanung konkret. Inzwischen hat das NRW-Gesundheitsministerium auch ein zweites Anhörungsverfahren abgeschlossen. Denn NRW-Krankenhäuser, aber auch die Kommunen und andere Körperschaften haben schon das erste bis Mitte August laufende Anhörungsverfahren ausgiebig genutzt: 319 Kliniken reichten ihre Stellungnahmen zu den Vorstellungen des Ministeriums ein, zudem machten 242 Kommunen und andere Beteiligte von der Möglichkeit Gebrauch. Nach Prüfung aller Eingaben ändert das Ministerium am Ende in 100 Fällen seine Vorstellungen und verschickt an die betroffenen Krankenhäuser neue Anhörungsschreiben, zu denen erneut eine Stellungnahme möglich ist.

Minister Karl-Josef Laumann hält am Ende seine Zusage ein: In der Woche vor Weihnachten werden die Feststellungsbescheide an die Krankenhäuser versandt. Zuvor reagiert er noch auf wiederkehrende Appelle der KGNW, aber auch vieler Kliniken und aus dem politischen Raum mit einer verlängerten Übergangsfrist:

- So sollen die Feststellungsbescheide erst zum 1. April 2025 in Kraft treten.
- Für ausgewählte Leistungsgruppen soll eine Übergangsfrist bis Jahresende gelten.



SPD-Fraktionschef Jochen Ott auf dem KGNW-Frühjahrsempfang: „Viel zu wenig Geld für die Umsetzung der Planung“



KGNW-Vizepräsident Sascha Klein: „NRW-Krankenhäuser sind bereit, Veränderungen mitzutragen“

„Damit sich die Krankenhäuser auf diese wohl größte Strukturreform im Gesundheitswesen seit Jahrzehnten, die tiefgreifende Veränderungen mit sich bringt, optimal vorbereiten und dabei die Versorgungsqualität gewährleisten können, ist eine Umsetzung mit Übergangsfristen geplant“, erläutert der Minister.

„Neue Planung stellt echten Paradigmenwechsel dar“

Aus Sicht der KGNW ist dies eine positive Entwicklung, die ihr Präsident Ingo Morell begrüßt: „Die neue Krankenhausplanung bedeutet für die NRW-Krankenhäuser einen echten Paradigmenwechsel, weil damit die Rahmenbedingungen für die Daseinsvorsorge verändert werden. Dieser Bedeutung wird die jetzt vom Gesundheitsminister angekündigte Verschiebung für das Inkrafttreten der Feststellungsbescheide auf den 1. April 2025 gerecht.“

Auch für die Patientinnen und Patienten schaffe diese Zeit die Sicherheit, dass sie sich weiterhin auf eine verlässliche und qualitativ hochwertige Behandlung in den Kliniken verlassen könnten. Morell mahnt zugleich, die Zeit solle auch für eine tragfähige Lösung der durch Schließungen und Fusionen ausgelösten Transformationskosten genutzt werden.

Fast auf den Tag fünf Monate nach der Berliner Pressekonferenz sitzt Minister Laumann wieder mit Ärztekammern, Kassen, Pflegekammer und KGNW vor der Presse – dieses Mal in Düsseldorf: Am 17. Dezember stellt er die fertige Krankenhausplanung vor. Alle Krankenhäuser haben ihre Feststellungsbescheide erhalten. Damit schreibe Nordrhein-Westfalen krankhauspolitisch Geschichte, sagt der Minister durchaus stolz. „Mit dem neuen Krankenhausplan stellen wir die Krankenhauslandschaft in unserem Land durch notwendige, tiefgreifende Strukturveränderungen auf ein zukunftsfähiges und solides Fundament. Der neue Plan wirkt dem ruinösen Wettbewerb der Krankenhäuser um Fallzahlen und Personal entgegen, indem vor allem bei hochkomplexen Leistungen Doppel- und Mehrfachvorhaltungen abgebaut werden. Gleichzeitig stellt der neue Plan sicher, dass die Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen die bestmögliche Versorgung erhalten und die Grund- und Notfallversorgung überall im Land gut erreichbar ist.“

Für die KGNW betont Vizepräsident Sascha Klein in der Pressekonferenz: „Auf diesen jetzt beginnenden, in vielen Häusern auch schon im Vorfeld angestoßenen Umstellungsprozess haben wir hier

gemeinsam lange hingearbeitet. Und damit ist deutlich sichtbar: Die Krankenhäuser haben die Notwendigkeit der Reform längst und früh erkannt. Sie waren und sind auch bereit, diese Veränderung mitzugestalten und mitzutragen. Hier in NRW haben wir die Weichen gestellt, dass Krankenhausversorgung – stationär und ambulant – zukunftsorientiert gestaltet wird.“

Klein hebt den Blick für die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in ihrer Region hervor: „Der Bedarf vor Ort, welche Kapazitäten für die einzelnen Felder der ambulanten und stationären Behandlung in den Krankenhäusern bereitstehen müssen, ist entscheidendes Kriterium für die Krankenhausplanung. Dieser Bottom-up-Ansatz ist entscheidend dafür, dass wir Konzentration und Spezialisierung schaffen, ohne die Versorgung damit in städtischen oder ländlichen Regionen auszuhöhlen.“ Der KGNW-Vizepräsident richtet den Blick überdies auf die trotz aller Analyse bleibende Unsicherheit, welche unerwarteten Auswirkungen die Krankenhausplanung auslösen kann: „Wir haben uns vorgenommen, dass die NRW-Krankenhausplanung ein lernendes System ist. Das wird sich jetzt beweisen müssen, wenn durch die Veränderungen plötzlich ein Krankenhaus unbeabsichtigt in eine wirtschaftliche Schieflage gerät. Dann muss es flexible Lösungen geben, um die Versorgung der Menschen im Land aufrechtzuerhalten.“

Ein Überblick der versandten Leistungsgruppen-Zuteilung zeigt, dass das MAGS im Kern bei seiner schon im Sommer beschriebenen Linie geblieben ist, aber trotzdem in einzelnen Bereichen einzelne seiner rund 6.200 Entscheidungen korrigiert hat. Manche Anträge wurden berücksichtigt und auch Fehlentscheidungen berichtigt, die das Ministerium von Anfang an als Möglichkeit eingeräumt hatte. Für die rund 330 Krankenhäuser mit ihren 526 Standorten beginnt mit den 64 Leistungsgruppen eine neue Ära. Und für manchen auch ein arbeitsintensiver Prozess, denn gegen die Bescheide sind auch Widersprüche vor den Verwaltungsgerichten möglich. Eine aufschiebende Wirkung auf die neue Krankenhausplanung haben sie nicht. Alles andere wird das Jahr 2025 zeigen.

Null Toleranz für Gewalt im Krankenhaus

KGW setzt sich aktiv für Gewaltprävention zum Schutz des Klinikpersonals ein

Der Kriminalfall schlug hohe Wellen und sorgte für bundesweite Schlagzeilen: „Angehörige verprügeln Klinikmitarbeiter in Essen“ oder: „Besucher verletzen mehrere Krankenhaus-Mitarbeiter in Essen“. Was war passiert? Im Essener St. Elisabeth-Krankenhaus kämpfte ein Notfallteam um das Leben eines 80-jährigen schwerkranken Mannes, am Ende ohne Erfolg. Der Mann starb. Eine Ärztin hatte die traurige Pflicht, den wartenden Angehörigen die Nachricht zu überbringen. Da passierte es vollkommen unvermittelt: Die Angehörigen rasteten aus, sie schlugen die Ärztin, stürmten den Behandlungsraum, zerstörten die Einrichtung. Sie verprügelten das Notfallteam und herbeieilende Beschäftigte des Krankenhauses. Eine 23-jährige Mitarbeiterin wurde schwer verletzt, fünf weitere leicht. Einige konnten sich in einen Toilettenraum retten. Erst die Polizei brachte die Situation unter Kontrolle. Selbst für ein Krankenhaus, dessen Beschäftigte leider immer Übergriffe erleben mussten, bedeutete dieser Vorfall einen tiefen Einschnitt. „Der vergangene Freitag, 20. September, ist eine Zäsur, denn hier hat eine bisher noch nie dagewesene Aggressivität und Gewalt gegenüber Mitarbeitenden unseres Hauses stattgefunden“, sagte Peter Berlin, Geschäftsführer des betroffenen Elisabeth-Krankenhauses Essen. „Dieses Ereignis ist für das gesamte Team Eli ein Schock. Als Team sind wir alle füreinander da und stehen insbesondere hinter denen, die angegriffen wurden.“

In den Notaufnahmen der Krankenhäuser kommt es regelmäßig vor: Fast jede und jeder Mitarbeitende in den Notaufnahmen hat schon einmal verbale, körperliche und sexualisierte Gewalt und Aggression gegen sich durch Patientinnen oder Patienten und Angehörige erlebt. 97 Prozent des Personals in der Notaufnahme sind laut einer Studie schon einmal von Patientinnen und Patienten verbal, 87 Prozent sogar körperlich attackiert worden. Das reicht von Beschimpfungen und Bedrohungen über Kniefen und Kratzen bis hin zu Schlägen. Eine zunehmende Gewaltbereitschaft trifft längst auch die Beschäftigten in den anderen Abteilungen der Häuser.

Leitfaden gibt Handlungsempfehlungen zu Prävention, Intervention und Nachsorge

Eine ernst zu nehmende Bedrohung für das Personal in den Kliniken, nicht erst seit Essen. Daher hatte sich die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen lange vorher mit der Unterstützung ihrer rund 330 Mitgliedshäuser beschäftigt. Das mündete in einem Leitfaden zu „Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus: Handlungsempfehlungen und Praxistipps für Geschäftsführung und Führungskräfte“. Den Anstoß für den Leitfaden bekam die KGNW aus zwei Richtungen. Im nordrhein-westfälischen Landtag war die Krankenhausgesellschaft im Januar 2023 zu einer Sachverständigenanhörung eingeladen.



Ein Antrag der oppositionellen SPD-Fraktion aus dem Herbst 2022 mit dem Titel „Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen!“ hatte die gesellschaftliche Entwicklung aufgegriffen.



(links) KGNW-Vizepräsident Dr. Matthias Ernst und (rechts) Matthias Blum, KGNW-Geschäftsführer, bei der Sachverständigenanhörung im Landtag

In dieser Anhörung wurde sehr deutlich, wie umfassend und wie drängend dieses Problem ist.

Zeitgleich gab es einen zweiten Impuls: Das von der Landesregierung zunächst nur für den öffentlichen Dienst initiierte Präventionsnetzwerk #sicherimDienst öffnete sich für die Krankenhäuser. Im Juni 2024 veröffentlichte die KGNW den Leitfaden. An dessen Entstehung waren im Rahmen einer Arbeitsgruppe auch verschiedene NRW-Krankenhäuser sowie „#sicherimDienst“ und die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen beteiligt.

„Uns ist klar, dass eine derart entfesselte Gewalteruption, wie sie unsere Kolleginnen und Kollegen in Essen erleben mussten, auch mit Prävention kaum zu verhindern ist. Mehr denn je gilt: Null Toleranz für Gewalt muss ein essenzieller Teil der Unternehmenskultur sein. Der mit Praktikerrinnen und Praktikern aus NRW erarbeitete Leitfaden ‚Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus‘ bündelt hierfür wichtige Hinweise“, sagte Dr. Matthias Ernst, Vizepräsident der KGNW.



Gewaltprävention ist „Chefsache“

Mit der intensiven Unterstützung von Praktikerrinnen und Praktikern aus einzelnen Krankenhäusern, die bereits Erfahrungen mit eigenen Konzepten gesammelt haben, entstand so eine Art Checkliste. Sie soll den Geschäftsleitungen und Führungskräften in den Krankenhäusern einen Überblick geben, welche Formen von Gewalt es gibt und welche präventiven Maßnahmen notwendig sind. Sie soll helfen zu erkennen, wo bestehende Gewaltschutzkonzepte ergänzt oder wie umfassend neue Konzepte geplant werden müssten. Solche organisatorischen und personenbezogenen Aspekte können überdies die Kennzeichnung von bereits als gewalttätig bekannten Personen in den Datensystemen einschließen, damit eine erforderliche Behandlung unter angemessener personeller Begleitung stattfinden kann. Ebenso geht es um bauliche und technische Maßnahmen wie beispielsweise Fluchtwege und -räume, Alarmsysteme oder einen direkten Draht zur Polizei. Dabei werden bereits bestehende Ansätze wie beispielsweise das im öffentlichen Dienst bewährte „Aachener Modell“ aufgegriffen, um eine breite Orientierung zu schaffen.

Dieser Leitfaden macht noch einmal deutlich: Gewaltprävention und der Umgang mit Gewaltvorfällen brauchen die Aufmerksamkeit des Managements. Null Toleranz für Gewalt muss ein essenzieller Teil der Unternehmenskultur sein. Und das sollte unmissverständlich für alle Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher kommuniziert werden. Die Berichte aus der Praxis haben gezeigt: Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist das ein bedeutendes Signal. Deshalb sollte jedes Krankenhaus Standards entwickeln, wie sich kritische Situationen deeskalieren und Übergriffe vermeiden lassen. Es erfordert auch etablierte

Standards für Meldesysteme, an wen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wenden können – bei Bedarf auch an Vorgesetzten vorbei. Der Leitfaden gibt Ratschläge, wie eine kollegiale Nachsorge gelingen kann. Daneben sind ebenso professionelle Angebote wichtig, die zum Beispiel vom psychologischen Dienst oder auch externen Beratungen übernommen werden.

Das Papier bildet zugleich eine gute Basis, um in komprimierter – plakativer – Form daraus weitere Unterlagen mit konkreten Praxistipps zu erarbeiten: für die potenziell gefährdeten Mitarbeitenden in den Ambulanzen, auf den Stationen und in anderen Bereichen, darunter auch Beschäftigte im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM), im Arbeitsschutz und Personalverantwortliche. Eine zentrale Erfahrung der beteiligten Expertinnen und Experten zeigt: Die intensive Auseinandersetzung mit der Gewaltprävention im Krankenhaus ist ein essenzielles Momentum, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das Krankenhaus zu gewinnen beziehungsweise sie zu binden. Zentral ist dabei die klare Botschaft nach außen: Gewalt hat im Krankenhaus keinen Platz und wird auf keinen Fall toleriert. Wichtig zum Verständnis: Dieser Leitfaden dient lediglich als Empfehlung, er hat keinen Verbindlichkeitscharakter und soll künftig regelmäßig auf Basis praktischer Erfahrungen weiterentwickelt werden.

Was die Krankenhäuser konkret machen können

In zahlreichen Krankenhäusern haben sich bereits feste Abläufe, Präventionsmaßnahmen, eine strukturierte Dokumentation von Gewaltvorfällen und eine strukturierte Nachsorge gegenüber den betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etabliert. Die zunehmende Gewaltintensität in der Gesellschaft erfordert jedoch immer wieder neue Anpassungen.

Übergriffe in allen Krankenhausbereichen möglich

Gewalt gegen das Krankenhauspersonal ist nicht auf einen Bereich beschränkt. Daher gilt es, jede Abteilung sowie das gesamte Krankenhausgelände zu berücksichtigen, um Gewalt in Kliniken zu verhindern: Außenbereich und Pforte, Notaufnahme, somatische Abteilungen sowie psychiatrische, psychosomatische Abteilungen. Überall kann es zu Gewalt gegenüber dem Krankenhauspersonal kommen – sogar am Telefon oder online.

Drei Handlungsfelder zur Gewaltprävention: Prävention, Intervention, Nachsorge

Beim Thema „Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus“ ergeben sich im Wesentlichen drei große Handlungsfelder: Prävention, Intervention und Nachsorge.

Prävention

Ärztlicher Dienst, Pflegekräfte und andere Krankenhausmitarbeitende können wesentlich dazu beitragen, mögliche Konflikte im Keim zu ersticken, nicht eskalieren und in Gewalt ausarten zu lassen. Dazu benötigen sie besondere Unterstützung und Schulung.

Die Basis und der Rahmen dafür müssen durch die Führung eines Krankenhauses geschaffen werden. Sie sollte ein übergeordnetes Klinikleitbild, das keinerlei Form von Gewalt toleriert, verankern. Sie muss Maßnahmen ergreifen beziehungsweise vorbereiten, um in allen Fällen reagieren zu können. Als gute Orientierung hat sich in der Praxis das „Aachener Modell“ bewährt. Es definiert vier Gefährdungsstufen – von Gefährdungsstufe 0 (normale bis kontroverse Gesprächssituation) bis hin zu einer Gefährdungsstufe 3 (Einsatz von Waffen oder Werkzeugen, Bombendrohung, Amoklauf, Geiselnahme, Überfall). Jede Form von Gewalt, jede Gefährdungsstufe erfordert unterschiedliche Maßnahmen.

Das Wichtigste ist Gewaltprävention, wofür verantwortliche Personen, Handlungsempfehlungen und konkrete Voraussetzungen zu bestimmen sind. Präventionsmaßnahmen lassen sich im Großen und Ganzen in drei verschiedene Bereiche unterteilen: organisatorisch (zum Beispiel ausreichende Personalstärke und kluge Dienstplangestaltung), personenbezogen (vor allem Deeskalationstraining) sowie baulich-technisch (von geeigneten Alarmierungssystemen bis hin zur Schaffung von Schutzräumen).

Intervention

Techniken zum Verhalten im Falle eines Angriffs lassen sich in Schulungen erlernen. Sie in einer konkreten – emotional besonders fordernden – Situation anzuwenden, benötigt viel Erfahrung und Wiederholung. Fort- und Ausbildungsprogramme sind daher unerlässlich. Sie bieten in verschiedenen Bereichen Hilfestellung, was das Personal einer Klinik bei einem möglichen oder tatsächlichen Angriff tun kann.

Schulungsinhalte können sein: Frühwarnsignale, Deeskalation durch Kommunikation, verbale und nonverbale Kommunikation, Sicherheitsabstand und Fürsorge gegenüber Dritten, Schutz- und Abwehrtechniken, Maßnahmen gegenüber Patientinnen/Patienten und Begleitpersonen sowie Notfallplan.

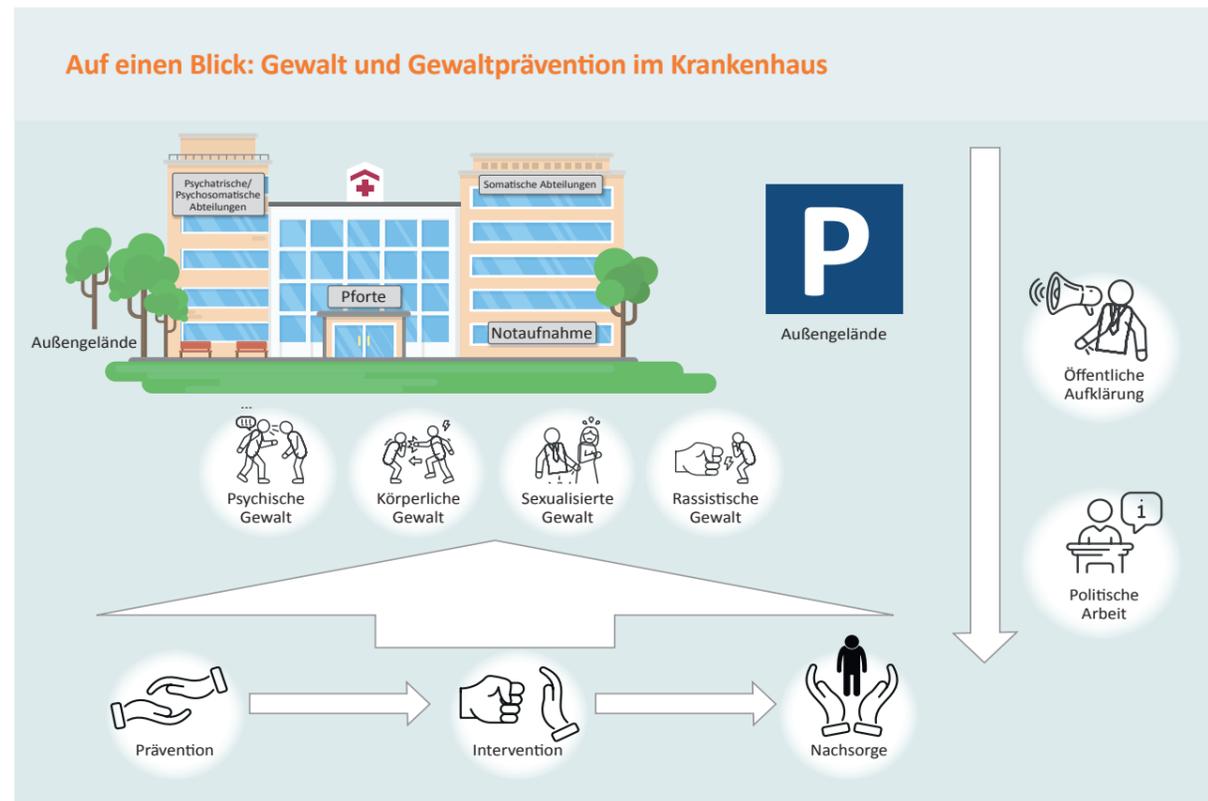
Nachsorge

Nach einem Angriff steht fast jede oder jeder Betroffene unter einem Schock. Zahlreiche Kliniken haben bereits ein System der sofortigen Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen etabliert. Dabei wird den Gewaltopfern aus diesem Personenkreis unmittelbar nach dem Vorfall eine dafür geschulte Betreuerin oder ein Betreuer zur Seite gestellt.

Eine solche Sofort-Unterstützung als erste Maßnahme der Nachsorge soll das Opfer unmittelbar begleiten und unterstützen, ein akutes Trauma abwenden, eine Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBS) und Sekundärtraumatisierung bei mittelbar Beteiligten reduzieren oder verhindern. Die Person, die das Gewaltopfer betreut, sollte eine professionelle Schulung durchlaufen haben. Darüber hinaus sollten Krankenhäuser professionelle Nachsorgekonzepte nicht nur für die akute, sondern auch für die mittelbare und langfristige Nachsorge festlegen.

Politik in der Verantwortung

Die Finanzierung baulicher Maßnahmen zur Gewaltprävention im Krankenhaus benötigt Investitionsmittel. Daher muss auch die Politik in die Verantwortung genommen werden, entsprechende Fördermittel bereitzustellen. Das Thema gewinnt durch öffentliche Sensibilisierung an Bedeutung, die Herausforderungen bei Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus nehmen zu.



KGW tritt #sicherimDienst bei: (v. l. n. r.) André Niewöhner (#sicherimDienst), Innenminister Herbert Reul, Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, KGNW-Vizepräsident Dr. Matthias Ernst und Simon Härtel (Pflegedirektor des Evangelischen Krankenhauses Mülheim)

Die nächsten Schritte: Beitritt zu #sicherimDienst und Runder Tisch

Mit Veröffentlichung dieser Broschüre beschloss der KGNW-Vorstand im Frühjahr 2024 auch, dass die Krankenhausesellschaft als Dachverband fester Partner von #sicherimDienst werden sollte. Am 2. Oktober, knapp zwei Wochen nach dem schweren Gewaltübergriff auf Klinikbeschäftigte in Essen durch Angehörige eines soeben Verstorbenen, war es soweit: Die KGNW wurde Teil der Initiative im Beisein von Innenminister Herbert Reul, Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann und KGNW-Vizepräsident Dr. Matthias Ernst, flankiert von André Niewöhner (#sicherimDienst) und Simon Härtel, Pflegedirektor des Evangelischen Krankenhauses Mülheim.

„Gerade die Menschen, die sich in Kliniken an vorderster Front abrackern und dafür sorgen, dass Kranke wieder gesund werden, sollten den ganzen Tag nichts anderes erfahren als Respekt und Dankbarkeit. Die Kümmerer unserer Gesellschaft sollten sich sicher fühlen und sicher sein,“ sagte der Innenminister. „Mit der KGNW als starkem Partner im Netzwerk können wir den Schutz der Beschäftigten vor Ort weiter verbessern.“ Gesundheitsminister Laumann betonte: „In Essen kommt es jetzt vor allem darauf an, dass die Strafverfolgungsbehörden die Vorgänge rasch aufklären und die Täter deutliche Konsequenzen zu spüren bekommen. Gleichzeitig verdeutlichen die steigenden Zahlen, dass Gewaltprä-

vention sehr wichtig ist. Daher ist es eine gute Sache, dass die Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen der Initiative ‚Sicher im Dienst‘ beigetreten ist und mit ihrer Broschüre eine konkrete Hilfestellung für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser gibt.“ Dr. Matthias Ernst erklärte: „Mehr denn je gilt: Null Toleranz für Gewalt muss ein essenzieller Teil der Unternehmenskultur sein. Der mit Praktikerinnen und Praktikern aus NRW erarbeitete Leitfaden (...) bündelt hierfür wichtige Hinweise. (...) Zugleich sollen die Kliniken von der schon großen Erfahrung des Präventionsnetzwerkes von ‚Sicher im Dienst‘ profitieren. Deshalb haben wir als Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen beschlossen, diesem Netzwerk beizutreten.“

Unabhängig von der KGNW können einzelne Krankenhäuser dem Präventionsnetzwerk beitreten, das von einem breiten Austausch verschiedener Branchen sowie Expertinnen und Experten lebt und wichtige Anregungen für Gewaltprävention gibt.

Parallel – auch Folge einer nachher von allen Landtagsfraktionen getragenen Entschließung – rief das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Mai 2024 einen Runden Tisch zur Gewaltprävention ins Leben, um einen regelmäßigen Austausch zwischen Landesregierung und dem Gesundheitswesen zu diesem Thema zu ermöglichen. Dieser legt überdies auch einen Fokus auf antisemitische Übergriffe. Die KGNW ist Teil des Runden Tisches.




Klimaneutrales Krankenhaus – eine erfolgreiche und wirkungsvolle Initiative



Gestartet im Herbst 2022 konnte die KGNW-Initiative Klimaneutrales Krankenhaus auch im Jahr 2024 wichtige Impulse zum Klimaschutz und zur Nachhaltigkeit im Krankenhaus geben und hat die bundesweite Vorreiterrolle der KGNW in diesen Themenfeldern bestärkt. Die sichtbare Zustimmung der NRW-Krankenhäuser zur Initiative zeigt: Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen nehmen ihre Verantwortung für den Klimaschutz ernst.

Deshalb hat die KGNW-Mitgliederversammlung im Dezember 2024 beschlossen, die bisher befristete Initiative zu entfristen und die Themen Klimaschutz und Nachhaltigkeit dauerhaft als Aufgabe

wahrzunehmen. Zusätzlich hat die Initiative ihren Fokus erweitert: Zukünftig geht es über den Klimaschutz hinaus um Resilienz. Es geht also nicht nur um den Schutz des Klimas, sondern auch um Klimaanpassung und Widerstandsfähigkeit gegen Klima-, Umwelt- und andere anthropogene Krisen.

Bis dahin hat die KGNW auch über das Jahr 2024 verschiedene Informationsveranstaltungen und die bereits achte Fokusveranstaltung mit bestimmten thematischen Schwerpunkten im Bereich Nachhaltigkeit angeboten. Im Schnitt nahmen daran knapp 200 Verantwortliche aus den NRW-Krankenhäusern teil. Hinzu kamen zahlreiche externe Vorträge der KGNW auf Messen und Konferenzen sowie Artikel in namhaften Fachzeitschriften.

Doch was umfasst Klimaschutz und Nachhaltigkeit im Krankenhaus? Zuverlässige Antworten für alle Interessierten bietet seit dem Frühjahr 2024 die neue Webseite www.Klimaschutz-im-Krankenhaus.de. Sie ist gleichzeitig eine Online-Plattform, auf der sich die Geschäftsführungen und

die Verantwortlichen für das Klimaschutzmanagement austauschen können. Auf Einladung des Landes NRW hat die KGNW die neue Plattform auf der MEDICA in Düsseldorf – einer der weltweit größten Medizinmessen – präsentieren können. Und auf der MEDICA wurde einmal mehr klar: Klimaschutz kennt keine Grenzen. Die Initiative Klimaneutrales Krankenhaus zieht internationales Interesse auf sich. Nach einem Austausch mit Expertinnen und Experten für Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen aus Frankreich, wird die KGNW im kommenden Jahr auch mit Fachleuten aus den Niederlanden zusammenkommen.

Auch das Netzwerk der Klimaschutzmanagerinnen und -manager ist 2024 erneut gewachsen. Während der Fortbildungen zum Klimaschutzmanagement im Krankenhaus „KLIK green NRW“ und „Plan H – Planetary Health-Kurs für klimaresiliente und nachhaltige Gesundheitseinrichtungen“ haben die Teilnehmenden ein breites Portfolio an neuen Klimaschutz-Maßnahmen in ihren Einrichtungen angestoßen und umgesetzt.

Klimaschutz-im-Krankenhaus.de

Neues Onlineportal gibt NRW-Kliniken neuen Schub für Klimaschutz



Zwölf Handlungsfelder – die Stellschrauben für Klimaneutralität im Krankenhaus



Anfang März 2024 erreichte die KGNW einen weiteren Meilenstein ihrer Initiative Klimaneutrales Krankenhaus: Die neue Online-Plattform www.klimaschutz-im-krankenhaus.de ging online. Damit erhalten die Kliniken eine vielseitige Webseite, auf der sie Detailinformationen über erfolgreiche Klimaschutzmaßnahmen in Krankenhäusern finden und ihre eigenen Erfahrungen teilen können. Zentrales Element der Plattform ist die Möglichkeit für die Klimaschutzmanagerinnen und -manager der Krankenhäuser, sich untereinander zu vernetzen und so in einen intensiven Erfahrungsaustausch zu kommen. Die Webseite wurde vom Ministerium für Wirtschaft, Industrie, Klimaschutz und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen (MWIKE) gefördert.

Das neue Onlineportal wendet sich primär an die Geschäftsleitungen, die Klimaschutzverantwortlichen und andere Mitarbeitende in den Krankenhäusern. Es enthält aber auch für alle anderen Interessierten eine umfangreiche Wissensbasis. Es bietet den Nutzerinnen und Nutzern grundlegende Informationen über die verschiedenen Handlungsfelder, die entscheidend für den Weg zum klimaneutralen Krankenhaus sind.

Umfangreiche Datenbank mit Klimaschutz-Maßnahmen

In einer Datenbank werden bereits umgesetzte Maßnahmen zum Klimaschutz gesammelt. Die Krankenhäuser können dort ihre Erfahrungen aus eigenen Projekten einstellen. Bis zum Jahresende 2024 hatten die Klimaschutzverantwortlichen der NRW-Kliniken bereits über 90 Maßnahmen in die Datenbank eingetragen.

Für jede einzelne Maßnahme lässt sich so nachvollziehen, wie hoch die Kosten waren und ob das Projekt hohe oder geringe Investitionen erforderte. Ebenso aufgeführt ist der Zeitraum, in dem die Maßnahme umgesetzt wurde, sowie in einigen Fällen auch die Amortisationszeit. Ein besonderer Fokus liegt selbstverständlich auf der Menge der eingesparten Treibhausgase. Wie zum Beweis, dass Klimaschutz im Krankenhaus oft Teamarbeit ist, werden in den Beschreibungen der Maßnahmen auch die projektbeteiligten Abteilungen und die Anzahl der Mitarbeitenden aufgelistet. So kann die Plattform als Inspirationsquelle und Ideengeberin für die nächsten Klimaschutz-Maßnahmen im eigenen Haus dienen. Zahlreiche Fachinformationen, Checklisten, Literatur, Videos, Veranstaltungshinweise und aktuelle Nachrichten runden das praxisorientierte Angebot der neuen Plattform ab.

Klimaschutz braucht Netzwerke

Um Kontakt zu anderen Klimaschutzmanagerinnen und -managern aufzunehmen, Detailinformationen zu einzelnen Projekten zu erhalten oder eigene Maßnahmen in die Datenbank einzutragen, ist eine einmalige Registrierung erforderlich. „Diese Plattform lebt vom Austausch und davon, dass möglichst viele Krankenhäuser ihre Erfahrungen teilen. Deshalb laden wir alle Fachleute ein, hier ihr Wissen und ihre Projekte einzutragen“, sagte KGNW-Vizepräsident Sascha Klein. Mit Klimaschutz-im-Krankenhaus.de werde ein drängender Bedarf für die Fachleute erfüllt, betonte der KGNW-Vizepräsident.

Klimaschutz-im-Krankenhaus.de auf der MEDICA 2024

Auf Einladung des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Wirtschaft, Industrie, Klimaschutz und Energie (MWIKE) und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) hat die KGNW vom 11. bis zum 14. November 2024 die neue Online-Plattform für Klimaschutz im Krankenhaus auf der MEDICA 2024, einer der weltweit größten Fachmessen für Medizintechnik, vorgestellt. Zugleich konnte die KGNW die Gelegenheit nutzen, über alle Facetten ihrer Initiative Klimaneutrales Krankenhaus zu informieren: von den Fortbildungen zum Klimaschutzmanagement „KLIK green NRW“ und „Plan H: Planetary Health-Kurs für nachhaltige und klimaresiliente Gesundheitseinrichtungen“ über bereits in der Praxis umgesetzte Klimaschutzmaßnahmen in den Kliniken bis hin zum bundesweiten Netzwerk der Klimaschutzmanagerinnen und -manager.

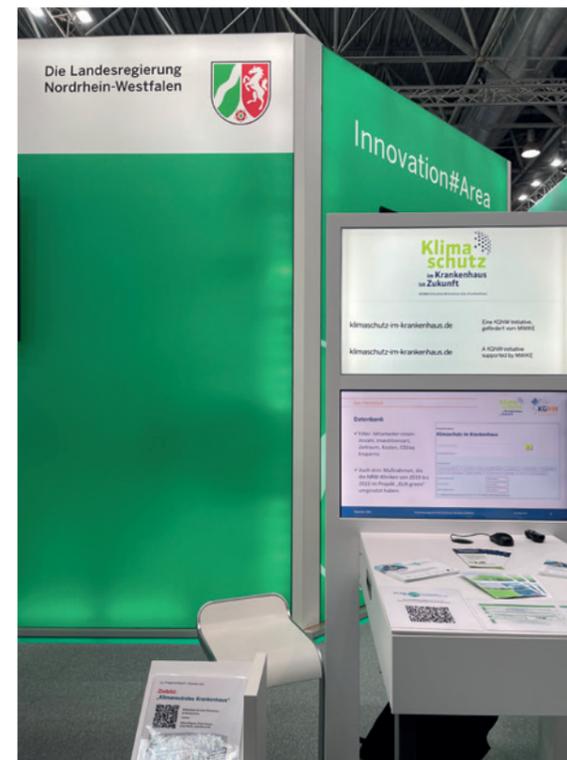
Obwohl Klimaschutz in der gesellschaftlichen Debatte spätestens seit dem Herbst 2024 nicht prominent war, zeigten viele Besucherinnen und Besucher auf einer der weltweit größten Fachmessen für Medizintechnik in Düsseldorf großes Interesse an der neuen Online-Plattform und am Klimaschutz im Krankenhaus. Durch die langjährige Erfahrung im Bereich Klimaschutz und das breite Engagement der Mitarbeitenden in den NRW-Krankenhäusern nutzten auch politische Vertreterinnen und Vertreter die Chance, mehr zur Nachhaltigkeit im Bereich Gesundheit zu erfahren.



(v. l. n. r.) KGNW-Referatsleiter Burkhard Fischer und KGNW-Referentin Melissa Kurscheid stellen NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann die Online-Plattform Klimaschutz-im-Krankenhaus.de auf der MEDICA 2024 vor



Auch der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales im NRW-Landtag, Josef Neumann, und der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Landtagsfraktion in NRW, Thorsten Klute, schauten sich auf der MEDICA 2024 bei KGNW-Referentin Melissa Kurscheid die neue Online-Plattform an



Die Klima-Stele der KGNW am Landesgemeinschaftsstand des Landes NRW auf der MEDICA 2024 – Anlaufpunkt auch für internationales Publikum

Besuchen Sie die neue
Webseite für Klimaschutz
im Krankenhaus



www.klimaschutz-im-krankenhaus.de

Wir bilden aus – Klimaschutz-Management im Krankenhaus

Von „KLIK green“ über „KLIK green NRW“ bis zu „Plan H“



Nach „KLIK green“ und „KLIK green NRW“ gibt es seit 2024 eine neue Fortbildung für Klimaschutzmanagement im Krankenhaus. Denn die Krankenhäuser wissen: Es geht nicht ohne. Um sich klimaneutral und nachhaltig aufzustellen, brauchen die Krankenhäuser ein gutes Klimaschutz-Management.

Die Einsicht ist nicht neu: Bereits 2019 hatten der BUND Berlin, das Universitätsklinikum Jena und die KGNW zusammen das Qualifizierungsprogramm „KLIK green“ gestartet – „KLIK“ steht für „Klimaschutz im Krankenhaus“. Bundesweit hatten sich an dem vom Bundesumweltministerium geförderten Programm 250 Kliniken beteiligt. Insgesamt 187 Klimaschutzmanagerinnen und -manager ließen sich bis zum Ablauf des Projektes im April 2022 ausbilden. Sie brachten in ihren Einrichtungen genau 1.640 unterschiedliche Maßnahmen zur Reduzierung von Treibhausgasemissionen auf den Weg. Ein großer Erfolg. Nachdem die Projektförderung 2022 auslief, hat die KGNW deshalb als Nachfolgeprojekte „KLIK green+“ und „KLIK green NRW“ ins Leben gerufen. Denn: Klimaschutz braucht starke und engagierte Netzwerke.

Der erste Kursserie von „KLIK green NRW“ begann im September 2023 und endete im März 2024. Eine wichtige organisatorische Neuerung ist die Online-Lernplattform ILIAS. Sie dient den Refe-



rierenden und Teilnehmenden zur digitalen Kommunikation und Vernetzung. Über ILIAS können die Teilnehmenden auch sämtliche Veranstaltungsunterlagen, Fotodokumentationen und weitere Informationsmaterialien herunterladen.

Schon im April 2024 starteten erneut über 50 angehende Klimaschutzmanagerinnen und -manager mit einem Auftaktworkshop von „KLIK green NRW“. Dabei standen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zwei Kurs-Optionen zur Auswahl. Beide begannen mit einer Auftaktveranstaltung vor Ort in Düsseldorf. Danach traf sich eine Gruppe zu zwölf halbtägigen Online-Terminen und die

zweite Gruppe zu sechs Ganztagsterminen in Präsenz in Düsseldorf.

Und ihr Einsatz kann sich sehen lassen: Seit September 2023 haben sich rund 130 Krankenhausbeschäftigte für das Klimaschutzmanagement im Qualifizierungsprogramm „KLIK green NRW“ ausbilden lassen. Insgesamt vier „KLIK green NRW“-Kurse hat die KGNW durchgeführt – in Präsenz- und Online-Seminaren. Knapp 100 Klimaschutzmaßnahmen haben allein die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser vier Kurse in ihren Krankenhäusern initiiert oder bereits umgesetzt.



Erste Arbeitsergebnisse bereits beim „KLIK green NRW“-Auftakt-Workshop in Düsseldorf – hier: Nudges

Plan H – für nachhaltige und klimaresiliente Gesundheitseinrichtungen



Für nachhaltige und klimaresiliente Gesundheitseinrichtungen

Doch das Interesse an einer Fortbildung für das Klimaschutzmanagement im Krankenhaus war und ist groß – und zwar nicht nur in NRW, sondern deutschlandweit. Zusammen mit dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) und der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) hat die KGNW deshalb die bundesweite Fortbildung „Plan H: Planetary Health-

Kurs für nachhaltige und klimaresiliente Gesundheitseinrichtungen“ entwickelt. Kurzform: Plan H. Die Deutsche Bundesstiftung Umwelt (DBU) fördert die Fortbildung. Am 12. Juni 2024 starteten die ersten beiden Gruppen aus ganz Deutschland.

Wie erstelle ich einen Nachhaltigkeitsbericht?
Wie bilanziere ich CO₂-Emissionen?

Auch mit Plan H erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das notwendige Rüstzeug, um den Klimaschutz in der eigenen Klinik strategisch aufzubauen. Sie erstellen Nachhaltigkeitsberichte und bilanzieren Treibhausgasemissionen, sie setzen konkrete Klimaschutzmaßnahmen

um und werden dabei von erfahrenen Expertinnen und Experten unterstützt. Die umfassende „Planetary Health“-Perspektive ist dabei rahmengebend.

Blick in die Zukunft

Die über 30 „Plan H“-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer werden im Juni 2025 ihre Abschlusspräsentationen halten und damit den Kurs erfolgreich abschließen. Im März 2025 geht bereits der nächste „Plan H“-Kurs los. Um vorherige Fragen zu beantworten, stellt das DKI zusammen mit KLUG und der KGNW die Fortbildung in unregelmäßigen Abständen immer wieder in kostenlosen knapp 60-minütigen Online-Informationsveranstaltungen vor.

Fit für die neue Nachhaltigkeitsberichterstattung im Krankenhaus?

Bei Nichterfüllung drohen strenge Sanktionen

Das Engagement der NRW-Krankenhäuser im Bereich Nachhaltigkeit ist beachtlich, ihre Leistungen verbessern sich stetig. Doch schon allein, weil ihnen die finanziellen Möglichkeiten fehlen, reichen ihre Maßnahmen noch nicht aus. Denn die Anforderungen, die an sie gestellt werden, sind erheblich gestiegen. Insbesondere durch die EU-Richtlinie zur Nachhaltigkeitsberichterstattung (Corporate Sustainability Reporting Directive, CSRD), die EU-Taxonomie und das Energieeffizienzgesetz kommen umfangreiche Berichtspflichten und Maßnahmen auf die Häuser zu.

Und der Handlungsbedarf steigt. Denn wenn die Krankenhäuser den Pflichten nicht nachkommen, drohen Sanktionen in Millionenhöhe. Allein die CSRD sieht laut der 2024 geltenden Rechtslage Bußgelder in Höhe von bis zu 15 Millionen Euro oder 10 Prozent des Gesamtumsatzes sowie Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren vor. Und auch bei der Kreditvergabe gewinnt die Einhaltung von Nachhaltigkeitskriterien zunehmend an Bedeutung.



EU-Richtlinie für Nachhaltigkeitsberichterstattung

Was ist was?

Nachhaltigkeitsberichterstattung (CSRD): Geplant, aber Ende 2024 noch nicht in deutsches Recht umgesetzt, sollen nach CSRD-Richtlinie ab dem Berichtsjahr 2025 die meisten Krankenhäuser zu einer umfassenden Berichterstattung über ihre Nachhaltigkeitsleistung verpflichtet werden. Auf Grundlage einer doppelten Wesentlichkeitsanalyse sollen sie zukünftig Umwelt-, Sozial- und Governance-Daten (Environmental, Social and Corporate Governance, ESG) erfassen und nach einheitlichen europäischen Nachhaltigkeitsstandards (European Sustainability Reporting Standards, ESRS) offenlegen.

EU-Taxonomie: Die EU-Taxonomie klassifiziert wirtschaftliche Aktivitäten, die zur Erreichung der Umweltziele der EU beitragen, als „nachhaltig“. Auch Krankenhäuser müssen in Zukunft sicherstellen, dass ihre Investitionen im Einklang mit diesen Kriterien stehen.

Energieeffizienzgesetz: Das Energieeffizienzgesetz verlangt regelmäßige Energieaudits sowie konkrete Umsetzungspläne und Maßnahmen zur Verbesserung der Energieeffizienz.

Krankenhäuser müssen aktiver werden

Eine bundesweite Umfrage der Deutschen Krankenhaus Trust-Center und Informationsverarbeitung (DKTIG) von 367 Kliniken im September 2024 hat ergeben, dass die Krankenhäuser in Deutschland erste Schritte zur Erfüllung der CSRD-Anforderungen unternommen haben. Aber sie stehen weiterhin vor erheblichen Herausforderungen in den Bereichen personelle Ressourcen, organisatorische Ausrichtung und inhaltliche Auseinandersetzung mit der Richtlinie. Kurzum: Die Bilanz der Krankenhäuser im Bereich Nachhaltigkeit könnte noch deutlich besser ausfallen.

Um die NRW-Krankenhäuser bei der Herausforderung, den neuen Anforderungen nachzukommen, zu unterstützen, veranstaltete die KGNW bereits im Dezember 2023 die Online-Fokusveranstaltung „CSRD – Fit für die neue Nachhaltigkeitsberichterstattung im Krankenhaus“ im Rahmen der KGNW-Initiative Klimaneutrales Krankenhaus. Für die Teilnehmenden der Kurse Plan H und KLIK green NRW folgte im November 2024 ein zweitägiges Fortbildungsmodul zur CSRD. Ebenfalls im November veranstaltete die KGNW die Informationsveranstaltung „Nachhaltigkeitsberichterstattungen CSRD und EU-Taxonomie“ für alle NRW-Krankenhäuser. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten darin einen Überblick über die regulatorischen Rahmenbedingungen und Anforderungen der neuen Berichtspflichten, die Übergangsregelungen und den Ablauf der Prüfung der Nachhaltigkeitsberichte. Anhand von praktischen Beispielen wurden auch mögliche Auswirkungen und finanzielle Folgen für die Unternehmenstätigkeit beleuchtet. Zudem informierte die KGNW ihre Mitglieder laufend über die neuen Berichts- und Nachweispflichten, die Fristen und die damit verbundenen Sanktionen.

Politischer Ausblick

Zum Ende des Jahres 2024 ist die EU-Richtlinie nicht in deutsches Recht gegossen. Wann Deutschland diesen Schritt vollzieht, ist unklar. Im Dezember 2024 hat die neue EU-Kommission das sogenannte „Omnibus Simplification Package“ für Februar 2025 angekündigt. Damit will sie die Nachhaltigkeitsberichterstattung und die Lieferkettensorgfaltspflicht – ändern. Das Ziel: weniger Berichtspflichten und damit weniger Bürokratie.

Die meisten Krankenhäuser müssen sich dennoch darauf einstellen, dass sie ab dem nächsten Jahr, spätestens jedoch für 2027 verpflichtet sein werden, den Anforderungen nachzukommen. Die Lage erlaubt keinen Aufschub: Die Krankenhäuser müssen die ökonomische, soziale und ökologische Dimension von Nachhaltigkeit in ihren unternehmerischen Entscheidungen strategisch mitdenken.

Pflegerberufe – Berufe mit Zukunft



Pflegefachpersonen im Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB)

Wer sich für einen Pflegeberuf entscheidet, versorgt kranke, pflegebedürftige oder sterbende Menschen aller Altersstufen und berät zu gesundheitsförderndem Verhalten. Neben der körpernahen Unterstützung geht es in diesem zwischenmenschlichen Prozess um die Förderung der Gesunderhaltung und der selbstständigen Lebensführung, angepasst an die Bedürfnisse und Wünsche der zu versorgenden Menschen. Zum beruflichen Alltag gehören ebenso die Arbeit im multiprofessionellen Team wie auch die Beratung und Anleitung der Angehörigen (Familie) und Zugehörigen (Freundinnen und Freunde sowie Bekannte).

Der Pflegeberuf ist etwas Besonderes, denn er ist

- abwechslungsreich,
- vielfältig,
- interessant,
- zukunftssicher und
- erfüllend.

Neue Übersicht auf der KGNW-Webseite

Um die beeindruckende Bandbreite des Pflegeberufes vorzustellen, hat die KGNW auf ihrer Webseite eine neue Übersicht

erstellt. Unter der Überschrift „Pflegeberufe – Berufe mit Zukunft“ finden Interessierte sämtliche Informationen zu Ausbildung, dualem Pflegestudium, Tätigkeitsbereichen, Verdienst und Karrieremöglichkeiten. Auch für Interessierte aus dem Ausland sowie für Krankenhäuser, die Pflegefachpersonen aus Drittstaaten beschäftigen, sind Informationen zu Anerkennungsverfahren oder Förderprogrammen vorhanden.

Vielfältige Beschäftigungs- und Karrieremöglichkeiten

Eine abgeschlossene Ausbildung beziehungsweise ein primärqualifizierendes

Pflegestudium zur Pflegefachperson eröffnet vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten und ein breites Spektrum an Weiterentwicklungsoptionen). Dabei ist das Gehalt im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen überdurchschnittlich gut. Nach der klassischen Berufsausbildung

lässt sich auch ein Studium – berufsbegleitend oder in Vollzeit – anschließen. Studiengänge gibt es zum Beispiel für Pflegepädagogik, Pflegemanagement oder Pflegewissenschaft. So eröffnen sich neue Perspektiven und gegebenenfalls ein beruflicher Aufstieg.

Ausführliche Informationen zur Ausbildung in der Pflege, zu Karriere-möglichkeiten und Verdienst finden sich auf der KGNW-Webseite im Bereich **Klinik-Welt**.

Zukunftsbündnis Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsfachberufe

Um dem wachsenden Mangel an Fachkräften in Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsfachberufen entgegenzutreten, hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) das „Zukunftsbündnis Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsfachberufe“ ins Leben gerufen. Das Zukunftsbündnis ist ein Zusammenschluss unterschiedlicher Einrichtungen und Organisationen im Rahmen der „Fachkräfteoffensive NRW“. Auch die KGNW ist Teil des Bündnisses. Ziel ist es, konkrete Maßnahmen für eine angemessene Fachkräfteausstattung und -sicherung in den genannten Berufen zu identifizieren, neu zu entwickeln und umzusetzen. Im Fokus stehen dabei die Bereiche Berufswahl und Berufsorientierung, Ausbildung sowie Beschäftigung.

Das Bündnis arbeitet an adressatengerechten Informationen, um mehr Menschen für die Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsfachberufe zu begeistern, und weiteren Optimierungen der Rahmenbedingungen, um in diesen Berufen verbleiben zu wollen und zu können – möglichst bis zum Renteneintritt. Die ersten Ergebnisse werden im September 2025 präsentiert.



Angehende Pflegefachpersonen im Jahr 2024 im St. Irmgardis-Krankenhaus Viersen-Süchteln

PPR 2.0 – neue Pflegepersonalregelung eingeführt

Die Pflegepersonalbemessungsverordnung ist am 1. Juli 2024 in Kraft getreten. Damit wurde das neue Instrument zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in der Krankenhauspflege – kurz: die PPR 2.0 – in den Krankenhäusern eingeführt. Eine entsprechende Datenlieferung seitens der Krankenhäuser ist ab dem 31. Januar 2025 verpflichtend. Zudem haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) über die

gesetzlich vorgesehene Sanktionsvereinbarung zu Vergütungsabschlüssen und Mitteilungspflichten der Krankenhäuser verhandelt und sich inzwischen – am 10. Februar 2025 – entsprechend geeinigt. Für das Jahr 2025 ist eine wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus und deren empirische Erprobung vorgesehen.

Politische Entwicklungen in der Pflege

Im Berichtsjahr 2024 wurden diverse politische Vorhaben der Bundesregie-

rung mit der Zielsetzung, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, diskutiert und auf den Weg gebracht. Hierbei sind unter anderem die Gesetzesentwürfe über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung (Pflegefachassistentengesetz, PfiFAsAG) und zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz, PKG) zu nennen. Der Koalitionsbruch verhinderte jedoch zum damaligen Zeitpunkt eine Befassung im Bundestag. Beide Gesetze können sich zukünftig maßgeblich auf die pflegerische Versorgung in Krankenhäusern auswirken.

„Elektronische Patientenakte für alle“ im Fokus von Politik, Technik und Sicherheit

Vorgänge rund um die ePA zeigen: Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung schließt sich langsam



Am 2. Februar 2024 war der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach zufrieden. An diesem Tag nickte der Bundesrat im 2. Durchgang sein Digital-Gesetz ab. Es trat am 27. März in Kraft. Das führte zu zahlreichen Änderungen und Neuerungen im Vergleich zu früheren Plänen rund um die Telematikinfrastruktur (TI) und ihre Anwendungen in den Krankenhäusern. Nachdem das E-Rezept bereits seit dem 1. Januar 2024 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Bereiche im Krankenhaus verpflichtend war, sollte es ab 15. Januar 2025 die „ePA für alle“ für die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten geben.

Im Wortlaut des Ministeriums hörte sich das vielversprechend an:

- „Die elektronische Patientenakte (ePA) wird Anfang des Jahres 2025 für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet werden. Wer die ePA nicht nutzen möchte, kann dem widersprechen (Opt-out). Für Privatversicherte können die Unternehmen der PKV ebenfalls eine widerspruchsbasierte ePA anbieten.
- Mit der ePA erhalten die Versicherten eine vollständige, weitestgehend automatisch erstellte, digitale Medikationsübersicht. In enger Verknüpfung mit dem weiterentwickelten E-Rezept werden so ungewollte Wechselwirkungen von Arzneimitteln besser vermieden und Ärztinnen und Ärzte im Behandlungsprozess unterstützt.



- Das E-Rezept wird weiterentwickelt, als verbindlicher Standard in der Arzneimittelversorgung etabliert und ein weiterer Zugangsweg per ePA-App eröffnet.“

„Nachbesserungsbedarf“ und „offene Punkte“

Die Verlautbarung des Ministeriums suggerierte einen einvernehmlichen Konsens zwischen allen Beteiligten. Die Realität sah anders aus. Schon Mitte Februar 2024 hatten diverse betroffene Verbände der Heilberufe in einer gemeinsamen Pressemitteilung „dringenden Nachbesserungsbedarf“ an der „ePA für alle“ angemahnt. Es fehlten „nach wie vor elementare Bestandteile, die für eine nutzenstiftende Verwendung im Versorgungsalltag benötigt werden“: „Letztlich haben diese offenen Punkte dazu geführt, dass keine Leistungserbringerorganisation in der gematik der Freigabe des Dokumentenpakets zugestimmt hat.“ In der gematik hält das Bundesgesundheitsministerium (BMG) 51 Prozent der Gesellschafteranteile (zum Vergleich: Deutsche Krankenhausgesellschaft mit 5,88 Prozent). Das BMG hatte die Warnungen der Fachleute nicht hören wollen. Eine Erfahrung, die die Krankenhäuser auch bei den Reformplänen der Regierungskommission machten.

Konkret bemängelten die Fachleute unter anderem die fehlenden Filter- und Suchfunktionen und den mangelnden Virenschoner. Auch ließ die Funktionalität zunächst Labore außen vor. Das BMG beschwichtigte, es werde alles ab 15. Januar 2025 nachgeholt. Die größte Änderung betraf die Patientinnen und Patienten: Die ePA wurde vom Opt-in- auf ein Opt-out-Verfahren umgestellt. Das heißt, dass künftig keine Zustimmung mehr erforder-

lich ist. Wer keine ePA nutzen möchte, muss aktiv widersprechen. Beim Opt-in-Verfahren (ePA 2.6) war die Resonanz schwach, lag unter zwei Prozent. Technisch gesehen startet die „ePA für alle“ mit Version 3.0.

ePA-Einführung ist ein Prozess-Thema

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) rief daraufhin zwei Arbeitsgruppen (AG) ins Leben, die die Einführung begleiten und sowohl rechtliche als auch prozessual-technische Umsetzungshinweise erarbeiten sollten. Ganz oben stand der dringende Appell an die Geschäftsführungen, die ePA-Einführung im Krankenhaus als Prozess- und nicht als reines IT-Thema zu betrachten. Die (rechtlichen und prozessual-technischen) DKG-Umsetzungshinweise wurden im September 2024 den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt und werden seitdem permanent aktualisiert.

Auch die gematik spielt eine wichtige Rolle. Sie veröffentlichte regelmäßig ePA-Informationen für Behandelnde, zum Beispiel (Zahn-)Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäuser. Auf politischer Ebene hatte das Bundeskabinett im Juli 2024 beschlossen, die gematik im Rahmen des Gesundheits-Digitalagentur-Gesetzes (GDAG) zur Digitalagentur für Gesundheit umzubauen – mit mehr Kompetenzen und Befugnissen. Dazu sollten „hoheitliche“ Aufgaben wie die Zulassung, das Zertifizierungsverfahren und die Erteilung von Anordnungen zur Abwehr von Gefahren für die Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur (TI) zählen. Eigentlich. Durch das spätere Ende der Ampelregierung im November 2024 sollte das zur Makulatur geraten, denn zur Parlamentszustimmung kam es nicht.

Turbulenter ePA-Herbst

Im Herbst wurde es turbulent rund um die ePA. Am 7. Oktober 2024 – 100 Tage vor dem Start – gab zunächst die KGNW gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein bekannt, dass die ePA ab 15. Januar 2025 auch in ausgewählten Einrichtungen in NRW in einer vierwöchigen Pilotphase im Praxisbetrieb erprobt werden soll, bevor sie im Anschluss bundesweit ausge-

rollt werden soll – in enger Abstimmung mit der gematik. „Deshalb werden wir die Startphase in Nordrhein-Westfalen gemeinsam und sektorenübergreifend nutzen, um den Einführungs- und Entwicklungsprozess der ePA eng zu begleiten, damit sie bei voller Funktionsfähigkeit einen echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten, Praxen und Krankenhäuser bieten kann“, erklärte das Bündnis. Sascha Klein, KGNW-Vize-Präsident, stellte klar: „Digitalisierung – dazu zählt die ePA – kostet die Kliniken sehr viel Geld, nicht nur zum Start, sondern auch mittel- und langfristig. Allerdings fehlen noch Konzepte, den Betrieb nachhaltig zu finanzieren – eine wichtige Voraussetzung, um Fachpersonal zu gewinnen und zu binden.“

In Berlin wackelte indes die Bundesregierung, bestehend aus SPD, Grünen und FDP. Die ePA geriet in die politischen Mühlen. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach selbst zog sein Prestigeobjekt unbehelligt durch und schickte sein ePA-Infomobil auf Reisen. Zu diesem Zeitpunkt, so erzählt es Martin Tschirsch vom Chaos Computer Club (CCC), hatte seine Organisation längst Sicherheitslücken in der ePA gefunden – und nach eigenen Angaben bereits im August 2024 der gematik übermittelt, Ende Dezember sollte der CCC sie öffentlich machen.

Trotz identifizierter Schwachstellen: ePA für alle ist laut gematik „sicher“

Die gematik ging derweil in die Offensive: Am 10. Oktober veröffentlichte sie ein Sicherheitsgutachten, das das Fraunhofer-Institut für Sichere Informationstechno-

logie (Fraunhofer SIT) in ihrem Auftrag erstellt hatte. Zwischen Fertigstellung und Veröffentlichung lagen knapp sechs Wochen. Zeit für die gematik, die im selbst beauftragten Gutachten ausgemachten 21 Lücken und Mängel zum Teil auszubessern: So erklärte sie optimistisch, sie habe bereits Maßnahmen ergriffen, die in der Analyse identifizierten Schwachstellen zu beheben. Fazit: Die ePA für alle sei „sicher“.

Trotz aller Bedenken, auch seitens der beteiligten und betroffenen Verbände wie der DKG, hielt das BMG bis Jahresende 2024 – die Ampelkoalition war inzwischen Geschichte, SPD und Grüne führten die Regierungsgeschäfte weiter – weitgehend an seinem ambitionierten Zeitplan fest: Bei erfolgreicher Durchführung der Testphase sollte ab Mitte Februar 2025 die bundesweite ePA-Nutzung auch durch die Krankenhäuser beginnen. Die DKG hatte noch im Dezember eine Verschiebung auf das zweite Quartal 2025 gefordert. Lediglich die Verpflichtung der Software-Hersteller, bis zum 15. Januar 2025 das Modul für die technische Anbindung der Krankenhäuser bundesweit auszurollen, verschob sich. Stattdessen sollten zunächst nur die an der Pilotierung beteiligten Krankenhäuser ausgestattet werden. Alle anderen müssen draußen bleiben, bis die Sicherheitslücken gestopft sind. Zu mehr Zugeständnissen war das BMG zum damaligen Zeitpunkt nicht bereit. Klar war aber auch da schon: Diverse ePA-Funktionen ließen sich nicht planmäßig realisieren. Ein Beispiel: Der elektronische Medikationsplan (eMP) wird frühestens in Version 3.1.2 im Jahr 2026 umgesetzt sein.



Prof. Karl Lauterbach, Bundesgesundheitsminister, und Dr. Florian Fuhrmann (rechts), Vorsitzender der Geschäftsführung der gematik, warben im Herbst in neun Städten per Infomobil für die ePA

Digitalisierung in den Klinikalltag integrieren

Vom E-Rezept bis zur KI: Krankenhäuser brauchen nachhaltige Finanzierung der IT-Strukturen

Künstlicher Intelligenz (KI) wird von vielen Seiten ein großes Potenzial für das Gesundheitswesen zugesprochen. Sie kann – und wird auch – einschneidende Veränderungen bewirken. Erhalten wir bald medizinische Diagnosen, ohne die Ärztin oder den Arzt zu konsultieren? Lassen sich Krebsbehandlungen allein am Computer planen? Klingt das nach Science-Fiction oder könnte das Alltag im Gesundheitswesen werden? Klar ist: Auch die Krankenhäuser werden sich den Herausforderungen und Chancen Künstlicher Intelligenz zu stellen haben. Viele haben bereits damit begonnen. Klar ist auch: Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte werden dabei weiterhin eine wesentliche Rolle einnehmen. Doch wie finden Krankenhäuser heraus, ob sie für KI bereit sind und wo KI sich sinnvoll einsetzen lässt?

„Praxisdialog Information- und Medizintechnik im Krankenhaus“ zeigte Chancen und Herausforderungen Künstlicher Intelligenz

Wie Krankenhäuser herausfinden, wo KI sinnvoll zum Einsatz kommen kann, zeigte die 10. KGNW-Fachtagung „Praxisdialog Informations- und Medizintechnik im Krankenhaus“. Am 10. Januar 2024 führte die KGNW die Veranstaltung traditionell zum Jahresbeginn in Duisburg durch.

Die Veranstaltung stellte gebündelt einige der erforderlichen Voraussetzungen für den KI-Einsatz im Krankenhaus dar:

- Folgefinanzierung
- Leistungsstarke Hardware
- Technische Absicherung, Sicherheitsstandards und Cybersicherheit
- Prozessoptimierung
- Fachpersonal für den KI-Einsatz
- Frühzeitige Einbindung der User und Anwenderfreundlichkeit
- Vernetzung mit Start-ups

Zunächst konnten sich die circa 60 Teilnehmenden zu den Chancen und Risiken des Einsatzes von KI informieren und austauschen. In welchem Ausmaß und wie schnell Kliniken von KI profitieren, hängt vom Geld ab: Daher wählte Referent Jörg Asma, Partner, Cyber Security & Privacy bei PwC Germany, zum Auftakt der Veranstaltung buchstäblich die „Krankenhäuser trotz Digitalisierung im Würgegriff der Kosten“. Sie erkennen die Notwendigkeit, Prozesse zu digitalisieren. Doch die anfängliche Fördermittelperiode im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) ende irgendwann. Wichtig sei jedoch im Anschluss eine solide Folgefinanzierung. Ganz wichtig bei der Digitalisierung: die technische Absicherung. Er kenne keinen Sicherheitsvorfall im Krankenhaus, bei dem personenbezogene Daten nicht betroffen



gewesen seien. Dies rufe neben dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) schnell auch die Datenschutzbehörden auf den Plan. Deren Sanktionswerkzeuge mit der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) seien erheblich ausgeweitet worden. Cybersicherheit – ein weiterer Kostenfaktor. Daher biete der Einsatz von KI – neben ihrem medizinischen Nutzen – auch eine Chance, Kosten zu sparen.

Thomas Opfermann vom Institut für Krankenhausinnovationsmanagement in Münster (IKiM) riet Krankenhäusern davon ab, eigene Hardware zur Erprobung von KI anzuschaffen. KI benötige aktuelle und teure Hardware und sei ein absoluter Stromfresser. Jede Antwort von ChatGPT sei mit nicht zu unterschätzendem Energiebedarf verbunden. KI sei leistungsstark, aber auch risikobehaftet. KI beabsichtige nicht, eine richtige Antwort zu erzeugen, sondern vielmehr, überhaupt eine wahrscheinliche Antwort auf die Frage zu erwidern. Trotz dieser Risiken nutzen viele Einrichtungen im Gesundheitswesen bereits moderne KI-Technologien. Dr. Marc Heiderhoff, Leiter des Instituts für Krankenhausinnovationsmanagement in Münster, zeigte auf, in welchen Handlungs-

feldern im Krankenhausbereich es bereits Lösungen gibt – von der Patientenadministration bis hin zur Therapieunterstützung. Großer Vorteil: die Zeitersparnis, die für die Arbeit am Patienten und an der Patientin frei werde. Große Herausforderung: Es fehlt entsprechendes Fachpersonal. „Daten- und Sicherheitsexpertinnen und -experten werden immer wichtiger“, sagt Dr. Jil Sander vom SmartHospital.NRW. KI sieht sie nicht als Allheilmittel. „Manchmal ist KI auch nicht der richtige Ansatz, sondern es sind einfache statistische Modelle vollkommen ausreichend.“ Es müsse aber diejenigen geben, die dies bewerten könnten.

User frühzeitig einbinden

In der Veranstaltung wurde deutlich:

„Erfolgreicher KI-Einsatz steht und fällt damit, die User mitzunehmen und frühzeitig einzubinden.“

Welche Ängste und Sorgen haben sie, und wie lassen sich die Ängste beseitigen? Zudem zeigte sich: Eine erfolgreiche KI-Strategie hängt nicht an einzelnen Menschen, sondern betrifft das gesamte Krankenhauspersonal.

Start-ups in einer Schlüsselrolle

Start-ups nehmen bei der KI-Etablierung eine Schlüsselrolle ein. Sie helfen Krankenhäusern dabei, im Rahmen zunehmender Digitalisierung schneller agieren und in einem mittlerweile exponentiellen Wachstum der IT-Lösungen Schritt halten zu können. Ein Beispiel führte zum Universitätsklinikum Münster. Dieses etablierte vor rund drei Jahren in einer Tochtergesellschaft einen „digital healthcare hub (dhh)“, eine Art Projektgruppe. Diese soll in Abstimmung mit anderen Bereichen neue digitale Lösungen entwickeln, bewerten und etablieren. Dr. Beate Rottkemper und Marvin Luwig beschrieben, dass bereits mehr als 70 digitale Lösungen evaluiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet worden seien. Im täglichen Kontakt zu Start-ups schaut der Hub über den Tellerrand hinaus.

Auch in der stationären Gesundheitsversorgung kommt Start-ups eine immer wichtigere Rolle zu. Dr. Aylin Imeri vom Digi Health Start, einem Projekt unter Beteiligung des Landes NRW und der Ruhr-Universität Bochum, betonte: „Digital Health Ökosysteme müssen stärker vernetzt werden. Nur so lassen sich die Potenziale der Start-ups nutzen und in den Versorgungskontext überführen.“ Ihr Projekt hat dafür eine Plattform geschaffen, auf der Anbieter und Lösungssuchende gemeinsam an Lösungen arbeiten können. Sebastian Geyr, Gründer und Inhaber medtech-MANUFAKTUR, zeigte auf, welches Potenzial in den im Krankenhaus erzeugten Daten steckt. Immer dort, wo innovative Technologien, beispielsweise Robotik, genutzt werden, entstünden riesige Massen an wertvollen Daten. Als Problem sieht er gewisse Hürden für die mögliche Nutzung, zum Beispiel einen sehr strengen Datenschutz. Solche Hürden lassen Hersteller zwangsläufig auf zugängliche und globale Daten zugreifen, die aber die Versorgungssituation in Deutschland nur unzureichend abbilden. Daher plädierte der Unternehmer für Fortschritte in der Vernetzung. Nur so lasse sich langfristig auch die Patientensicherheit erhöhen.



(von links nach rechts) Burkhard Fischer, Leiter des KGNW-Referats „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“, Dr. Marc Heiderhoff, Leiter des Instituts für Krankenhausinnovationsmanagement Münster, Thomas Opfermann, stellvertretender Institutsleiter, Nico Brinkkötter, damaliger Referent des KGNW-Referats „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“

Sicherheitsstandards einhalten

Nicht nur Patientensicherheit, sondern auch die Prozessqualität lässt sich mithilfe digitaler Transformation erhöhen. Das beschrieb Matthias Pruksch von der sepp.med GmbH. Für die Strahlenklinik am Universitätsklinikum Erlangen erstellte der Dienstleister einen „digitalen Zwilling“ im klinischen Echtzeitbetriebskontext. Dieser bildet die digitalen Prozesse virtuell ab. Die Ziele dahinter: Datensätze heben, Prozesse verbessern, Qualität steigern. Für die bessere Visualisierung erarbeitet sepp.med darüber hinaus eine spezielle Softwarelösung. Im Vordergrund stehen dabei die User Experience, also das Erlebnis der Nutzerinnen und Nutzer, und die Anwendbarkeit. „Nichts ist schlimmer als eine App, die niemand nutzen möchte“, sagt Matthias Pruksch. Folge: Lösungen, die die Erwartungen der Nutzer nicht erfüllen, werden in Erlangen direkt gelöscht. Doch digitale Anwendungen müssen auch Sicherheitsstandards genügen. Größere Kliniken, darunter die Maximalversorger, gelten qua Gesetz als Kritische Infrastruktur, für die besonders hohe Hürden gelten. Basis bildet der Risikomanagementstandard DIN EN 80001-1. Wie die DIN-Norm mit dem branchenspezifischen Sicherheitsstandard (B3S) im Gesundheitswesen zusammenspielt, erläuterte im Abschlussvortrag der Veranstaltung Kai Herwig der medfacilities, einer Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums Köln. Dieses gilt seit 2017 als Kritische Infrastruktur. Der Referent sah die DIN EN 80001-1:2023 sogar als deutlich spezifischer als den branchenspezifischen Sicherheitsstandard an. Der B3S ermöglicht die Umsetzungen des BSI-Gesetzes (Gesetz über das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik) in der stationären Gesundheitsversorgung. Um die Prüfungen zu koordinieren, nutzt die Uniklinik Köln ein digitales Tool. Eine manuelle Dokumentation erscheint allein angesichts der unglaublichen Menge medizintechnischer Geräte nicht praktikabel. Das Tool fasse die im Netzwerk gefundenen Geräte in Gruppen einer gleichen Risikokategorie zusammen und nehme eine generelle Risikobetrachtung vor, berichtete Herwig. Eine solche Dokumentation sei mühsam im praktischen Alltag, aber nützlich und mit Blick auf die KRITIS-Auditierungen auch seitens der Prüfer gefordert und überprüft worden.

Am Reißbrett geplant, besser als befürchtet

Stichwort: KHZF

Durch den Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) werden Projekte mit einem Gesamtvolumen von bis zu 4,3 Milliarden Euro gefördert. Dafür stellte der Bund drei Milliarden Euro bereit, die Länder steuern weitere 1,3 Milliarden Euro bei. Das ermöglichte Krankenhäusern, über Förderprojekte in zukunfts-

weisende Notfallkapazitäten, in Digitalisierungsprojekte und in ihre IT-Sicherheit zu investieren. Laut BAS sind die geförderten Projekte bis spätestens 31. Dezember 2025 abzuschließen. Die Krankenhäuser müssen dann die Verfügbarkeit der digitalen Dienste ermitteln und das Ergebnis den Kostenträgern übermitteln – mit Auswirkungen auf die Budgetverhandlungen und die Verhandlung des Abschlages.

Im Moment ist ein systematischer KI-Einsatz noch Zukunftsmusik. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schritt jedoch auch im Jahr 2024 wesentlich voran. Wenn auch nicht so schnell, wie es manche Beteiligte, gerade aus der Gesundheitspolitik, am Reißbrett geplant und es sich gewünscht hatten.

Das E-Rezept

Seit 1. Januar 2024 müssen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Bereiche ein E-Rezept für die gesetzlich Versicherten ausstellen, ab dem 1. Januar 2025 gilt das auch für Krankenhäuser im Entlassmanagement. Das bestimmt das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz). Das E-Rezept löst bei gesetzlich Versicherten das sogenannte Muster 16, den „rosa Zettel“, bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ab. Leistungserbringer wie Arztpraxen und Krankenhäuser erstellen und signieren es ausschließlich digital. Patientinnen und Patienten lösen es mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), mit dem Smartphone oder – ganz traditionell – mit einem Ausdruck in Apotheken ein. Ausnahmen: Privatversicherte, Betäubungsmittelrezepte und gesetzlich geregelte Ausnahmen etwa bei direkter Zuweisung von Verordnungen wie Zytostatika. Manche private Krankenversicherungen bieten ihren Versicherten das E-Rezept freiwillig an.

Die gematik als technisch verantwortliche Institution verspricht: Das E-Rezept „vereinfacht administrative Abläufe und gibt neue Möglichkeiten, um den Klinikalltag zu optimieren. Mit dem E-Rezept sparen Sie wertvolle Zeit, die in die Versorgung der Patientinnen und Patienten fließen kann.“



Konkret soll sich das E-Rezept in das Krankenhausverwaltungssystem (KIS) integrieren und über das KIS erstellt werden (inklusive der elektronischen Unterschrift). Anschließend wird es auf einem Fachdienst eingestellt, auf den beispielsweise Krankenhäuser und Apotheken zugreifen. Es soll möglich sein, mehrere E-Rezepte in einem Vorgang mit dem Heilberufsausweis zu signieren („Stapel- oder Komfortsignatur“). Das gilt in Kliniken, in Ambulanzen und im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sowie über das Entlassrezept im Entlassmanagement.

Vertragsärztinnen und -ärzten einer Kassenärztlichen Vereinigung, die sich nicht an die Vorgaben halten, drohen seit April 2024 Sanktionen in Form einer Vergütungskürzung in Höhe von einem Prozent. Für Krankenhäuser galt ein Aufschub bis zum 31. Dezember 2024.

Natürlich und wenig überraschend veröffentlichte die gematik, zu 51 Prozent in der Hand des Bundesgesundheitsministeriums, eine Erfolgsmeldung nach der anderen: Im letzten Quartal vor der verpflichtenden Nutzung, dem vierten im Jahr 2023, wurden laut gematik 14,5 Millionen E-Rezepte erfolgreich in Apotheken eingelöst. Bilanz nach den ersten 100 Pflichttagen im April 2024: mehr als 124 Millionen E-Rezepte von Patientinnen und Patienten eingelöst, bis zu 10 Millionen pro Woche, Gesamtzahl seit Einrichtung: 143 Millionen. Bei den Downloadzahlen der App durch die Patientinnen und Patienten sah die gematik ähnliche Erfolgswerte. Die Bilanz nach einem Jahr im Dezember 2024 fiel jedoch positiver aus als vielerorts befürchtet: Ende des Jahres vermeldete die gematik insgesamt 528 Millionen – meist über die elektronische Gesundheitskarte – eingelöste E-Rezepte.



Störungen und technische Ausfälle

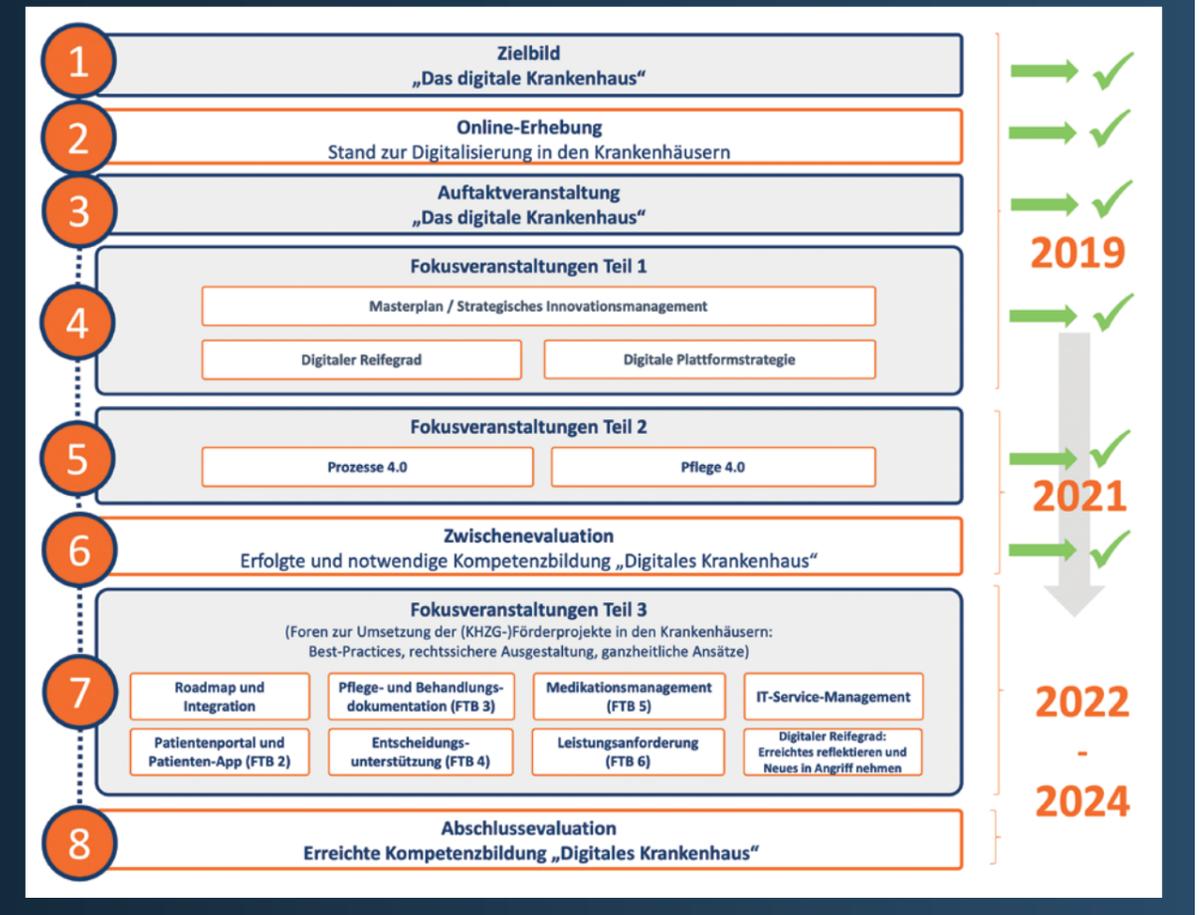
Technisch werden die Rezeptdaten in der Arztpraxis und von Krankenhäusern auf einen zentralen Server geladen, nicht direkt auf der eGK gespeichert. Das Einstecken der Karte lässt die Apotheke das E-Rezept vom Server abrufen. Sowohl Apotheken

als auch Praxen als auch Krankenhäuser klagten jedoch immer wieder über Störungen und technische Ausfälle. „Wir stehen mit den verschiedenen Dienstleistern im engen Austausch, um die Stabilität der Telematikinfrastruktur weiter zu optimieren“, versicherte die gematik.

„Das digitale Krankenhaus“: Initiative endet, Ziele bleiben

Am 18. Juni endete offiziell mit einer letzten Fokusveranstaltung die Initiative „Das digitale Krankenhaus“ der KGNW. Sie war 2019 in Kooperation mit dem Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik (ISST) gegründet worden, um die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen in der digitalen Transformation zu begleiten. Die Initiative hat den NRW-Krankenhäusern den Start der Digitalisierung ermöglicht. Das bestätigte die dritte Onlineerhebung von 2024: Eine Mehrzahl beobachtet in ihrem Haus eine zunehmende Digitalisierung aufgrund neuer Projekte, erweiterter Services, optimierter Prozesse und einer Einbe-

ziehung der Mitarbeitenden. Das 2019 entwickelte Zielbild mit seinen vier Dimensionen, nämlich der Mitarbeiter-, der Patienten-, der Strategie- und der Prozessorientierung, wird weiter viel Raum einnehmen. Die abschließende Fokusveranstaltung und die Onlineerhebung zeigten: Innerhalb der Digitalisierung bleiben die mit diesen Dimensionen verknüpften Ziele aktuell. Ab 2025 startet nun der Übergang in die Nachhaltigkeitsphase. Sie greift Themen anlassbezogen und bedarfsorientiert auf und wird von kontinuierlicher Verbesserung, Erneuerung und Innovation geprägt sein.



Qualitätsmanagement im Krankenhaus rückt unvermittelt ins Rampenlicht

Datenmengen und bürokratischer Aufwand nehmen deutlich zu

Im Alltag zählt das Qualitätsmanagement (QM) in den Krankenhäusern zum Kerngeschäft, doch im Jahr 2024 geriet es in eine politische aufgeheizte Debatte. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hatte den Kliniken seit zwei Jahren immer wieder fälschlicherweise mangelhafte Qualität unterstellt. Mit dem von ihm mit großem Tamtam angekündigten „Bundes-Klinik-Atlas“ wollte er vorgeblich gegensteuern. Das Ergebnis: ein Desaster. Lauterbachs Qualitätsportal scheiterte an einfachsten Qualitätsanforderungen. Die Patientinnen und Patienten erhielten ungenügende und falsche Informationen über die tatsächliche Qualität der Krankenhäuser, falsche Fallzahlen, fehlende Zertifikate, Fehler selbst bei einfachen Angaben wie Notfallstufen. „Es geht um Transparenz und um Qualität im Krankenhaus. Das nämlich sollte der Bundes-Klinik-Atlas nach außen kehren. Sollte. Aber was dieses hochoffizielle Informationsportal der Bundesregierung ausspuckt, sind reihenweise falsche und unvollständige Informationen.

Übrigens mit einer völlig intransparenten Gewichtung“, brachte es Dr. Guido Lorzynski, MBA, Vorsitzender der KGNW-Kommission Qualitätsmanagement, beim 18. Krankenhaus-Qualitätstag NRW im Juni in Duisburg, vier Wochen nach dem Start des Bundes-Klinik-Atlas, auf den Punkt.



Referentinnen und Referenten sowie die beteiligten KGNW-Mitarbeitenden beim 18. Krankenhaus-Qualitätstag

„Die Krankenhäuser scheuen keine Transparenz. Im Gegenteil: Wir schaffen sie jeden Tag.“ Und der Qualitätsmanager und Krankenhausgeschäftsführer fand im Fiasko sogar einen positiven Aspekt: „Für unsere Arbeit (...) bietet dieser Bundes-Klinik-Atlas deshalb einen perfekten Anlass, unsere tägliche Arbeit für die bestmögliche Qualität in unseren Krankenhäusern ins Rampenlicht zu schieben.“

Die Patientenzentrierung nimmt einen wichtigen Raum im Krankenhaus-QM ein. Beim 18. Krankenhaus-Qualitätstag stellte etwa Dr. Peggy Richter von der Technischen Universität Dresden eine Art Werkzeugkasten für die Erstellung von Patientenpfaden am Beispiel Onkologie vor. Damit lassen sich patientenzentrierte Abläufe entwickeln und einsetzen, um standardisierte Versorgungsprozesse auf Basis interdisziplinärer Kooperationen zu ermöglichen. Das Ergebnis: weniger Fehler, bessere Qualität.

DeQS-Datensätze knacken Millionen-Grenze

Die Datenannahmestelle Krankenhaus (DAS-KH) bei der KGNW fungiert bei der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) als Schnittstelle zwischen den Krankenhäusern und der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) für die Annahme von Daten und die Weiterleitung von Rückmeldeberichte beziehungsweise dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Annahmestelle des C1-Teils der Qualitätsberichte. Erstmals knackte die DAS-KH bei den QS-Datensätzen für das Erfassungsjahr 2023 mit 1.022.996 die Millionen-Marke (Vorjahr: 883.000). Außerdem nahm sie 855 Sollstatistiken entgegen. Sie verdeutlichen, ob die Kliniken ihren Datenlieferfristen nachkommen. Die Daten wiesen erneut eine Vollständigkeit von unglaublichen 100 Prozent auf. Erstmals wurde in der DeQS die Aussetzung von zwei Verfahren beschlossen, nämlich der Knieendoprothesenversorgung (KEP) ab 2025 und der ambulant erworbenen Pneumonie (CAP), einer Form der Lungenentzündung, ab 2026. Der für 2024 erwartete Start des Verfahrens „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ verzögerte sich. Im Jahr 2024 wurden weitere Neuerungen für das Berichtsjahr 2025 bekannt: So fließen bei der perkutanen Koronarintervention (PCI), einem therapeutischen Herzkatheter, nun verbindlich die Resultate von Patientenbefragungen in die QS-Daten ein. Inwieweit das überhaupt Qualitätsrückschlüsse zulässt, bleibt zu beobachten.

NRW-Krankenhausplanung wirkt sich auf Qualitätsmanagement aus

Die Umsetzung der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung zieht Änderungen im Qualitätsmanagement nach sich. Das zeigte sich bei der Jahrestagung der Gesellschaft für Qualitätsmanage-

ment in der Gesundheitsversorgung (GQMG) im März 2024 in Hamburg. Auch hier leistete die KGNW durch den einleitenden Vortrag von Burkhard Fischer, Referatsleiter Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse, ihren Beitrag. Jan Haberkorn, Leiter Medizinische Dokumentation, St. Elisabeth-Krankenhaus Köln, stellte die Krankenhausplanung in NRW en détail vor. Sein Vortragstitel: „Leistungsgruppen und Anforderungen zur Strukturqualität“. Dabei beschrieb er die Leistungsgruppensystematik und ihre Verknüpfung mit Strukturqualitätsanforderungen als zentrales Element der Krankenhausplanung. Anhand von Beispielen erläuterte er das Ineinandergreifen der Planungselemente. Anstelle einer Planung von Gebieten und Betten sollen in NRW zukünftig Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sowie Fallzahlen den Versorgungsauftrag definieren. Überprüfbare Qualitätsanforderungen ersetzen hier künftig eine Qualitätsorientierung. In der (Spezial-)Versorgung stehen Koordination und Aufgabenteilung im Fokus mit dem Ziel der regionalen Zentralisierung.



Dr. Christa Welling (Bild) vom Klinikum Westmünsterland, Chirurgin, Gefäßchirurgin, Ärztliches Qualitätsmanagement, Klinisches Risikomanagement ONR und unter anderem Mitglied in der KGNW-Kommission Qualitätsmanagement, erklärte den Prozess der Antragsstellung und Entscheidungsfindung aus Krankenhaus-Sicht. Sie berichtete unter anderem darüber, wie aufwendig das Anlegen von Personal- und Kooperationslisten sei, die Übertragung in Excel-Tabellen, das Beachten von Übereinstimmungen mit Daten aus Qualitätssicherung und anderen Nachweisen, zum Beispiel zu Notfallstufen und den Prüfungen der OPS-Strukturmerkmale (StrOPS). Auch sind die Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte penibel zu berücksichtigen. Weitere Herausforderungen: der Zeitplan des NRW-Gesundheitsministeriums, das die Feststellungsbescheide

bis Dezember 2024 verschickte, und die parallelen Entwicklungen auf Bundesebene zur Krankenhausreform und im internen Bereich, etwa durch Fallzahlrückgänge, Standortschließungen und Personalwechsel.



Dr. Christa Welling, Kommission Qualitätsmanagement

CIRS-NRW soll Unglücksfälle verhindern



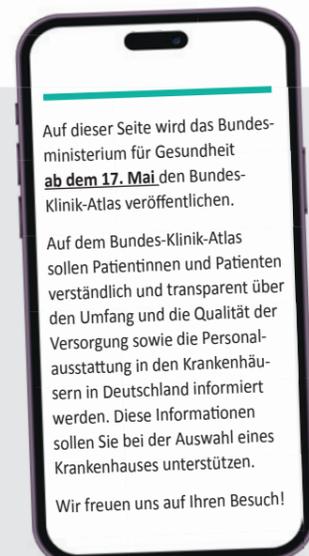
Die in NRW an vielen Krankenhäusern und Praxen etablierten Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS) mit jährlich 400 bis 500 „Beinahe-Unglücksfällen“ stellen einen wichtigen Baustein im Risiko- und Qualitätsmanagement dar. CIRS ist das erste und bis jetzt einzige landesweite einrichtungs- und sektorenübergreifende internetbasierte Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Gesundheitsversorgung. Träger sind neben der KGNW die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Gerade in Zeiten von Pandemie, Krieg, Klimawandel und zunehmender Einsamkeit ist ein widerstandsfähiges und patientensicheres Gesundheitssystem sehr wichtig. Der 8. CIRS-NRW-Gipfel im November in Düsseldorf widmete sich dieser Herausforderung unter dem Titel „Stark in bewegten Zeiten“.



Die KGNW war federführend in der Organisation und moderierte den Workshop „APS-Never-Event-Liste: Schwerwiegende Ereignisse sicher verhindern. Wie packt man's an?“. „Never-Events“ sind Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung auftreten und durch Sicherheitsbarrieren zu verhindern gewesen wären, möglicherweise zu schwerwiegenden Schäden bis hin zum Tod hätten führen können und eindeutig identifizierbar sind. Wenn ein Ereignis aus der Never-Event-Liste des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) aufgetreten ist, haben die Sicherheitsbarrieren zur Verhinderung von Patientenschäden in einem Krankenhaus offensichtlich nicht lückenlos gegriffen.



Beispiel: Ein Patient schluckt eine Tablette samt Blister. Daraus leiten sich künftige Präventionsmaßnahmen unter anderem in der Dokumentation, Nachweisführung und der Patientenabfrage ab.



Auf dieser Seite wird das Bundesministerium für Gesundheit ab dem 17. Mai den Bundes-Klinik-Atlas veröffentlichten.

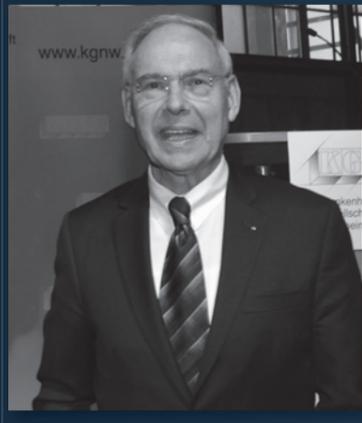
Auf dem Bundes-Klinik-Atlas sollen Patientinnen und Patienten verständlich und transparent über den Umfang und die Qualität der Versorgung sowie die Personalausstattung in den Krankenhäusern in Deutschland informiert werden. Diese Informationen sollen Sie bei der Auswahl eines Krankenhauses unterstützen.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Bundes-Klinik-Atlas: viele Versprechen, geringe Qualität

Meldungen in Kürze

KGW trauert um Reinhard Stadali



Reinhard Stadali †

Am 19. Dezember 2024 starb das frühere geschäftsführende Präsidialmitglied der KGNW, Dipl.-Kfm. Reinhard Stadali, Stadtrat a. D. im Alter von 85 Jahren. Von 1992 bis 2002 leitete er die Geschäftsstelle der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Dabei prägte er die Entwicklung des Gesundheits- und Krankenhauswesens auf Bundes- und Landesebene maßgeblich. Nach der organisatorischen Trennung der KGNW von ihrem Bundesverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), baute Reinhard Stadali die KGNW-Geschäftsstelle in Düsseldorf auf. Er setzte sich vorbildlich mit hohem fachlichen Können und profundem Wissen für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, ihre Beschäftigten sowie die Patientinnen und Patienten ein. Er

etablierte die KGNW dabei in ihrer neuen Rolle als starker Landesverband bei allen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen. In einem Nachruf würdigte die KGNW ihn als hoch engagierten, disziplinierten und brillanten Denker für sachgerechte Entwicklungen im Krankenhausbereich. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KGNW war er bei aller Konsequenz ein Chef mit Einfühlungsvermögen, Herz und Humor. Seine Fähigkeit, Sachverhalte und Vorgänge in knappen, geschliffenen Formulierungen auf den Punkt zu bringen, zeichnete ihn aus. Die KGNW sprach seiner Familie im Namen des Präsidiums, Vorstands, der Geschäftsführung und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle ihr Mitgefühl aus.



Inklusionsbeirat NRW

Resolution gegen Hass und Hetze

Entschieden verurteilte die KGNW im Juni 2024 als Teil des Inklusionsbeirats NRW den offenbar rechtsextremen Anschlag auf eine Wohneinrichtung der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen in Mönchengladbach. Dazu verabschiedete der Beirat einstimmig die Resolution „Wir halten zusammen!“. Dort heißt es: „Die Tat und die Bezugnahme auf rechtsextremes Gedankengut machen deutlich, wie wichtig es ist, sich geschlossen und solidarisch gegen Hass und Hetze zu stellen. Wer Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen verherrlicht oder gar fordert, greift die ganze Gesellschaft an. Unsere

demokratische Gesellschaft basiert auf der Achtung der Menschenrechte. Diese zu wahren und die Inklusion von Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen zu verwirklichen, ist Anliegen des Inklusionsbeirates Nordrhein-Westfalen.“ Der Inklusionsbeirat Nordrhein-Westfalen zeigte sich besorgt über die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen. Denn: „Aus hasserfüllten Worten werden Taten.“

Auch NRW-Sozialminister Karl-Josef Laumann fand klare Worte: „Menschen mit Behinderungen gehören ganz klar in die Mitte unserer Gesellschaft. Wir dürfen nicht zulassen, dass sie Opfer von Hass und Gewalt werden.“

15 Ladesäulen an der KGNW-Geschäftsstelle



Ende Februar 2024 war es endlich so weit: 15 Ladesäulen für Elektroautos gingen auf dem Parkplatz der KGNW-Geschäftsstelle in Betrieb. Zweieinhalb Jahre nach dem Beginn der Planung konnte Burkhard Fischer, Referatsleiter des Referats „Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse“, als erster KGNW-Mitarbeiter die Batterie seines E-Autos aufladen. Ab sofort steht allen Mitarbeitenden der Geschäftsstelle die neue Infrastruktur zur Verfügung. Gefördert wurde die Anschaffung mit Mitteln des „Landesprogramms NRW progres.nrw – Emissionsarme Elektromobilität“.

Höhere Vergütungsansprüche in der Übergangspflege

Die Krankenhäuser dürfen für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2024 höhere Beträge in der Übergangspflege abrechnen. Die bisherigen Vergütungsbeträge waren gemäß einer Vertragsanpassung zwischen der KGNW sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen um die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V (4,22 Prozent für 2024) erhöht worden. Für das Jahr 2025 wurde die Vergütungsanlage um einen neuen § 4 ergänzt. Danach erhöhen sich die Tagessätze beziehungsweise der Pflegepersonalkostenanteil für Aufnahmen in die Übergangspflege ab 1. Januar 2025 ebenfalls um die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V (4,41 Prozent für 2025). Die Übergangspflege im Krankenhaus wurde mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz nach § 39e SGB V als Anspruch der Patientinnen und Patienten geschaffen. Übergangspflege ist eine vorübergehende Pflege für Menschen, wenn sie aufgrund einer Krank-

heit, eines Unfalls oder einer Operation kurzzeitig Unterstützung benötigen und wenn die erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Reha oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

Seit 1. Juni 2024: Brustimplantate ans Register melden

Am 1. Juli 2024 startete der Produktivbetrieb des Implantatregisters Deutschland (IRD) für Brustimplantate und stellte für den Einführungszeitraum ein Meldeportal in der Telematikinfrastruktur bereit. Kommt ein Krankenhaus der Meldeverpflichtung nicht innerhalb von sechs Monaten nach, sieht das Implantatregistergesetz bisher einen Vergütungsausschluss vor, wenn den Kostenträgern keine Meldebestätigung zugegangen ist. Diese erhält das Krankenhaus nach erfolgreicher Meldung vom Register, Kostenträger können sie beim Register prüfen. Der Beginn des Produktsystems für Knie- und Hüftendoprothesen sowie für Aortenklappen ist für den 1. Januar 2025 vorgesehen. Zur Verschiebung, wie von der Deutschen Krankenhausgesellschaft gefordert, kam es nicht, obwohl die meisten Softwarehersteller die zur Meldung notwendigen Module erst nach dem 1. Januar 2025 bereitstellen können und das Meldeportal für diese beiden Implantatarten keine Meldeoption bereithält. Änderungsanträge zum Medizinforschungsgesetz führten immerhin dazu, dass im Implantatregistergesetz die Vergütungsausschlussregelung zur Vergütungsminderung abgeschwächt wurde und es nun eine sanktionsfreie Einführungsperiode von sechs Monaten gibt. Diese findet rückwirkend auch für Brustimplantate bis einschließlich 31. Dezember 2024 Anwendung. Für Knie- und Hüftendoprothesen sowie für Aortenklappen ist das Ende der Sanktionsfreiheit zum 30. Juni 2025 vorgesehen. An das Implantatregister müssen Einrichtungen nach und nach implantatbezogene Maßnahmen mit Brustimplantaten, Hüft- und Knieendoprothesen sowie Aortenklappen melden. Dazu sind die Gesundheitseinrichtungen aufgerufen, sich nach einer Registrierung technisch anzubinden.

KGW-Präsidium bestätigt



Die Mitglieder der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen haben Ingo Morell (Bildmitte) für weitere drei Jahre als ihren Präsidenten bestätigt. Auch seine beiden Stellvertreter, Sascha Klein (rechts) und Dr. Matthias Ernst (links), wurden erneut als Erster und Zweiter Vizepräsident gewählt. In der Mitgliederversammlung am 11. Dezember 2024 bestimmten die Vertreterinnen und Vertreter der NRW-Krankenhäuser auch einen neuen Vorstand. Beginn der Amtszeit der neuen KGNW-Spitze: 1. Januar 2025.

Tillys KGNW-Plastik reif fürs Museum

Die Plastik, die Künstler Jacques Tilly eigens für die Protestkundgebung der NRW-Krankenhäuser am 20. September 2023 angefertigt hatte, erlebte ihre letzte Fahrt auf dem Düsseldorfer Rosenmontagszug 2024. 2025 sollte die Figur von Ex-Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach dann noch in die große Tilly-Ausstellung ins Düsseldorfer Stadtmuseum wandern.



KGW-Wagen an Rosenmontag 2024

Bürokratie im Krankenhaus belegt ein Drittel der Arbeitszeit

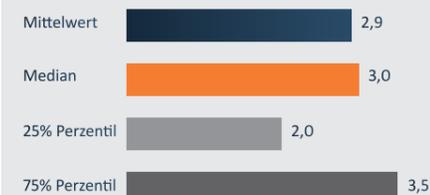
Auch 2024 neue Dokumentations- und Meldepflichten



Social-Media-Kampagne der KGNW zur Bundestagswahl 2025

Ein Drittel der Arbeitszeit, etwa drei Stunden täglich, verbringen Ärztinnen und Ärzte und die Pflegefachpersonen durchschnittlich mit Dokumentationsaufgaben und Nachweispflichten. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat anhand einer Blitzumfrage im Juli 2024 errechnet, dass – rein kalkulatorisch gesehen – damit etwa 116.600 von knapp 343.000 Vollkräften im Pflegedienst von Allgemeinkrankenhäusern ausschließlich mit Dokumentationstätigkeiten befasst sind und der patientennahen Pflgetätigkeit nicht zur Verfügung stehen. Auf Ärztinnen und Ärzte übertragen betrifft das etwa 59.500 von rund 165.200 ärztlichen Vollzeitkräften bundesweit. Diese Zahlen allein belegen die überbordende Bürokratie des deutschen Krankenhauswesens. Und es scheint Jahr für Jahr schlimmer zu werden – trotz vollmundiger Versprechen seitens der Politik. Das galt auch für 2024. Beispiele bieten die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV), das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) und das Prüfwesen des Medizinischen Dienstes (MD).

Wie viel Zeit verbringt eine ärztliche Vollkraft (VK) in ihrem Krankenhaus durchschnittlich mit Dokumentationsaufgaben und Nachweispflichten?
(h pro Tag und VK für Allgemeinkrankenhäuser)



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: mehr als 700 Neu- und Änderungsanzeigen und Beschlüsse

G-BA-Beschlüsse zur ASV			berechtigte Teams			Beschlüsse des Entscheidungsausschusses				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 [TG1]	Gastrointestinale Tumoren + Tumoren der Bauchhöhle	26.07.2014 [25.07.2017]	61	34	27	42	337	39	301	105	200
1.1a [TG2]	Gynäkologische Tumoren	10.08.2016 [09.08.2019]	52	25	27	31	172	27	157	99	180
1.1a [TG 3]	Urologische Tumoren	26.04.2018 [25.04.2021]	42	25	17	26	107	17	49	68	125
1.1a [TG 4]	Hauttumoren	11.05.2019 [10.05.2022]	14	9	5	10	20	5	4	16	81
1.1a [TG 5]	Tumoren der Lunge und des Thorax	07.04.2020 [06.04.2023]	35	18	17	22	63	17	18	52	104
1.1a [TG 6]	Kopf- oder Halstumoren	06.05.2021 [05.05.2024]	18	11	7	12	12	7	1	6	17
1.1a [TG 7]	Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	27.04.2022 [26.04.2025]	3	1	2	1	1	2	0	0	11
1.1a [TG 8]	Knochen- und Weichteiltumoren	03.05.2023 [02.05.2026]	1	1	0	1	1	0	0	0	0
1.1a [TG 9]	Tumoren des Auges	08.05.2024 [07.05.2027]	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.1b	Rheumatische Erkrankungen	19.04.2018 [18.04.2021]	16	9	7	9	54	7	73	25	59
1.1c	Chronisch entzündliche Darm-erkrankungen	30.04.2022 [29.04.2025]	19	10	9	16	10	9	2	12	30
1.2a	Multiple Sklerose	18.07.2023 [17.07.2026]	17	6	11	7	1	11	1	2	14
1.2b	Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	08.05.2024 [07.05.2027]	1	0	1	0	0	1	0	0	0
2a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	24.04.2014 [23.04.2017]	21	13	8	17	17	8	24	6	24
2b	Mukoviszidose	18.03.2017 [17.03.2020]	4	3	1	5	16	1	0	10	1
2c	Hämophilie	04.07.2019 [03.07.2022]	1	1	0	1	0	0	0	0	0
2d	Neuromuskuläre Erkrankungen	06.05.2021 [05.05.2024]	14	10	4	10	8	4	2	10	4
2e	Schw. immunologische Erkrankungen – Sarkoidose	07.04.2020 [06.04.2023]	11	5	6	5	12	6	5	9	28
2h	Morbus Wilson	12.06.2018 [11.06.2021]	1	0	1	0	0	1	1	0	3
2k	Marfan Syndrom	30.06.2015 [29.06.2018]	2	1	1	1	7	1	2	2	0
2l	Pulmonale Hypertonie	01.06.2016 [31.05.2019]	18	8	10	8	22	12	36	6	33
2o	Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	16.08.2018 [15.08.2021]	5	4	1	5	2	1	1	6	2
Stand			356	194	162	229	862	176	677	434	916
31.12.24		NRW gesamt				Neuanzeigen	405	Änderungsanzeigen	1539	1350	

Für Menschen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie seltenen Erkrankungen oder schweren Verlaufsformen von Erkrankungen hat der Gesetzgeber 2012 die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) geschaffen und im § 116b SGB V geregelt. Dadurch sollten interdisziplinäre Ärzteteams aus Vertragspraxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäusern gemeinsam die ambulante Versorgung übernehmen. Der Gemeinsame

Bundesausschuss (G-BA) erstellt und aktualisiert die Richtlinie über die ASV mit den Rahmenbedingungen. Inzwischen umfasst die ASV 22 Krankheitsbilder. Jährlich erweitert der G-BA die ASV-Richtlinie (RL) und ihre Anlagen. Ein Team muss jede Neu- und Änderungsanzeige dem zuständigen koordinierenden erweiterten Landesausschuss (eLA) zeitnah melden. Seine Zulassung entfällt, wenn etwa eine vom G-BA geforderte Facharztgruppe nicht mehr besetzt ist.

Neue für die ASV zugelassene Krankheitsbilder sind:

- Tumoren des Auges
- Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Beide traten am 8. Mai 2024 in Kraft. Weitere Änderungen und Anpassungen betrafen die Appendizes an dem aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Für die Zukunft beschloss der G-BA im Jahr 2024 darüber hinaus mehrheitlich weitreichende Änderungen am Verfahren zur jährlichen Aktualisierung der Appendizes. Dadurch sollen unterjährige Änderungen des EBM im Rahmen des jeweiligen Behandlungsumfangs einer erkrankungsspezifischen Anlage künftig zügiger in der ASV umgesetzt werden.

Geändertes KHGG NRW: verschärfte Meldepflichten mit Sanktionsdrohung

Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) bildet den landesrechtlichen Rahmen für „eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser“. Die KGNW wurde Ende des Sommers 2024 um Stellungnahme zu den Anpassungen im KHGG NRW gebeten. Konkret wollte die Landesregierung im Kabinettsentwurf vom 27. August 2024 die regulären Meldepflichten, bestimmt in § 10 Absatz 1 Satz 1 („Nachweis freier Behandlungskapazitäten, Großeinsatzlagen und Katastrophen“), neu regeln: „Insbesondere Form, Inhalt sowie das Verfahren betreffend die Routinemeldepflichten können spezifiziert werden.“ Dabei geht es um eine Regelungsbefugnis des Landes, falls sich ein Krankenhaus von der Notfallversorgung abmeldet. Die Regierung betont, keine zusätzlichen Meldepflichten zu schaffen, droht aber gleichzeitig mit Sanktionen bei ausbleibender Meldung. Außerdem möchte sie mit einer weiteren KHGG-Änderung im Falle einer Insolvenz „die Vermischung von zweckgebundenen Fördermitteln mit der Insolvenzmasse, und somit negative Auswirkungen für den Landeshaushalt“ verhindern. Lösungsansätze: Konkretisierungen bei der Kontoführung von Fördermitteln, Verpflichtung zur Abtretung von Fördermitteln und Unterrichtungspflicht im Fall der Insolvenzeröffnung. Über allem stehe die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Die KGNW griff in ihrer Stellungnahme vom 20. September 2024 im Sinne der Krankenhäuser verschiedene Aspekte, beispielsweise zu den geplanten Meldepflichten oder zur Inter-

Am 5. Mai 2024 sind die Übergangsfristen für Altbestimmungen der Erkrankungsbereiche Kopf- oder Halstumoren und Neuro-muskuläre Erkrankungen ausgelaufen.

Darüber hinaus ergänzte der G-BA die ASV-RL um leistungsspezifische Qualitätsanforderungen personeller, sächlicher und organisatorischer Art. Sie traten am 1. März 2024 in Kraft. Darin konkretisierte das Gremium zunächst die Bereiche Langzeit-EKG, Strahlendiagnostik und -therapie sowie Koloskopie.

Die weit über 700 eingegangenen Neu- oder Änderungsanzeigen sowie Beschlüsse der Vorsitzenden der jeweiligen erweiterten Landesausschüsse im Jahr 2024 verraten einen erheblichen Anstieg der Anzeigeneingänge.

pretation der sogenannten „Rahmenswellenwerte“, auf und brachte sie in das Gesetzgebungsverfahren ein. Dabei sprach sich die KGNW klar gegen die angedachte Normierung von Sanktionen aus. Die KGNW verwies hierbei auf die bereits zahlreichen gesetzlich verankerten Meldepflichtungen zu



Der nordrhein-westfälische Landtag (hier bei einer Plenarsitzung) sollte im Januar 2025 das neu gefasste KHGG NRW verabschieden

den stationären Versorgungskapazitäten: „Diese ergeben sich aus dem § 10 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW), dem § 8 des Rettungsgesetzes NRW (RettG NRW), der Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance des Bundesministeriums für Gesundheit und aus den Meldepflichtungen im Rahmen des Krankenhausmoduls (MediRIG) des Informationssystems Gefahrenabwehr NRW.“ Die KGNW verwies auf den ohnehin vorhandenen bürokratischen Aufwand, mit dem sich die Mitarbeitenden der Kliniken tagtäglich konfrontiert sehen. Sie appellierte an die Landesregierung, vielmehr „Meldeanlässe, Meldewege und Meldeinhalte zusammenzufassen, statt weiterhin redundante Daten auf unterschiedlichen Wegen und in nicht kompatiblen Formaten abzufragen. Mit diesem klaren Fokus, der direkt im Gesetz zum Ausdruck kommen sollte, bei gleichzeitiger Ertüchtigung der Krankenhäuser ohne Sanktionsandrohung steht die KGNW einer Änderung des KHGG NRW positiv gegenüber.“ Die klärenden Regelungen zum Umgang mit Fördermitteln bei einer Krankenhausinsolvenz begrüßte die KGNW ohne weitgehende Einschränkungen.

Am 4. November 2024 stand der Gesetzesentwurf, den die Landesregierung anschließend ins Parlament einbrachte. Nach der 2. Lesung im Landtag sollte das neu gefasste KHGG NRW Ende Januar 2025 verabschiedet werden. Leider enthielt es auch von der KGNW beanstandete Teile aus dem Gesetzesentwurf. Nun bleibt die Hoffnung, die Rechtsverordnung zum Meldeverfahren im Sinne der Forderung der KGNW aufwandsarm, praxistauglich und ohne Doppelmeldungen zu konkretisieren und den Krankenhäusern ausreichend Zeit einzuräumen, um die neuen Vorgaben umzusetzen.

Das MD-Prüfwesen: ein bürokratischer Dauerbrenner

Als einer der bürokratischen Dauerbrenner erweist sich für Krankenhäuser immer wieder das Prüfwesen des Medizinischen Dienstes (MD) mit alljährlichen Veränderungen. Hierin liegt ein immenses Konfliktpotenzial. Als besonders herausfordernd erwies sich die Einhaltung der Qualitätsvorgaben der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-Richtlinie). Das MD-Kontrollverfahren führte hier immer wieder zu Konflikten. Grund: die unklaren Definitionen in der QSFFx-Richtlinie sowie die unterschiedlichen Auslegungen der dort festgelegten Mindestanforderungen, kombiniert mit restriktiven und zum Teil über die Textgrenzen hinausgehenden Interpretationen der G-BA-Richtlinien durch die Medizinischen Dienste. Vor diesem Hintergrund gibt die KGNW den Krankenhäusern verschiedene Handlungsempfehlungen und Hilfestellungen, beispielsweise im Rahmen eines Workshops am 18. Krankenhaus-Qualitätstag der KGNW im Juni 2024 in Duisburg.

Die 2024 angepassten Regelungen betrafen nahezu alle Bereiche, in denen die Krankenhäuser mit dem MD zu tun haben: Einzelfallprüfungen nach der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfVV), Strukturprüfungen gemäß der StrOPS-Richtlinie (RL) und MD-Qualitätskontrollen auf Basis der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL).

Strukturprüfungen

Der MD kontrolliert bei den Strukturprüfungen im Auftrag der Krankenhäuser: Liegen personelle und technische Voraussetzungen für bestimmte Leistungen vor? Nur dann kann ein Krankenhaus diese Leistung nach dem sogenannten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) mit den Krankenkassen abrechnen.

Beispiel:

Bei der multimodalen Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Kode 8-97d) müssen folgende Strukturvoraussetzungen vorhanden sein:

- Team mit Behandlungsleitung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Neurologie
- Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie

Bei turnusgemäßen Prüfungen beträgt die Gültigkeitsdauer grundsätzlich zwei Jahre. Ausnahmen sind möglich.

Im Februar 2024 veröffentlichte der MD Bund die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) genehmigte Fassung der überarbeiteten StrOPS-RL zur Durchführung von Strukturprüfungen nach § 275d SGB V. Die Änderungen waren nur marginal. So wurden die Antragsarten „Planungsprüfung“ und „Strukturprüfung nach Planungsprüfung“ durch die neuen Antragsarten „erstmalige Leistungserbringung“ sowie „erstmalige Abrechnungsrelevanz“ ersetzt. Außerdem erfolgen künftig Anträge, die keine turnusgemäße Prüfung betreffen, nicht mehr in Form eines Sammelantrages, sondern in einer nach OPS und gegebenenfalls Station oder Einrichtung getrennten Antragstellung. Außerdem werden zum Teil neue Formulare zur Verfügung gestellt. Zeitnah zur StrOPS-RL 2024 präsentierte der MD Bund im März 2024 den dazugehörigen, aktualisierten Begutachtungslaufplan.

MD-Qualitätskontrollen

Im Auftrag der Krankenkassen prüft der MD Krankenhausabrechnungen und führt Qualitätskontrollen durch. Dabei kontrolliert er vor Ort oder im schriftlichen Verfahren, ob die G-BA-Vorgaben zu Qualität und Dokumentation erfüllt sind. Im Herbst 2024 beschloss

der Gemeinsame Bundesausschuss eine Änderung der MD-QK-RL mit Wirkung zum 1. Januar 2025. Nunmehr kann das Krankenhaus bei als „nicht erfüllt“ oder „nicht beurteilbar“ bewerteten Qualitätsanforderungen vor Erstellung des Kontrollberichts Stellung gegenüber dem MD innerhalb einer Zwei-Wochen-Frist beziehen. Der MD berücksichtigt die Stellungnahme im Bericht.

Im Namen des Volkes: wichtige Rechtsprechungen von 2024

Sozialgerichtsbarkeit

Zeitlicher Anwendungsbereich des Aufschlages nach § 275c Abs. 3 SGB V (BSG, Urteil vom 19.10.2023 – Az.: B 1 KR 8/23 R): Die Geltendmachung des Aufschlages nach § 275c Abs. 3 SGB V („Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst“) kommt nur für diejenigen Abrechnungsprüfungen in Betracht, die von der Krankenkasse ab dem 1. Januar 2022 eingeleitet worden sind. Relevanter Zeitpunkt für die Prüfungseinleitung ist die Erteilung des Prüfauftrages der Krankenkasse an den Medizinischen Dienst, durch die sich die Einleitung der Rechnungsprüfung nach außen manifestiert.

Sozialversicherungspflicht von Pool-Ärzten im vertragszahnärztlichen Bereitschaftsdienst (BSG, Urteil vom 24.10.2023 – Az.: B 12 KR 9/21 R): Vor dem Hintergrund der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) forderte die Deutsche Krankenhausgesellschaft gegen-

über dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine gesetzliche Regelung zur Sozialversicherungsfreiheit der Tätigkeit von Pool-Ärztinnen und -Ärzten im vertrags(zahn)ärztlichen Bereitschaftsdienst. Zwischenzeitig hatten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Rentenversicherung Bund hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Statusbeurteilung von Ärztinnen und Ärzten im vertragsärztlichen Notdienst auf Anforderungen verständigt, die bei Erfüllung im vertragsärztlichen Notdienst sowohl bei Vertragsärzten als auch bei Pool-Ärzten zu einer selbstständigen Tätigkeit führen.

Intensivmedizinische Komplexbehandlung – Behandlungsleitung – Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ (BSG, Urteil vom 25.06.2024 – Az.: B 1 KR 20/23 R): Hinsichtlich der im OPS-Kode 8-980 („Intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur, Version 2015“) geforderten Behandlungsleitung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ ist zumindest einmal täglich persönliche Anwesenheit auf der Intensivstation

notwendig. Im Übrigen muss eine durchgehende Rufbereitschaft bestehen. Der Entscheidung liegt ein Sachverhalt aus dem Jahr 2015 zugrunde. Ab dem Jahr 2021 liegt eine geltende Klarstellung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum Begriff der Behandlungsleitung vor. Daher dürften die vom BSG getroffenen Feststellungen nach derzeitiger Einschätzung auf Sachverhalte ab 2021 nicht anwendbar sein.

Erhöhung der Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 31.07.2024 – Az.: L 1 KR 477/21 KL):

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 17. Dezember 2020 die Erhöhung der Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen beschlossen. Nach dem Urteil unterliegt die vom G-BA vorgenommene Erhöhung der Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm von 14 auf 25 Fälle pro Jahr und Standort eines Krankenhauses keinen rechtlichen Bedenken. Die Anhebung der Mindestmenge sei auch nicht unverhältnismäßig.

Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.12.2024 – Az.: L 5 KR 3223/22):

Die Regelungen der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) zur Ausweisung pflegesensitiver Bereiche in Krankenhäusern verstoßen gegen höherrangiges Recht und sind daher rechtswidrig, weil die Rechtsverordnung – entgegen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage – keine Differenzierung nach Schweregraden vornehme.

Zivilgerichtsbarkeit

Anwendbarkeit der GOÄ auf ambulante Krankenhausbehandlungen (BGH, Urteil vom 04.04.2024 – Az.: III ZR 38/23):

Bei der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) handelt es sich um ein für alle Ärztinnen und Ärzte geltendes zwingendes Preisrecht, das auch dann zur Anwendung kommt, wenn der Behandlungsvertrag mit einer juristischen Person, zum Beispiel einem Krankenhaussträger, abgeschlossen wird und ambulante Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte erbracht werden, die lediglich im Rahmen eines Anstellungs- oder Beamtenverhältnisses in der Erfüllung ihrer eigenen Dienstaufgaben tätig werden. Demzufolge sind auch Pauschalhonorarvereinbarungen nach § 2 Abs. 1 und 2 GOÄ i. V. m. §§ 125 Satz 1 beziehungsweise 134 BGB nichtig. Krankenhäuser sind daher gut beraten, ambulante Krankenhausbehandlungen bei Selbstzahlern nur noch auf Grundlage der GOÄ abzurechnen.

Befunderhebungsfehler im Rahmen des Entlassmanagements (BGH, Urteil vom 04.06.2024 – Az.: VI ZR 108/23):

Das Krankenhaus ist verpflichtet, für eine sachgerechte Nachbehandlung des Patienten nach der Entlassung aus stationärer Behandlung zu sorgen (hier: Veranlassung der für die Erhaltung der Sehkraft eines Frühgeborenen elementaren augenärztlichen Untersuchung). Ein Krankenhaus hatte in einem vorläufigen Entlassbrief die Untersuchung zu einem verspäteten Zeitpunkt empfohlen. Das Frühgeborene erlitt erhebliche Schäden. Das Krankenhaus hätte nach dem Urteil zumindest in Absprache mit den Eltern frühzeitig Kontakt mit einer weiterbehandelnden Augenarztpraxis aufnehmen müssen. Hierin sei ein Befunderhebungsfehler zu sehen.



Bundessozialgericht (BSG)



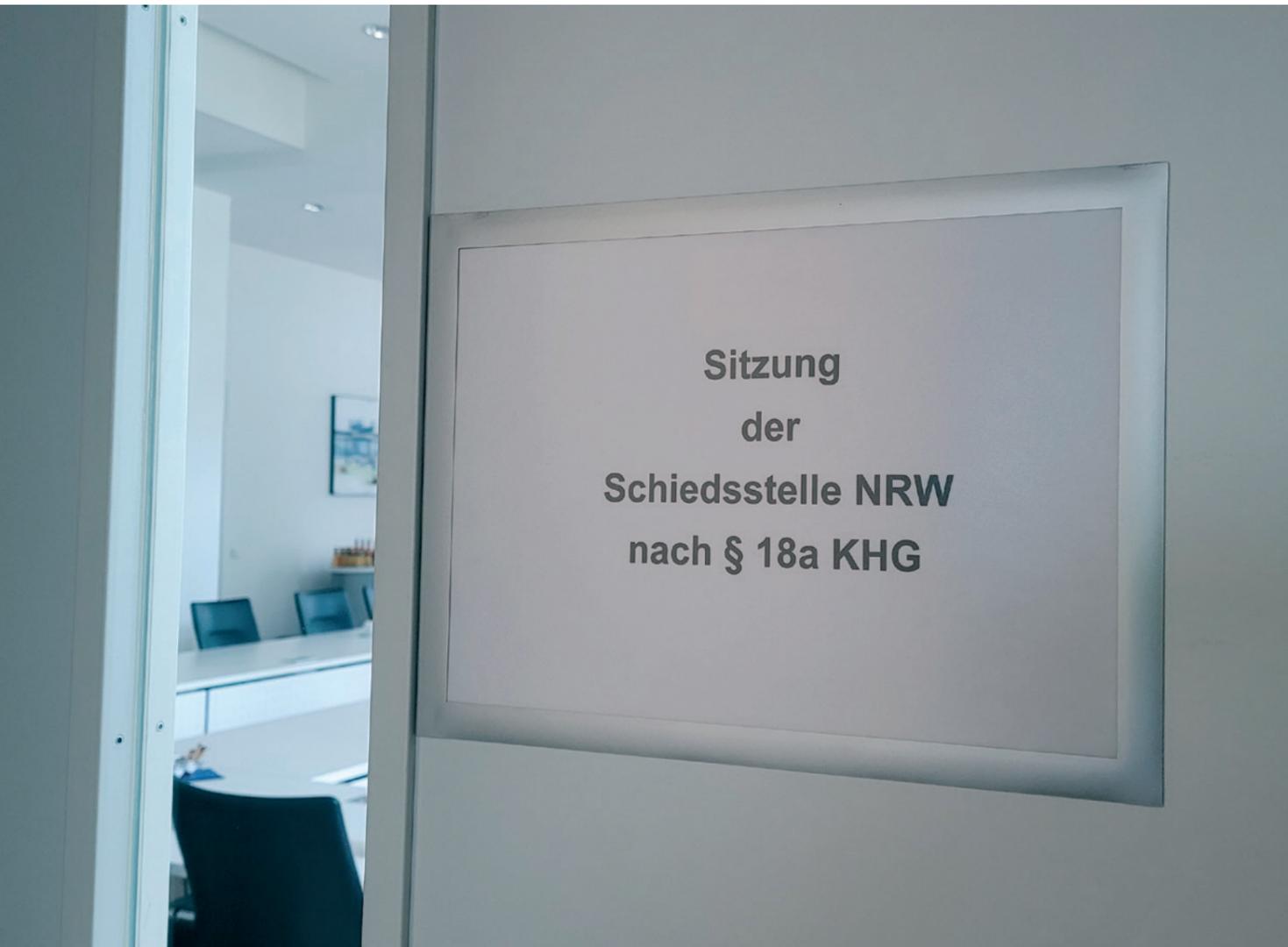
Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen



Bundesgerichtshof (BGH)



Schiedsstelle nach § 18a KHG



Seit dem 1. Januar 2024 gibt es entsprechend einer neuen Landesvereinbarung nur noch eine Schiedsstelle für beide Landesteile mit zwei Spruchkörpern, Spruchkörper N für den Landesteil Nordrhein und Spruchkörper W für den Landesteil Westfalen-Lippe. Die Geschäftsstelle wird bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen geführt. Die Kosten der Schiedsstelle werden von den Verbänden der Krankenkassen sowie der KGNW je zur Hälfte getragen.

In Nordrhein-Westfalen waren 2024 insgesamt zwölf Verfahren anhängig. Im Jahr 2024 wurden sechs Schiedsstellenanträge aus den Jahren 2020 bis 2022 bei der Schiedsstelle Nordrhein-Westfalen eingereicht. Davon wurden drei Verfahren nach mündlicher Verhandlung vor der Schiedsstelle durch Einigung der Vertragsparteien beendet. Zwei Verfahren wurden nach mündlicher Verhandlung mit Schiedsspruch beendet. Ein Verfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Wesentliche Streitpunkte bei diesen Verfahren waren:

- die Vergütungen für Sozialpädiatrische Zentren,
- der Corona-Ganzjahresausgleich,
- das Pflegebudget nach § 6a KHEntgG.

Sechs Verfahren wurden aus dem Vorjahr abgeschlossen. Davon wurden zwei Verfahren nach mündlicher Verhandlung vor der Schiedsstelle durch Einigung der Vertragsparteien beendet.

Drei Verfahren wurden nach mündlicher Verhandlung mit Schiedsspruch beendet.

Ein Verfahren ruht auf Antrag der Parteien bis zur Rechtswirksamkeit der Genehmigung der entsprechenden Budgetvereinbarungen durch die zuständige Bezirksregierung.

Bild- und Quellennachweise

Titel: Tanja Kotlorz (NRW und Laumann/Morell), DKG/Lopata (Handschlag), KGNW/Caroline Seidel (Redner)

S. 4: KGNW/Caroline Seidel

S. 6: Deutscher Bundestag/Juliane Sonntag/photothek

S. 7: Vebeto

S. 8: DKG

S.10: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (links), DKG (rechts)

S. 11: WISO/Schmidt-Dominé

S. 12: Frank Peter (Porträt), MJG Schleswig-Holstein (Gruppenbild)

S. 14: BMG, Freepik.com

S. 15: DKG/Lopata (Dr. Gaß), DKG (Gruppenbild)

S. 16: DKG/Lopata

S. 17: Bundesrat/Andreas Labes (Parlament), KGNW/Caroline Seidel (Redner)

S. 18: KGNW

S. 19: MAGS (beide)

S. 20: Tanja Kotlorz

S. 21: Tanja Kotlorz

S. 22: KGNW/Ina Faßbender

S. 23: KGNW/Caroline Seidel

S. 24: KGNW (Cover), Landtag NRW (Screenshot)

S. 25: „Sicher im Dienst“/Land NRW

S. 26: KGNW/shutterstock

S. 27: KGNW

S. 28/29: Tanja Kotlorz (NRW), KGNW (medica), MAGS NRW (Gruppenbild), WISO/Schmidt-Dominé (GdW), KGNW (Figur), EvKB (Bett), KGNW (Blum), Tanja Kotlorz (Laumann/Morell), DKG/Lopata (Handschlag), KGNW/Caroline Seidel (Redner), Lungenklinik Hemer (Rudern), Uniklinik RWTH Aachen (Ghana), KGNW (Gewaltprävention), KGNW (Gruppenbild Treppe), St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln (Menschen im Aufzug)

S. 30: KGNW (Logo), KGNW/somchai20162516 – stock.adobe.com (Screenshot)

S. 31: shutterstock (Icons), MWIKE NRW/Nils Leon Brauer (Porträt)

S. 32: KGNW

S. 33: KGNW (alle)

S. 34: KGNW, KGNW/DKI (Logo)

S. 35: EU

S. 36: EvKB

S. 37: St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln

S. 38: gematik

S. 39: BMG/Jan Pauls

S. 40: Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse- und Informationssysteme IAIS

S. 41: IKiM, Thomas Opfermann

S. 42: gematik GmbH

S. 43: „Das digitale Krankenhaus“

S. 44: BMG/Freepik (Screenshot), KGNW (Gruppenbild)

S. 45: GQMG (Logo links), KGNW/Wilfried Meyer (Porträt), CIRS-NRW (CIRS-Logo), KVNO (CIRS), APS

S. 46: KGNW (Stadali), Ralph Sondermann (Gruppenbild)

S. 47: KGNW (Ladesäule), KGNW/Caroline Seidel (Porträt), KGNW (Figur)

S. 48: KGNW/Elnur – stock.adobe.com, KGNW/DKI (Grafik)

S. 49: KGNW

S. 50/51: Landtag NRW/Schälte

S. 52: Bundessozialgericht/Dirk Felmeden (Gebäude)

S. 53: Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen (links), Bundesgerichtshof/Stephan Baumann (rechts)

S. 54: 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: Werbeagentur Ostermann GmbH, Euskirchen

Druck und Lektorat: addon4comm GmbH, Erkrath

KONTAKT

Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.

Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 4 78 19 - 0

Telefax: +49 211 4 78 19 - 99

E-Mail: info@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de