

Geschäftsbericht 2004



Inhalt

	Seite
Vorbemerkungen	3
Gesundheitspolitische Grundsatzfragen	8
Krankenhausfinanzierung und -planung	12
Krankenhausorganisation, EDV und Statistik	23
Krankenhauspersonalwesen	36
Rechts- und Vertragsangelegenheiten	45
Medizin	56
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	57
Schiedsstellen nach §§ 18, 18 a KHG	63
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW	66
Fachausschüsse und Kommissionen/Arbeitsgruppen	71
Übersicht der seit 1989 abgeschlossenen Landesverträge, Vereinbarungen und Empfehlungen	80
Satzung der KGNW	82
Abkürzungsverzeichnis	90
Organisationsplan der KGNW	95



*KGNW-
Geschäftsführer
Staatssekretär a. D.
Richard Zimmer*

Vorbemerkungen

Das Jahr 2004 stand ganz im Zeichen der mit hohem Tempo fortschreitenden krankenhauspolitischen Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene.

DRG-Einführung

Besonders deutlich wurde der Veränderungsdruck auf die Krankenhäuser im Gesetzgebungsverfahren zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz und den damit verbundenen konkreten Auswirkungen auf die DRG-Einführung in den Krankenhäusern. Hier traten die divergierenden Interessen einzelner Krankenhausträger deutlich zu Tage und liefen auch in der KGNW breit auseinander. Wir haben uns in einem langen und schwierigen Diskussionsprozess in der KGNW und auch in der DKG für einen fairen Interessenausgleich zwischen den unterschiedlichen Positionen eingesetzt.

Durch die konkrete Berechnung der Auswirkung der gesetzlich vorgesehenen Kappungsgrenze, die die KGNW als einzige Landeskrankengesellschaft durchgeführt hatte, konnten wir als KGNW deutlich zu einer Versachlichung der Diskussion und zur Erleichterung der Kompromissfindung beitragen. Durch intensive Diskussion auf KGNW- wie auf DKG-Ebene – konnte auf Grundlage eines Kompromisses eine einheitliche Stellungnahme der Krankenseite abgegeben werden. Im Ergebnis wurden im 2. Fallpauschalenänderungsgesetz die Forderungen der Krankenhäuser dann auch weitestgehend berücksichtigt.

Landesbasisfallwert

In engem Schulterschluss mit dem Hauptausschuss, den Zweckverbänden und der entsprechenden

Arbeitsgruppe aller Landeskrankenhausesellschaften haben wir als enorme Herausforderung die Berechnung des Landesbasisfallwerts in Angriff genommen. Ziel ist es, die Realität der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser möglichst punktgenau abzubilden.

Erst nach der Verabschiedung des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes am 26. November 2004 wurden die rechtlichen Voraussetzungen zur Ermittlung des Landesbasisfallwertes endgültig festgelegt. Die ursprünglich gesetzlich vorgesehene Ermittlung des Landesbasisfallwerts bis zum 31. Oktober 2004 war aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlagen für das Jahr 2004 nicht möglich. Um einer Ersatzvornahme durch das Ministerium vorzubeugen, muss sich die Selbstverwaltung bis spätestens Februar 2005 auf einen Landesbasisfallwert für Nordrhein-Westfalen einigen. Wir werden alle Kräfte bündeln, um die vorgegebenen Termine einzuhalten und eine Ersatzvornahme durch die Landesregierung zu vermeiden.

Finanzielle Lage der Krankenhäuser

Erkennbar weiter verschlechtert hat sich in 2004 die prekäre finanzielle Lage der Krankenhäuser durch die gesetzlich verordnete Festschreibung der Krankenhausbudgets und den damit verbundenen marginalen Steigerungsraten bis hin zu Nullrunden. Die Beschränkung der GKV auf das Arbeitseinkommen als alleinige Finanzierungsquelle führt schon jetzt zur Implosion der Beitragseinnahmen. Hier ist dringend Abhilfe geboten und eine Neuregelung der Finanzierungsgrundlagen äußerst notwendig. Reformvor-

schläge und Modelle, die sich dieser Thematik nähern, dürfen nicht länger in die Schublade gelegt werden, sondern müssen vor dem Hintergrund der Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens offen diskutiert bzw. endlich umgesetzt werden.

Investitionsfinanzierung

Ebenso nachdrücklich muss der Missstand der völlig unzureichenden Investitionsfinanzierung und damit die Benachteiligung unserer Krankenhäuser durch den damit einhergehenden Investitionsstau beseitigt werden. Die fehlenden Investitionen sind ein Grund für die überdurchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser im Vergleich zur Gesamtwirtschaft – wie vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung in seiner aktuellen Studie belegt. Diese nicht hinnehmbaren Rahmenbedingungen führen letztlich für viele Krankenhäuser zu einer Verschlechterung der Zahlungsfähigkeit. Mittelfristig wird dadurch die wohnortnahe Patientenversorgung in Frage gestellt.

Mindestmengen

Auch die Implementierung von Mindestmengen kann die zukünftige Patientenversorgung erheblich beeinflussen und teilweise fundamental verändern. Durch die Bildung von Brustzentren im Rahmen der Krankenhausplanung der Landesregierung wurde die KGNW als erste Landeskrankenhausesellschaft mit der Mindestmengenproblematik konfrontiert.

Unsere Forderung ist eindeutig: Zukünftig muss die Festsetzung

von Mindestmengen im Gemeinsamen Bundesausschuss nur auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter Fakten und aktueller Studienergebnisse erfolgen – unter Berücksichtigung der Versorgungslage im deutschen Gesundheitswesen. Hierauf muss die Krankenhauseseite gemeinsam hinarbeiten. Die Frage „Macht Masse Klasse?“ und die daraus zu ziehende Schlussfolgerung, dass allein mehr Quantität zu mehr Qualität führt, muss erst zweifelsfrei belegt werden. Nur dann sind Mindestmengen ein probates Mittel zur Gestaltung der Krankenhauslandschaft.

Externe Qualitätssicherung

Bereits jetzt wird die Mindestmengendiskussion durch die externe Qualitätssicherung flankiert. Warum also Messung der Qualität indirekt über Mindestmengen, wenn die Qualitätssicherung viel besser direkt zu messen und zu bewerten ist?

Die externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen war ein weiteres beherrschendes Thema – nicht zuletzt, weil wir als KGNW in diesem und im nächsten Jahr den Vorsitz in dem entsprechenden obersten Steuerungsgremium – dem Lenkungsausschuss – haben.

Mit der Ergebniskonferenz „Qualitätssicherung in NRW“ 2004 in Düsseldorf, einem von der Geschäftsstelle publizierten Handlungsleitfaden für Qualitätsmanagement und Zertifizierungsmethoden sowie der Auslobung eines entsprechenden Preises für die drei besten Qualitätsberichte nordrhein-westfälischer Krankenhäuser hat die KGNW auch auf diesem Feld

wichtige und landesweit viel beachtete Akzente gesetzt.

Bürokratieabbau

Auch im Kontext der Aktivitäten und Maßnahmen zur Qualitätssicherung war der von allen Seiten geforderte „Bürokratieabbau“ in diesem Jahr in Gesprächen mit den Parteien und der Landesregierung ein Dauerthema. So hat die KGNW in der Landesgesundheitskonferenz die Positionen der Krankenhäuser über die ständig zunehmende Bürokratie deutlich gemacht. Dies hat dazu geführt, dass dieses wichtige Anliegen auch seinen Niederschlag im „Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW“ gefunden hat.

Durch eine Flut gesetzlicher Vorgaben und Anforderungen der Krankenkassen sind Ärzte wie Pflegekräfte im Krankenhaus mittlerweile mit einem nicht mehr zu verantwortenden Anteil ihrer täglichen Arbeitszeit mit Verwaltungsvorgängen befasst. Dies ist eine Verschwendung von knappen Ressourcen, die letztlich der Patientenversorgung entzogen werden.

Deutlich wird dies am Beispiel der Qualitätssicherung bei Brustkrebs. Hier gibt es jeweils unterschiedliche Dokumentationsanforderungen nach § 137 SGB V, im Rahmen des DMP-Brustkrebs, für die Anforderungen eines Brustzentrums in NRW und für das neue Krebsregister in NRW.

Diesem Bürokratisierungswahnsinn muss entgegengetreten und dieser muss auf ein vernünftiges Maß zurückgeführt werden. Wir fordern deshalb für NRW eine konzertierte Aktion zum Bürokratieabbau!

Disease-Management-Programme

Bei der Organisation und Umsetzung der Disease-Management-Programme sind wir jetzt gleichberechtigter Partner der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW. Teilweise grundsätzliche Meinungsunterschiede zum weiteren Verfahren bei den DM-Programmen und in der Übernahme der Geschäftsführung der Vertragskommissionen für die teilnahmewilligen Krankenhäuser bei „Diabetes mellitus“ und „KHK“ in Nordrhein sind bewältigt worden.

Als Ergebnis wurden wir in die Entscheidungsprozesse entscheidend stärker eingebunden und haben wesentlich mit dazu beigetragen, dass es nunmehr für alle an DMP teilnahmewilligen Krankenhäuser ein offenes, faires und transparentes Verfahren für die Zulassung der Krankenhäuser gibt und dieses auch eingehalten wird. Beim DMP „KHK“ ist es uns in Zusammenarbeit mit einer hoch spezialisierten kardiologischen Arbeitsgruppe aus unseren Krankenhäusern sogar gelungen, die Strukturkriterien für die Teilnahme unserer Krankenhäuser durchzusetzen und in den Verträgen zu verankern.

Steuerliche Behandlung der Krankenhäuser

Für Nordrhein-Westfalen mussten wir feststellen, dass insbesondere hier die Finanzämter die Krankenhäuser von Jahr zu Jahr scheinbar immer stärker besteuern. Hier werden noch profitable Teile willkürlich aus dem gesamten Krankenhaus herausgelöst und zu einem „fiktiven wirt-

schaftlichen Geschäftsbetrieb“ zusammengefasst und der Steuer unterworfen.

Wir haben in diesem Jahr als erste Landeskrankenhausesgesellschaft eine entsprechende Arbeitsgruppe eingesetzt und das Thema auch auf Bundesebene gehoben, weil es alle Krankenhäuser in Deutschland angeht. Wir werden alle Hebel in Bewegung setzen, um uns dieser für unsere Krankenhäuser sehr negativen Entwicklung entgegenzustellen.

Arbeitszeit

Ein ständiges Thema war in diesem Jahr erneut die Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes. Die von der europäischen Kommission vorgeschlagene Änderung der Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG ist dabei ein Schritt in die richtige Richtung. Auch wir halten die Einführung der Kategorie Bereitschaftsdienst mit der differenzierten Bewertung der aktiven und inaktiven Zeit für sachgerecht, da diese Regelung eine auf die betrieblichen Notwendigkeiten zugeschnittene flexible Arbeitsorganisation im Krankenhaus erlaubt.

Sollte das europäische Parlament und der Rat dem Vorschlag der Kommission folgen, ist eine erneute Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes zwingend geboten. Damit würde aber auch im erheblichen Umfang zusätzliches Personal und damit ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf erforderlich. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser weiterhin gefordert, neue Arbeitszeitmodelle zu entwickeln und zu implementieren.

Weitere bundes- und landespolitische Themenschwerpunkte in der Arbeit der KGNW waren der Bundesverfassungsgerichtsbeschluss zur Krankenhausplanung und dessen Umsetzung in NRW, in dem der Rechtsschutz des Konkurrenten bei der Aufnahme in den Krankenhausplan anerkannt wird, sowie der Landesvertrag gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V – hier hat die KGNW nach langwierigen Verhandlungen und der Vorlage eines „Kompromisspapiers“ das Scheitern der Verhandlungen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen erklärt und die Schiedsstelle angerufen.

Für ein flächendeckendes bevölkerungsbezogenes Krebsregister hat die Landesregierung einen Gesetzentwurf beschlossen. Diesem Entwurf hat die KGNW wie alle Fraktionen im Landtag und alle Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen grundsätzlich zugestimmt. Aber dennoch haben wir in Briefen an die Fraktionen im Landtag auf zahlreiche ungeklärte Fragen hingewiesen. Wir bleiben hier am Ball.

Diese von mir skizzierten gesundheits- und krankenhauspolitischen Entwicklungen werfen für die Krankenhäuser eine Vielzahl von Fragen auf. Hierauf müssen Antworten gefunden werden und dies insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Konzentration der Nachfragemacht der GKV, des sich ständig verschärfenden Wettbe-

werbs und drohender Einkaufsmodelle. Über die sich aus den aktuellen Entwicklungen ergebenden zukünftigen Aufgaben und Anforderungen an die Krankenhäuser und ihre verbandliche Vertretung wurde auf einer Klausurtagung des KGNW-Präsidiums unter Beteiligung maßgeblicher Trägergruppen am 27./28. Oktober 2004 intensiv diskutiert.

Als wesentliche Ergebnisse sind festzuhalten: Die Krankenhäuser als Leistungserbringer müssen ihre Kräfte und ihre Verhandlungsmacht bündeln, um stärker agieren zu können und nicht nur reagieren zu müssen. Nur durch ein gemeinsames Miteinander kann eine starke Interessenvertretung der Krankenhäuser erreicht werden, die ihren Einfluss auf den unterschiedlichen Entscheidungsebenen geltend machen kann. Es gilt für die Krankenhäuser sich als Zentrum der Gesundheitsversorgung zu positionieren.

Stellen wir uns gemeinsam diesen Herausforderungen.



Staatssekretär a. D.
Richard Zimmer
Geschäftsführer

Gespräche mit Landesregierung und Parteien

Gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Gespräche mit Landesregierung und Parteien

Die Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen hat auf Landesebene zu vielfältigen Gesprächen mit Politikern und anderen Institutionen im Gesundheitswesen geführt. Ein Höhepunkt war dabei

der Frühjahrsempfang der KGNW am 11. März 2004, an dem neben der NRW-Gesundheitsministerin Birgit Fischer auch die gesundheitspolitischen Sprecher aller Landtagsfraktionen und weitere Landtagsabgeordnete teilnahmen.

In einer Vielzahl von Einzelgesprächen mit Politikern wurden im Verlauf des Jahres immer wieder die Positionen der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen vermittelt. Ein Beispiel ist die Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem gesundheitspolitischen Arbeitskreis der CDU NRW. In einem Gespräch mit dem Fraktionsvorsitzenden der FDP-Landtagsfraktion, Dr. Ingo Wolf, am 16. August 2004, fand ebenfalls ein Gedankenaustausch über wichtige gesundheitspolitische Problemstellungen, wie der Krankenhausplanung oder Möglichkeiten des Bürokratieabbaus im Gesundheitswesen, statt.

Die finanzielle Lage der Krankenhäuser und die daraus folgenden Implikationen für die Zukunft standen am 15. November 2004 im Mittelpunkt eines Gesprächs mit der CDU-Landtagsfraktion. Anlass dieses Meinungsaustausches war die Anfang November vom Rheinisch-



(Oberes Foto) NRW-Gesundheitsministerin Birgit Fischer im Gespräch mit KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer (Mitte) und KGNW-Geschäftsführer Richard Zimmer sowie (unteres Foto) mit Dr. Rudolf Kösters, Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Mitglied des Präsidiums und Vorstands der KGNW (links), und Pastor Günther Barenhoff, Vizepräsident der KGNW.

Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen veröffentlichte Studie zu Insolvenzrisiken deutscher Krankenhäuser vor dem Hintergrund der Einführung von Basel II, deren Kernaussagen im Rahmen der Diskussion dargelegt wurden. Dabei wurde deutlich, dass das Insolvenzrisiko eines Krankenhauses signifikant höher liegt als das eines Gewerbebetriebs. Wesentliche Gründe hierfür liegen in der seit über einem Jahrzehnt andauernden Budgetdeckelung der Krankenhäuser sowie einer in der Vergangenheit nur rudimentär stattgefundenen Investitionsförderung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser durch das Land Nordrhein-Westfalen. Es wurde vereinbart, die Ergebnisse der Studie weiter publik zu machen und die Landesregierung auf die Folgen ihres Handelns nochmals verstärkt hinzuweisen.

Große Beachtung in der politischen Außendarstellung der KGNW fand der Besuch einer Delegation chinesischer Gesundheitsexperten am 9. November 2004 in der Geschäftsstelle der KGNW. Hierbei ging es neben der Darstellung des Deutschen Systems der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, insbesondere der verbandlichen Vertretung von Krankenhäusern, um eine ausführliche Beschreibung und Information zum Stand der Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems.

Landesgesundheitskonferenz

Ein wesentlicher Bestandteil der politischen Arbeit der KGNW ist die Mitwirkung in der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfa-

len. Hier hat sich die KGNW intensiv in die Erarbeitung der Entschließung der 13. Landesgesundheitskonferenz, die am 8. Dezember 2004 in Münster verabschiedet wurde, eingebracht. Die Entschließung stand unter dem Motto: „Gesundheitswirtschaft – Ein bedeutender Standortfaktor für das Land Nordrhein-Westfalen“. Mit dieser Entschließung wurde die Bedeutung des Gesundheitswesens, insbesondere der Krankenhäuser als Wirtschaftsfaktor, in dem allein in Nordrhein-Westfalen mehr als eine Million Menschen arbeiten, gewürdigt. Damit ist das Gesundheitswesen die größte Wirtschaftsbranche im Land Nordrhein-Westfalen.



Angelika Gemko (CDU-Landtagsfraktion), Mitglied im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge; Hermann Josef Arentz, stv. Vorsitzender der CDU-Landtagsfraktion und Rudolf Henke, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion, werden von KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer und KGNW-Geschäftsführer Richard Zimmer begrüßt (v.l.).

Landesgesundheitskonferenz

Gesundes Land NRW

Initiativen im Bereich der Integrierten Versorgung

Gesundheitsziele NRW

Gesundes Land NRW

Im Rahmen des WHO-Netzwerks „Regionen für Gesundheit“ hat die KGNW im „Projektverbund Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“ mitgewirkt. In dieser inzwischen neunten Ausschreibungsrunde wurde deutlich, dass ein wachsendes Interesse an einer Aufnahme oder an einem Verbleib im Projektverbund besteht. In der Ausschreibungsrunde 2004 mit dem Schwerpunkt Prävention bewarben sich 78 Projekte. Von den eingereichten Bewerbungen waren 63 Neuanträge und 15 Jahresberichte. Besonders erfreulich war dabei, dass zum wiederholten Mal ein Krankenhaus den ersten Preis erhalten hat.

Gesundheitsziele NRW

Im Berichtszeitraum wurden durch das Gesundheitsministerium die

„Zehn vorrangigen Gesundheitsziele für NRW“ neu formuliert. Dies war notwendig geworden, da der bisher existierende Zielekatalog aus dem Jahr 1995 datierte und deshalb überarbeitet und aktualisiert werden musste. Die unter Mitwirkung der KGNW überarbeiteten Gesundheitsziele sollen durch das Land NRW in einer Broschüre im Jahr 2005 publiziert werden. Dabei gilt es, die gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten zehn Jahre sowie die zwischenzeitlich erfolgten Aktivitäten der einzelnen Beteiligten im Rahmen des Zielekatalogs abzubilden.

Initiativen im Bereich der Integrierten Versorgung

Der Wille des Gesetzgebers neben dem Krankenhaus- und dem KV-Budget einen weiteren Topf zur Finanzierung der Integrationsversorgung zu schaffen, hat im ersten



Im Gespräch über die aktuelle Situation der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser: (v.l.) Elke Grothe-Kühn, Geschäftsführerin des Evangelischen Krankenhausverbands Rheinland/Westfalen-Lippe mit Horst Imdahl, Geschäftsführer der Städtischen Kliniken Düsseldorf, und Dr. Eckehardt Rathje, Geschäftsführer des Evangelischen Krankenhauses Bethesda Mönchengladbach.

Jahr der praktischen Anwendung noch vielfach Fragen aufgeworfen. Um dies Thematik länderübergreifend und nicht isoliert zu betrachten, wurde auf Initiative der KGNW eine Arbeitsgruppe mit ausgewählten Landeskrankenhausgesellschaften gegründet, um sich diesen spezifischen Fragestellungen länderübergreifend zu nähern. Die gegenseitige Information über unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern ist dabei ein weiteres Ziel dieser Arbeitsgruppe.

Netzwerk Patientenberatung NRW

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt bestand im Engagement der KGNW im Netzwerk Patientenberatung Nordrhein-Westfalen. In diesem nach § 65 b SGB V von den Spitzenverbänden der Krankenkassen geförderten Modellprojekt geht es

insbesondere um „eine koordinierte Bedarfsanalyse des Beratungsgeschehens, die Identifikation von Lücken und Defiziten, die Vereinbarung von Qualitätsstandards, Informations- und Beratungsaufgaben und -ausbau und Weiterentwicklung von Beratungsangeboten im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten“ im Land Nordrhein-Westfalen. Höhepunkt der diesjährigen Aktivitäten war am 11. März 2004 eine Netzwerkkonferenz unter dem Motto „Netzwerk Patientenberatung NRW – Möglichkeiten und Perspektiven“, auf der die Mitglieder des Netzwerkes und die ihnen angeschlossenen Berater Gelegenheit hatten, einander kennen zu lernen und im gemeinsamen Gedanken- und Erfahrungsaustausch die Netzwerkkonzepte lebendig werden zu lassen. Bisherige Ergebnisse aus dem Modellversuch und zukünftige Perspektiven standen dabei im Mittelpunkt der Veranstaltung.

Netzwerk Patientenberatung NRW

Krankenhausfinanzierung und -planung

Disease-Management- Programme / DMP-Umsetzung in NRW

Seit der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahre 2001 in seinem viel beachteten Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung im Deutschen Gesundheitswesen der medizinischen Versorgung chronisch Kranker ein schlechtes Zeugnis ausgestellt hat, haben sich sowohl für die Krankenhäuser als auch für die KGNW die Rahmenbedingungen der Krankenversorgung deutlich verändert. In kurzer Folge sind umfangreiche Gesetzeswerke wie die Risikostrukturausgleichsverordnung mit allein neun Änderungsverordnungen bis Ende 2004 erlassen worden. All diese Werke regeln die Umsetzung der vom Gesetzgeber neu eingeführten Disease-Management-Programme (DMP) „Brustkrebs“, „Diabetes mellitus Typ 2“, „Koronare Herzkrankheit“ sowie aktuell „Diabetes mellitus Typ 1“. Weitere DMP, wie „Asthma“ und „Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen“, sollen demnächst folgen. Darüber hinaus wird für das Jahr 2007 die Umstellung auf einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zur Neuordnung der Finanztransfers innerhalb der GKV angestrebt.

Für einen Teil der DMP existieren bereits umfangreiche und verbindliche Vorgaben hinsichtlich der Anforderungen, die ein Leistungserbringer erfüllen muss, um an den entsprechenden DMP teilnehmen zu können. Für weitere DMP werden demnächst entsprechende

Vorgaben durch den auf der Bundesebene im Auftrag des Gesetzgebers tätigen Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet. Diese Anforderungen müssen dann auf der Landesebene in Verträgen zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften umgesetzt und in konkrete Programme „gegossen“ werden, die den strengen Prüfanforderungen des Bundesversicherungsamtes standhalten müssen.

Aufgrund der organisationsrechtlichen Teilung in die Landesteile Nordrhein und Westfalen-Lippe besteht in NRW die Besonderheit, dass alle DMP-Verträge für jeweils beide Landesteile erarbeitet und umgesetzt werden müssen. Die entsprechenden Programme sind nicht problemlos auf den anderen Landesteil zu übertragen, da jeder DMP-Vertrag – auch für dasselbe Krankheitsbild – in Nordrhein und Westfalen-Lippe den Gestaltungswünschen der landesteilbezogen organisierten Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegt. Für die in NRW landesteilübergreifend tätige KGNW bedeutet dies einen hohen zusätzlichen Verwaltungsaufwand.

Parallel hierzu existieren in beiden Landesteilen die für den DMP-Prozess erforderlichen „Gemeinsamen Einrichtungen“. Hier findet die eigentliche Prozesssteuerung statt.

In Westfalen-Lippe haben die Landesverbände der Krankenkassen und die KV eine echte Mitgesellschafterstellung der KGNW in der dortigen Gemeinsamen Einrichtung abgelehnt, so dass die KGNW dort nur über ein Assoziierungsabkommen mit Veto-Rechten die Interes-

sen der Krankenhausträger in das konkrete Verfahren einbringen kann.

Im Bereich Nordrhein hingegen ist die KGNW vollberechtigter Gesellschafter sowohl der Gemeinsamen Einrichtung als auch der Arbeitsgemeinschaft „Disease-Management Programme Nordrhein“.

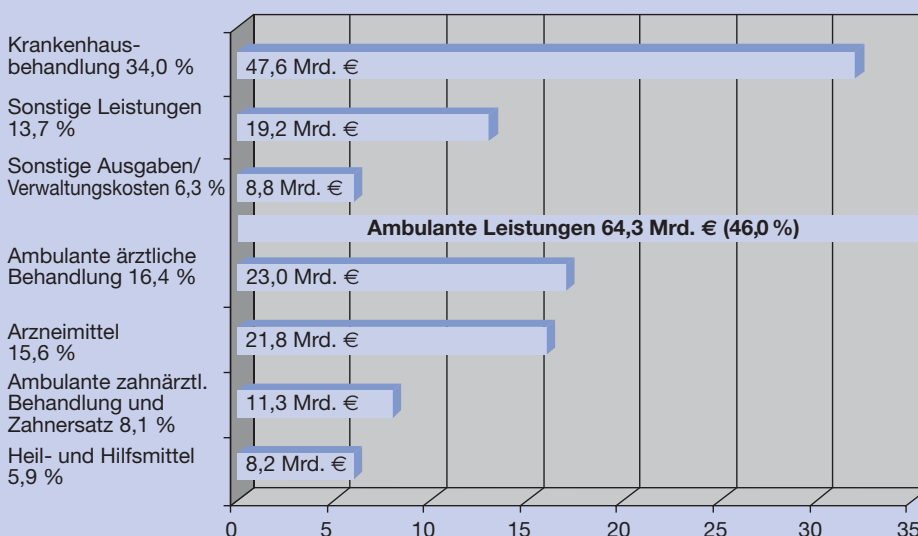
Bei dem DMP „Diabetes mellitus Typ 2“ und „Koronare Herzkrankheit (KHK)“ im Landesteil Nordrhein koordiniert die KGNW als Mitgesellschafterin der Gemeinsamen Einrichtung und Geschäftsführerin der zuständigen Vertragskommission zudem federführend für die Partner der Gemeinsamen Einrichtung das gesamte Zulassungsverfahren und führt die Antragsprüfungen für den stationären Bereich durch. Durch dieses zwar personell aufwendige Verfahren kann darauf hingewirkt

werden, dass jedes teilnahmefähige Krankenhaus seinen Teilnahmeanspruch realisieren kann und nicht aus DMP-sachfremden Gründen ausgeschlossen bleibt.

Beim DM-Programm „Diabetes mellitus Typ 2“ Nordrhein konnten im Jahre 2004 circa 46 teilnahme-willige Krankenhäuser das Erstver-fahren vor der Vertragskommission durchlaufen und anschließend im zweiten Prüfschritt der Gemeinsamen Einrichtung Nordrhein zum abschließenden Zulassungsvotum vorgestellt werden. In Westfalen Lippe sind im selben Zeitraum rund 100 Krankenhäuser in das DMP einbezogen worden.

Beim DMP „Koronare Herzkrankheit (KHK)“ Nordrhein hat die KGNW in enger Zusammenarbeit mit einer hochspezialisierten kar-

Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit 2004
Insgesamt 139,9 Mrd. Euro



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Informationsveranstaltung zur Beteiligung der KGNW an der „Gemeinsamen Einrichtung“ und „Arbeitsgemeinschaft“ Disease-Management-Programme Nordrhein

diologischen Arbeitsgruppe die für die Teilnahme der Krankenhäuser entscheidenden Strukturkriterien erarbeitet, die dann auch in die DMP-Verträge eingeflossen sind. 2004 konnten im Landesteil Nordrhein 41 Krankenhäuser ihren Teilnahmeanspruch realisieren; in Westfalen Lippe sind circa 59 Krankenhäuser dem DMP „Koronare Herzkrankheit (KHK)“ beigetreten.

Beim DMP „Brustkrebs“ hingegen sind im Landesteil Nordrhein 69 Krankenhäuser (teilweise in Kooperationen) für das DMP zugelassen, in Westfalen-Lippe 73 Krankenhäuser. Insgesamt steht dieser DMP-Prozess jedoch in enger Wechselwirkung mit dem Parallelprozess einer Anerkennung von Brustzentren nach Maßgabe der Landeskrankenhausplanung und birgt deshalb erheblichen Konfliktstoff (siehe: Anerkennung von Brustzentren, Seiten 15/16).

Informationsveranstaltung zur Beteiligung der KGNW an der „Gemeinsamen Einrichtung“ und „Arbeitsgemeinschaft“ Disease-Management-Programme Nordrhein

Zu den aktuellen Entwicklungen im Disease-Management-Programm (DMP) „Brustkrebs“ und der damit eng zusammenhängenden Problematik einer Anerkennung als Brustzentrum führte die KGNW am 13. Februar 2004 im swissôtel Neuss eine Informationsveranstaltung für die Krankenhäuser im Landesteil Nordrhein durch. Hierbei waren die zu erwartende Akkreditierung des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“ durch das Bundesversicherungsamt (BVA) als auch die für die Krankenhäuser zu vereinbarenden Strukturanforderungen für das anstehende DMP „Koronare Herzkrankheit (KHK)“ weitere Schwer-

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2003¹

Land	Krankenhäuser insgesamt			öffentliche Krankenhäuser			Allgemeine Krankenhäuser ¹⁾ freigemeinnützige			private Krankenhäuser		
	KH	Betten	Betten je 10 000 Einw.	KH	Betten	Betten je 10 000 Einw.	KH	Betten	Betten je 10 000 Einw.	KH	Betten	Betten je 10 000 Einw.
Schleswig-Holstein	103	16 370	58,1	30	9 555	33,9	32	3 055	10,8	41	3 760	13,3
Hamburg	45	12 197	70,4	10	6 381	36,8	20	4 982	28,8	15	834	4,8
Niedersachsen	208	47 077	58,9	72	24 861	31,1	76	17 002	21,3	60	5 214	6,5
Bremen	15	5 881	88,7	5	3 616	54,6	8	2 139	32,3	2	126	1,9
Nordrhein-Westfalen	459	132 834	73,5	90	41 478	22,9	329	89 028	49,3	40	2 328	1,3
Hessen	179	37 852	62,3	64	21 350	35,1	63	12 273	20,2	52	4 329	7,1
Rheinland-Pfalz	102	25 875	63,8	23	9 319	23,0	61	14 912	36,8	18	1 644	4,1
Baden-Württemberg	320	63 364	59,3	142	44 898	42,0	78	13 458	12,6	100	5 008	4,7
Bayern	398	82 078	66,2	226	62 842	50,7	57	10 726	8,7	115	8 510	6,9
Saarland	26	7 395	69,6	11	4 486	42,2	15	2 909	27,4	-	-	-
Berlin	69	20 991	61,9	4	8 829	26,0	36	9 763	28,8	29	2 399	7,1
Brandenburg	49	15 664	60,8	22	9 335	36,2	20	3 954	15,3	7	2 375	9,2
Mecklenburg-Vorpommern	35	10 772	62,0	9	5 160	29,7	15	2 954	17,0	11	2 658	15,3
Sachsen	87	29 156	67,3	42	19 179	44,3	16	2 996	6,9	29	6 981	16,1
Sachsen-Anhalt	53	17 378	68,5	28	12 212	48,2	15	3 444	13,6	10	1 772	6,8
Thüringen	49	16 917	71,0	18	7 124	29,9	15	3 748	15,7	16	6 045	25,4
Deutschland	2 197	541 901	65,7	796	290 625	35,2	856	197 343	23,9	545	53 933	6,5

1) DKG, Zahlen – Daten – Fakten 2004/2005; Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, Jg. 1990–2003.

punktt Themen. Insbesondere wurden in dieser Veranstaltung der aktuelle Sachstand der bereits akkreditierten und die Vorbereitung auf künftige Disease-Management-Programme erörtert.

Anerkennung von Brustzentren nach Landesrecht

Neben dem bundesgesetzlich intendierten DMP-Prozess forciert das Land NRW den Parallelprozess einer Anerkennung von Brustzentren nach Maßgabe des Planungsrechts des Landes. Angestrebt wird, kurzfristig etwa 50 Brustzentren in NRW anzuerkennen. Die KGNW selbst war über ihre Funk-



KGNW-Geschäftsführer Staatssekretär a. d. Richard Zimmer bei seiner Begrüßung und seinem Einführungsvortrag bei der KGNW-Info-Veranstaltung in Neuss.

Anerkennung von Brustzentren nach Landesrecht



Die Referenten der KGNW-Informationsveranstaltung zu den Disease-Management-Programmen im Landesteil Nordrhein: (v.l.) Chefarzt Dr. Peter Wirtz, Kreiskrankenhaus Mechernich; Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Rudolf Mies, St. Antonius Kliniken Köln; KGNW-Geschäftsführer Staatssekretär a.D. Richard Zimmer; Geschäftsführer Dr. Guido Tuschen, Westdeutsches Brust-Centrum GmbH Düsseldorf; Ministerialrat Dr. Julius Siebertz, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen; Rechtsanwalt Dr. Gernot Fritz, Kanzlei Busse und Miessen, Bonn.

Integrierte Versorgung

tion als Beteiligte im Landesaus-schuss für Krankenhausplanung in diesen Prozess eingebunden und hat konstruktiv daran mitgewirkt, die Versorgung von Brustkrebspatientinnen zu verbessern.

Die KGNW hat in diesem Prozess immer wieder mit großem Nachdruck die Forderung erhoben, dass die Anerkennung von Brustzentren in einem fairen, ergebnisoffenen und transparenten Verfahren erfolgen müsse, um die Chancengleichheit der teilnahmewilligen Krankenhäuser zu gewährleisten. Unter einem **fairen** Prozess versteht die KGNW, dass die Eusoma-Kriterien für die Anerkennung von Brustzentren nicht sakrosankt sein dürfen, sondern entsprechend dem fortschreitenden Prozess der Erkenntnisse der Qualitätssicherung auch „lernfähig“ ausgestaltet sein müssen. Die KGNW hat mehrfach betont, dass der Brustzentren-Prozess kein geeignetes Mittel sei, krankenhauplanerische Zielvorstellungen der Krankenkassen durchzusetzen.

Der weitere Prozess des DMP „Brustkrebs“ entwickelte sich jedoch mit der – aus Sicht der KGNW – problematischen vertraglichen Verknüpfung, dass die nicht als Brustzentren anerkannten Krankenhäuser automatisch ihren DMP-Status mit Ablauf der Verträge verlieren werden. Da bei insgesamt 142 DMP-Krankenhäusern lediglich 50 Brustzentren entstehen sollen, steht zu erwarten, dass kurzfristig – je nach genehmigten Kooperationen - bis zu 40 Krankenhäuser trotz bereits getätigter Investitionen wieder aus dem DMP-Prozess ausscheiden werden. Dies bewirkt zwar formalrechtlich nicht, dass

diese Krankenhäuser parallel hierzu auch ihren Versorgungsauftrag in diesem Segment verlieren; dennoch ist zu erwarten, dass die Patientinnen mittelfristig verstärkt die anerkannten Brustzentren aufsuchen werden.

Integrierte Versorgung

Neben den durch die DMP und Brustzentren ausgelösten Umgestaltungen in der Krankenhauslandschaft hat der Gesetzgeber mit der Integrierten Versorgung ein weiteres Instrument mit mittelfristig erheblicher systemverändernder Wirkung geschaffen. Bislang wird die Integrierte Versorgung eher als Diskussionsgegenstand von Komplexpauschalen und Ärgernis über den maximal 1%igen Rechnungsabzug zur Finanzierung der integrierten Versorgungsverträge sowie als Gefahrenquelle für einen Preisdumping-Wettbewerb der Krankenhäuser gesehen.

Auch die Krankenkassen sehen in der Option der Integrierten Versorgung den Einstieg in einen flexiblen Vertragswettbewerb. Analog hierzu bemühen sich die KVen mit den von ihnen entwickelten KV-Consult-Konzepten, den Krankenkassen bei den administrativ nur schwer zu handhabenden Einzelverträgen durch eine gewisse Bündelungsfunktion entgegenzukommen. Der Krankenhausbereich setzt hiergegen das Konzept des „Gesundheitszentrums Krankenhaus“ als Kernzelle der Integrierten Versorgung.

Ambulantes Operieren im Krankenhaus gem. § 115 b SGB V

Die Bedeutung des ambulanten Operierens für die Krankenhäuser nahm auch in 2004 einen immer größer werdenden Stellenwert in der Arbeit der KGNW ein.

Eine der wichtigsten Änderungen war, dass am 24. Juni 2004 vom AOK-Bundesverband in Vertretung aller Kassen der bestehende dreiseitige Vertrag nach § 115 b SGB V sowie die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim Ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V mit Wirkung zum 31. Dezember 2004 gekündigt wurde. Der Vertrag war erst zum 1. Januar 2004 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Kassenärztlichen Bundes-

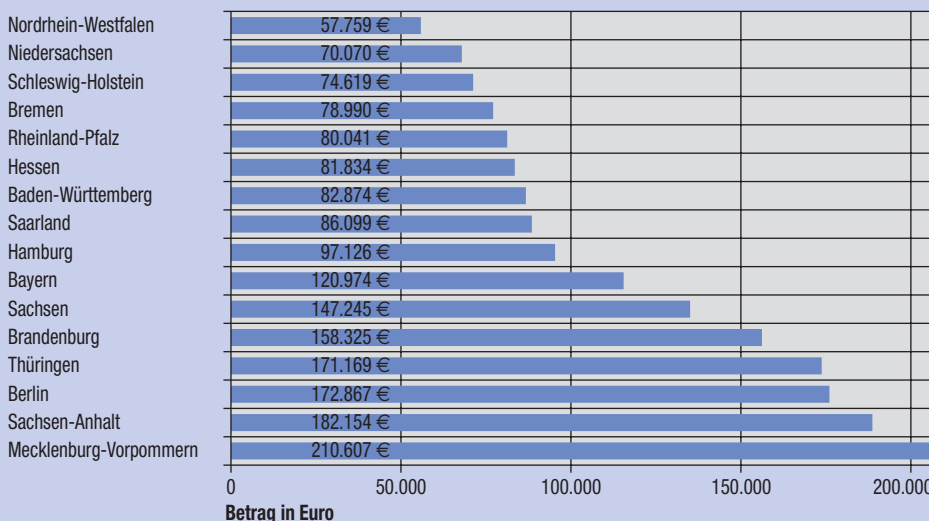
vereinigung (KBV) neu vereinbart worden. Die außerordentliche Kündigung wurde mit der Einführung des neuen EBM 2000plus zum 1. Januar 2005 und dem angeblichen Ablehnen einer diesbezüglichen Ergänzungsvereinbarung durch die DKG begründet.

Auch nach mehreren Verhandlungsrunden konnte keine Einigung über die strittigen Aspekte erzielt werden. Daraufhin stellte die DKG am 15. Oktober 2004 einen Antrag auf Festsetzung der Vereinbarung gem. § 115 b Abs. 1 SGB V, Ziffer 1 (Katalog), Ziffer 2 (Vergütung), Ziffer 3 (Qualitätssicherung).

Nachdem der Bewertungsausschuss das In-Kraft-Treten des EBM 2000plus frühestens zum 1. Januar 2005 festgesetzt hat, wurde durch die Vertragspartner eine Prolongierung des bestehenden Vertrages nach § 115 b SGB V bis zum 31. März 2005 vereinbart

Ambulantes Operieren im Krankenhaus gem. § 115 b SGB V

Summe der KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro von 1991 bis 2004



Darstellung in Anlehnung an Dr. Ernst Bruckenberger, Niedersächsisches Sozialministerium, auf Grundlage der Haushaltsansätze der Länder und Daten des Statistischen Bundesamtes.

Investitionsfinanzierung

Krankenhausplanung

und durch die DKG das Ruhen des Schiedsstellenverfahrens beantragt.

Investitionsfinanzierung

Bei den Investitionen für die Krankenhäuser hat die Initiative der KGNW und ihrer Mitgliedsverbände auch im Jahr 2004 dazu geführt, dass die Landesregierung trotz der angespannten Haushaltslage für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen von Kürzungen bei den investiven Fördermitteln abgesehen und demgegenüber eine leichte Erhöhung der investiven Fördermittel im Investitionsplan 2004 vorgenommen hat. Das Fördervolumen betrug dabei 479 Millionen Euro für Ausgabenmittel und rund 255 Millionen Euro für Verpflichtungsermächtigungen.

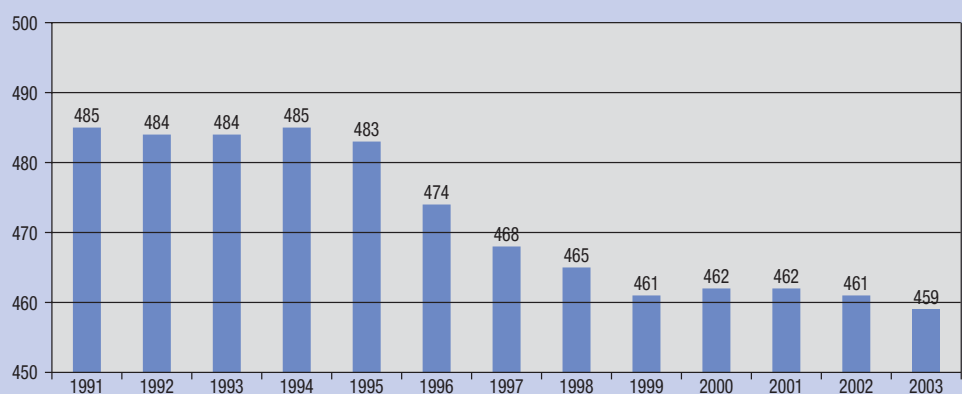
Krankenhausplanung

Nach In-Kraft-Treten des neuen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen zum 1. Januar 2002 hat das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen

(MGSFF) im Juni 2002 die Daten zur Regionalisierung der Rahmenvorgaben nach Regierungsbezirken bekannt gegeben. Nach der Vorgabe der Landesregierung soll der im Krankenhausplan landesweit festgelegte Bettenbedarf zum Planungshorizont 2003 in Höhe von circa 109.500 Betten für die somatischen Fachgebiete auf die Landesteile Rheinland und Westfalen-Lippe sowie auf die fünf Regierungsbezirke, jeweils nach Fachgebieten verteilt werden.

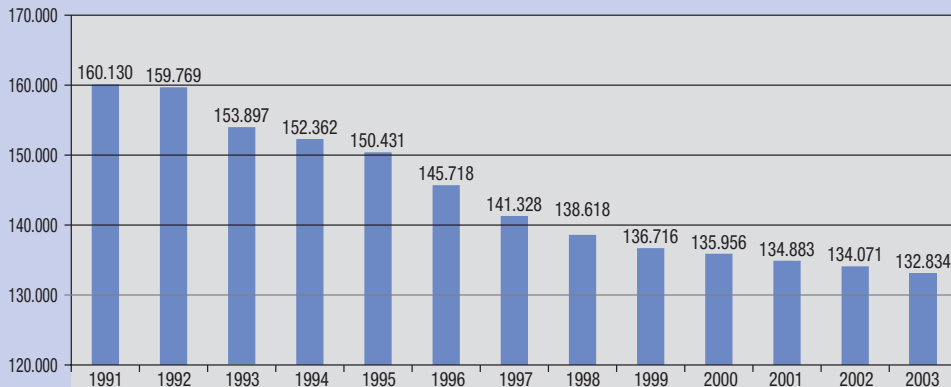
Bis Ende 2004 wurden in fast allen Versorgungsgebieten die Verhandlungen über regionale Planungskonzepte zwischen den Krankenhausträgern und Krankenkassen abgeschlossen und an das MGSFF zur Letztentscheidung weitergeleitet. Den geplanten Bettenabbau begleitete die KGNW mit Hilfe ihrer Datenbank, um bei einer eventuellen Überschreitung des vorgesehenen Abbauvolumens eingreifen zu können. Der anvisierte Bettenabbau in Höhe von circa 9.500 Krankenhausbetten in NRW konnte noch nicht erreicht werden, da vielfach als Ergebnis der vor Ort

Anzahl der Krankenhäuser in NRW 1991–2003



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS), Statistische Jahrbücher 1991–2003

Anzahl der Krankenhausbetten in NRW 1991–2003



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS), Statistische Jahrbücher 1991–2003

geführten regionalen Planungskonzepte ein höherer Bettenbedarf als bedarfsgerecht ermittelt wurde.

berücksichtigt werden. Dies wirkte sich verzögernd auf den Verlauf der Verhandlungen aus.

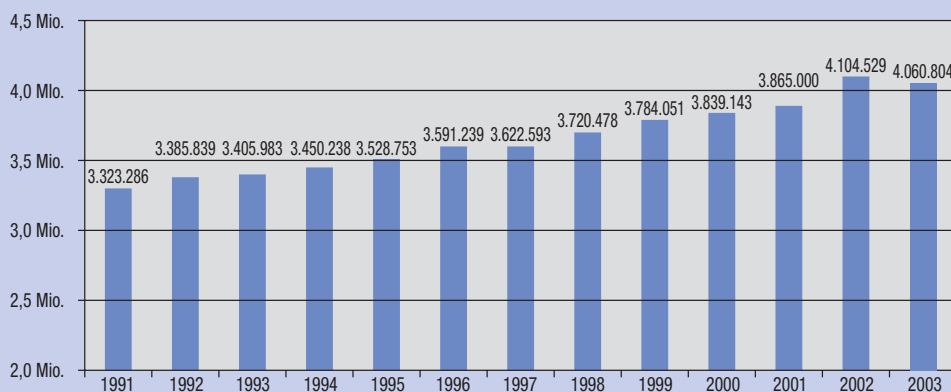
Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein

Zur Aktualisierung des Heilmittelvertrags nach § 125 SGB V wurden die im Vorjahr begonnenen Vertragsverhandlungen in 2004 mit den Kostenträgern fortgesetzt. Hier musste die zum 1. Juli 2004 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzte komplette Neufassung der Heilmittelrichtlinien

Ziele des laufenden Verhandlungsverfahrens sind die Aufnahme zusätzlicher Leistungen in das Preis-/Leistungsverzeichnis, eine angemessene Anhebung der Leistungspreise für die im Verzeichnis enthaltenen Heilmittel sowie die Anpassung des Leistungsverzeichnisses an die im Jahr 2004 geänderten Heilmittelrichtlinien und das bundeseinheitliche Heilmittelpositionsnummernverzeichnis.

Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein

Anzahl der Krankenhauspatienten in NRW 1991–2003



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS), Statistische Jahrbücher 1991–2003

DRG-Kalkulationsrunde 2004

2. Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG)

Bei dem ersten Verhandlungstermin mit den Vertretern der Krankenkassen am 11. November 2004 wurde das Leistungsverzeichnis, in das durch die KGNW neue Leistungen eingebracht wurden, weitgehend konsentiert. Wegen der noch strittigen Leistungen sowie der von der krankenhausesseitigen Verhandlungskommission geforderten Preisanpassungen bestand bei den Krankenkassen noch eingehender Beratungsbedarf, so dass die Verhandlungen erst im nächsten Jahr fortgesetzt werden können.

DRG-Kalkulationsrunde 2004

Mehr als 30 von 52 Krankenhäuser in NRW, die eine Vereinbarung zur Teilnahme am Kalkulationsprojekt des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geschlossen hatten, nahmen durch eigene Datenlieferungen am Kalkulationsprojekt im Jahr 2004 teil. Die präzisen DRG-Kalkulationsdaten wurden neben den weiterlaufenden originären Krankenhausaufgaben und der Umstellung auf das neue Entgeltsystem von den teilnehmenden

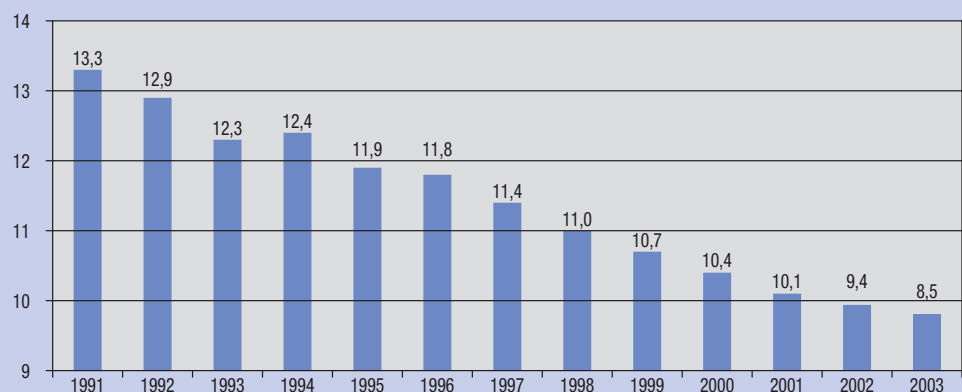
Krankenhäusern bereitgestellt. Dies war mit hohem Zusatzaufwand verbunden, der auch im Jahr 2004 nicht zusätzlich vergütet wurde.

Die KGNW engagierte sich auf der Bundesebene weiterhin im Netzwerk zur Betreuung der (Erst-) Kalkulationshäuser, das seine Beratungen unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des InEK sowie weiterer Landeskrankenhausesgesellschaften auch im Jahr 2004 fortsetzte.

2. Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG)

Im Rahmen eines kontinuierlichen Optimierungsprozesses soll das G-DRG-System kontinuierlich an die sich verändernden Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems angepasst werden. Die Hauptintention des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes (2. FPÄndG) besteht in der Ausgestaltung der Konvergenzphase für die „Scharfschaltung“ des DRG-Finanzierungssystems im Jahr 2005. Nachdem Bundestag und

Verweildauer der Patienten in NRW 1991–2003



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS), Statistische Jahrbücher 1991–2003

Bundesrat am 25. und 26. November 2004 dem Ergebnis des Vermittlungsausschusses zugestimmt hatten, wurde das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz am 15. Dezember 2004 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.

Im Ergebnis führte das Vermittlungsverfahren gegenüber der ursprünglichen Ausgangsforderung zu einer

- Verlängerung der Konvergenzphase um zwei Jahre bis 2009 (ab 1. Januar 2010 gilt für alle Krankenhäuser einheitlich der landesweite Basisfallwert (LBFW)),
- Abflachung der Konvergenzquoten (mit Ausnahme des Anfangsjahres) sowie einer
- sukzessiv ansteigenden Obergrenze (Kappungsgrenze).

Darüber hinaus wurde durch die Abkopplung der Veränderungsrate vom Konvergenzmechanismus ihre vollständige Berücksichtigung beim einzelnen Krankenhaus ermöglicht.

Bezüglich der Vereinbarung landesweiter Basisfallwerte eröffnet das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz die Möglichkeit der Vereinbarung so genannter Fehlschätzungstatbestände, deren geschätzte Werte im Folgejahr auf der Grundlage der tatsächlichen Entwicklung berichtigt werden können. Ferner erfolgte die Klarstellung hinsichtlich der Schiedsstellenfähigkeit sowie die Festlegung der Genehmigungsfähigkeit der vereinbarten/festgesetzten Landesbasisfallwerte.

Die KGNW hat während des gesamten Gesetzgebungsverfahrens aktiv an der Erarbeitung von Änderungsvorschlägen mitgearbeitet. Nach In-Kraft-Treten des

Gesetzes erfolgten eine ausführliche Information sowie die Bereitstellung vollständiger Lesefassungen der geänderten Rechtsgrundlagen im Downloadbereich auf der KGNW-Homepage.

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005 – FPV 2005)

Nachdem in den beiden Vorjahren das Bundesgesundheitsministerium jeweils im Rahmen einer Ersatzvornahme eine Rechtsverordnung zu den Abrechnungsbestimmungen für das G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups) erlassen hatte, konnten diese und die Entgeltkataloge in 2004 erstmalig im Rahmen der Verhandlungen der Selbstverwaltung auf der Bundesebene konsentiert werden.

Die DKG, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung einigten sich am 16. September 2004 auf die so genannte Fallpauschalenvereinbarung 2005 – FPV 2005. Am 20. September 2004 wurden die Vereinbarung und die Entgeltkataloge durch das Institut für das Entgeltsystem (InEK) veröffentlicht.

Einige der ab dem 1. Januar 2005 umzusetzenden Änderungen führten zu einem erhöhten Informationsbedarf bei den Krankenhäusern und zu zahlreichen Nachfragen bei der KGNW. Rege genutzt wurde in diesem Zusammenhang die durch die KGNW bereits in 2003 einge-

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005 – FPV 2005)

Budgetverhandlungen 2004

richtete eigene Emailadresse für Abrechnungsanfragen (drg@kgnw.de).

Budgetverhandlungen 2004

Die Budgetverhandlungen für das Jahr 2004 waren gekennzeichnet durch die für eine große Anzahl nordrhein-westfälischer Krankenhäuser erstmalig zu führenden Verhandlungen auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes, das die verbindliche Abrechnung nach DRGs zum 1. Januar 2004 vorsah. Für die bereits in 2003 umgestiegenen Krankenhäuser galt es, ihre Leistungsplanung und damit auch ihre Verhandlungsstrategie auf die im Vergleich zu 2003 umfassend geänderte G-DRG-Version 2004 auszurichten. Prospektive Verhandlungen, wie sie das Krankenhausentgeltgesetz in § 11 fordert, waren vor diesem Hintergrund und aufgrund von „Anlaufschwierigkeiten“, auch auf der Kostenträgerseite, für das Jahr 2004 weitgehend unmöglich.

Nach den der KGNW vorliegenden Informationen haben in 2004 insgesamt 123 Krankenhäuser in beiden Landesteilen ihre Abrechnung auf das G-DRG-Fallpauschalensystem umgestellt (sog. „Spätumsteiger“). Davon entfielen 61 Krankenhäuser auf den Landesteil Westfalen-Lippe und 62 auf das Rheinland. 2003 waren bereits 234 Krankenhäuser als sog. „Optionskrankenhäuser“ oder „Frühumsteiger“ in das G-DRG-System übergewechselt.

Zahlreiche DRG-Fallpauschalen der Anlage 3 KFPV 2004 und die Zusatzentgelte der Anlage 4 KFPV 2004 wurden durch das InEK mangels Kalkulationsgrundlagen nicht

bewertet und konnten somit gemäß § 7 Abs.1 und § 5 Abs. 2 KFPV 2004 durch das einzelne Krankenhaus individuell kalkuliert und mit den Krankenkassen vereinbart werden.

Da der Verordnungsgeber beispielsweise für die Leistungen nach Anlage 3 KFPV sowohl die Möglichkeit einer tagesbezogenen, als auch die einer fallbezogenen Kalkulation vorgesehen hatte, war es der KGNW nicht möglich, allgemein verbindliche Kalkulationsschemata für die DRG-Fallpauschalen bzw. Zusatzentgelte zur Verfügung zu stellen. Um die Krankenhäuser trotzdem bei der Vereinbarung der in Frage kommenden Entgelte zu unterstützen und zur Kalkulation dieser Entgelte einen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen, hat die KGNW zu Beginn des Jahres eine datenbankgestützte Informationsbörse eingerichtet.

Krankenhäusern, die über ein festgelegtes Datenaustauschverfahren ihre Kalkulationen bzw. Vereinbarungsdaten der KGNW zur anonymisierten Auswertung übermitteln, erhielten im Gegenzug die anonymisierten Informationen zu den kalkulierten bzw. vereinbarten Entgelten der anderer Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen.

Neben Hinweisen zu den Budget- und Entgeltverhandlungen und sowie zu den Budget- und Pflege-satzverhandlungen unterstützte die KGNW Krankenhäuser durch die Bereitstellung eines Excel-Tools zur Erstellung der AEB-Formulare nach § 11 Abs. 4 KHEntgG.

Krankenhausorganisation, EDV und Statistik

Externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Aufgrund der durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vorgenommenen Neuregelung von § 137 SGB V ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) u.a. die Aufgabe übertragen worden, über entsprechende Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten zu entscheiden. Bezüglich der Krankenhausbehandlung (Beschlüsse zu § 137 und zu Richtlinien nach § 137c) entscheidet der GBA in der Besetzung gemäß § 91 Abs. 7 SGB V (stationäre Kammer). In diesem Gremium ist auch der Geschäftsführer der KGNW Richard Zimmer vertreten.

Im Laufe des Jahres 2004 hat der GBA in der Besetzung nach § 91 Abs. 7 SGB V (stationäre Kammer) u.a. folgende Beschlüsse im Rahmen der ihm übertragenen Aufgaben gefasst:

- Fortführung der bisherigen 19 Leistungsbereiche im Jahr 2004 für das 2005,
- Einführung eines neuen Leistungsbereiches Pneumonie für das Verfahrensjahr 2005,
- Anpassung der Verträge zur externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V,
- Einführung einer Datenvalidierung ab 2005 (Probetrieb),
- Synchronisierung der externen Qualitätssicherung Mamma-

- Chirurgie und Qualitätssicherung bei DMP Mamma-Karzinom,
- Ausschluss von Behandlungsmethoden als GKV-Leistungen, z. B. Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) und Protonentherapie,
- Beratung über die „Behandlung mit Stammzelltransplantation“.

Teilweise sind diese Beschlüsse gegen die Stimmen der Krankenhauseite zustande gekommen (z. B. Ausschluss der Hyperbaren Sauerstofftherapie bei der Indikation Schädel-Hirn-Traumata und der Protonentherapie bei der Indikation Mamma-Karziom). Mehrheitentscheidungen sind jedoch möglich. Im Falle eines Stimmenpattes entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden.

Darüber hinaus hat der GBA sowohl in der Besetzung gemäß § 91 Abs. 2 SGB V (Plenum) als auch in der Besetzung nach § 91 Abs. 4 (Ärztliche Angelegenheiten)



KGNW-Geschäftsführer Staatssekretär a. D. Richard Zimmer eröffnet die Ergebniskonferenz „Qualitätssicherung NRW 2004“.

Externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V



Etwa 400 Teilnehmer sorgten für einen voll besetzten Veranstaltungssaal bei der Ergebniskonferenz „Qualitätssicherung NRW 2004“.



KGW-Präsident Dr. Johannes Kramer (links) und Prof. Dr. H. K. Selbmann, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen, bei der Podiumsdiskussion der Ergebniskonferenz.

zahlreiche Beschlüsse mit signifikanten Auswirkungen auf den Krankenhausbereich gefasst, z. B.:

- Richtlinien für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V / Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB (seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf),
- Richtlinie zur Einführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings,
- Errichtung, Finanzierung und Aufgabengestaltung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Auf Landesebene sind die Auswertungen für das Verfahrensjahr 2003 bereits Mitte des Jahres 2004 an die Krankenhäuser versandt worden. Hierüber wurde in einer Ergebniskonferenz am 30. September 2004 im Ärztehaus in Düsseldorf informiert, für die namhafte Referenten gewonnen werden konnten. Die Veranstaltung fand eine rege Resonanz bei circa 400 Teilnehmer/innen und zahlreichen Pressevertretern.

Der Lenkungsausschuss Qualitätssicherung NRW hat im Jahr 2004 unter dem neuen Vorsitz des Geschäftsführers der KGNW Richard Zimmer eine Vielzahl von Verfahrensfragen sowie die Inhalte und Ergebnisse der Sitzungen der medizinischen Arbeitsgruppen erörtert.

Zum Ende des Jahres 2004 zeichnet sich ab, dass auch die Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW bzw. die Regionalvertretungen bei den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe von den

zuständigen Finanzämtern zur Abgabe von Steuererklärungen und letztlich zur Zahlung von Umsatzsteuer für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V herangezogen werden. Der Lenkungsausschuss Qualitätssicherung NRW hat beschlossen, die Heranziehung zur Zahlung von Umsatzsteuer für die Qualitätssicherung zu bestreiten und hiergegen auf juristischer und auf politischer Ebene vorzugehen.

Insgesamt nahmen 339 Krankenhäuser im Verfahrensjahr 2003 in Nordrhein-Westfalen an dem Verfahren teil. Dabei wurden knapp 730.000 Datensätze ausgewertet. Die Rücklaufquote lag insgesamt bei 97,3 Prozent. In insgesamt circa 3.500 Fällen wurde aufgrund statistischer Auffälligkeiten ein sogenannter „Strukturierter Dialog“ zwischen den Regionalvertretungen und den Krankenhäusern eingeleitet (2.900 Hinweise der Regionalvertretungen, 600 Stellungnahmen der Krankenhäuser).

Mindestmengen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in der Besetzung nach § 91 Abs. 7 SGB V hat in mehreren Sitzungen im Laufe des Jahres 2004 über eine Erweiterung des Kataloges planbarer Leistungen nach §§ 17 und 17b KHG, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses im besonderen Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, beraten. Grundlage hierfür waren Anträge der GKV-Spitzenverbände zur Erweiterung des „Mindestmengen-Kataloges“ um fünf Leistungen (Aortenaneurysma abdominal,



Stellten sich den Fragen der Medien bei der Pressekonferenz während der Ergebniskonferenz „Qualitätssicherung NRW“ (von links): Dr. Robert Schäfer, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein; Sieghard Niggemann, Leiter der Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe des VdAK/AEV; Dr. Arnold Schüller, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein; Moderator Lothar Kratz, KGNW-Presse Sprecher und Dr. Johannes Kramer, KGNW-Präsident.

PTCA, Koronarchirurgie, Knie-TEP, Behandlung von very-low-birth-rate-Neugeborenen in neonatalen Intensivseinheiten). Nach kontroversen Beratungen wurden 2005 keine weiteren Mindestmengen festgelegt. Künftig ist vorgesehen, bei der Auswahl entsprechender Leistungen und Schwellenwerte ein abgestuftes Verfahren zum Einsatz zu bringen, bei dem im Wesentlichen auf deutsche Versorgungsdaten zurückgegriffen werden soll.

Die KGNW hat die Thematik der Mindestmengen – nicht zuletzt aufgrund der unfreiwilligen Vorreiterrolle bezüglich der Brustzentren in NRW – intensiv beraten und begleitet und auch im Rahmen des

Mindestmengen

**Strukturierter
Qualitätsbericht**

**Qualitätssicherung
bei ambulanten
Operationen**

KG NW-Forums am 3. November 2004 in einer Podiumsdiskussion mit namhaften Experten erörtert.

**Strukturierter
Qualitätsbericht**

Ergänzend zu der bereits im Jahr 2003 abgeschlossenen Vereinbarung über Inhalte und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichtes für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind im März



2004 von den Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechende Ausführhinweise zum Qualitätsbericht herausgegeben worden. Außerdem wurde von der DKG – unter Beteiligung eines KGNW-Vertreters – eine

FAQ-Liste (Frequently Asked Questions) mit den häufigsten Fragen und Antworten zum Qualitätsbericht erstellt.

Die KGNW hat einen Preis für den erstmals bis zum 31. August 2005 von allen Krankenhäusern zu erstellenden Qualitätsbericht ausgelobt. Dieser sieht die Prämierung der drei besten Qualitätsberichte aus dem Bereich der Mitgliedskrankenhäuser vor. Eine interdisziplinär zusammengesetzte Jury wird die eingesandten Qualitätsberichte nach dem Einsendeschluss bewerten und zur Prämierung vorschlagen. Die Preisverleihung ist für Ende 2005 vorgesehen.

Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen

Zur Umsetzung der bundesvertraglich geregelten Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Leistungen haben auf Landesebene im Laufe des Jahres 2004 Gespräche zwischen Vertretern der KGNW, der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe stattgefunden. Dabei ging es um die Einrichtung einer entsprechenden Landeskommission, die Gründung einer bei der Kommission einzurichtenden Geschäftsstelle sowie den Datenfluss von den Krankenhäusern (und niedergelassenen Ärzten) an die auf Bundesebene vorgesehene Auswertungsstelle.

Diese Verhandlungen wurden im Juli 2004 durch die von den GKV-Spitzenverbänden vorgenommene außerordentliche Kündigung des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB

V und die daran anknüpfenden Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen unterbrochen. Die nachfolgenden Verhandlungen zwischen der DKG, KBV und den GKV-Spitzenverbänden haben bis Ende 2004 zu keinem abschließenden Ergebnis geführt. Vorgesehen ist, dass die interne Dokumentation für die Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen nunmehr ab dem 1. Januar 2006 beginnen soll. Die Frist zur Bildung einer Landeskommision Qualitätssicherung ambulantes Operieren ist für den 30. Juni 2005 vorgesehen.

Internes Qualitätsmanagement

Die von den Vertragsparteien auf der Bundesebene bereits im Jahr 2002 abgeschlossene Vereinbarung über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser ist im Laufe des Jahres 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) entsprechend seiner Zuständigkeit übernommen worden. Dabei wurde eine Protokollnotiz aufgenommen, nach der der GBA anstrebt, die möglichen Auswirkungen dieser Vereinbarungen zu einem späteren Zeitpunkt zu bewerten.

Die KGNW hat zur Unterstützung ihrer Mitgliedskrankenhäuser einen Handlungsleitfaden für Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsmethoden im Krankenhaus veröffentlicht. Dieser enthält eine Gegenüberstellung der wichtigsten Qualitätsmanagementmodelle und Zertifizierungsverfahren sowie eine Darstellung der Möglichkeiten eines systematischen Qualitäts-



managements und soll als Orientierungshilfe für Krankenhäuser bei der Auswahl eines geeigneten Qualitätsmanagement-Modells dienen. Der Handlungsleitfaden wurde in den Krankenhäusern – auch außerhalb Nordrhein-Westfalens – positiv bewertet und angenommen.

Zertifizierung nach KTQ/proCum Cert

Die Anzahl der zertifizierten Krankenhäuser nach dem Verfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) und von proCum Cert hat sich im Jahr 2004 deutlich erhöht. Ende 2004 hatten aus NRW zwölf Krankenhäuser ein KTQ- und zehn Krankenhäuser ein proCum Cert-Zertifikat erworben. Entsprechend dem Vorschlag der KGNW hat KTQ zwischenzeitlich einen Kooperationsvertrag mit OnkoZert, dem Zertifizierungsinstitut der Deut-

Internes Qualitätsmanagement

Zertifizierung nach KTQ/proCum Cert

**Epidemiologisches
Krebsregister /
Onkologische
Qualitätssicherung**

**Zertifizierung
von Brustzentren
gemäß § 16 KHG
NRW**

schen Krebsgesellschaft e. V. abgeschlossen. Auch andere Fachgesellschaften sind nach KGNW-Informationen an einer Kooperation mit KTQ interessiert. Eine solche Regelung führt zur Vermeidung von „Doppelzertifizierungen“ bzw. zu einer Verminderung des Aufwandes, z. B. bei dem Zertifizierungsverfahren für Brustzentren.

**Epidemiologisches
Krebsregister /
Onkologische
Qualitätssicherung**

Mitte 2004 hat das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF) den Entwurf eines Gesetzes zur Einrichtung eines flächendeckenden bevölkerungsbezogenen Krebsregisters in Nordrhein-Westfalen vorgelegt. Mit diesem Gesetz soll gleichzeitig eine flächendeckende Dokumentation onkologischer Erkrankungen (Onkologische Qualitätssicherung) eingeführt werden. Vorgesehen ist eine kooperative Trägerschaft für das Epidemiologische Krebsregister in der Form einer gemeinnützigen GmbH, in der auch die KGNW als Mitgesellschafter fungieren soll.

Die KGNW hat in ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf ihre grundsätzliche Unterstützung und ihre Mitwirkung in der kooperativen Trägerschaft zugesichert, gleichzeitig aber auf zahlreiche bislang ungelöste Fragestellungen hingewiesen, insbesondere bezüglich der vorgesehenen Verknüpfung des Epidemiologischen Krebsregisters mit der Onkologischen Qualitätssicherung. Ferner hat die KGNW eine Regelung zur Fort-

führung der bisherigen Vergütung in Höhe von 3,07 Euro je Meldung an das Epidemiologische Krebsregister gefordert und dieses in einem Schreiben an NRW-Gesundheitsministerin Birgit Fischer unterstrichen.

Erfreulicherweise sind diese Forderungen auch in der ersten Lesung des Gesetzentwurfes im nordrhein-westfälischen Landtag am 11. November 2004 von Vertretern der Opposition aufgegriffen worden.

Zur Onkologischen Qualitätssicherung sind im Landesteil Westfalen-Lippe von den dortigen Onkologischen Schwerpunkten (OSP) vertragliche Regelungen mit den Krankenkassenverbänden, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Westfalen-Lippe getroffen worden.

Für den Landesteil Nordrhein haben Gespräche zwischen den Krankenkassenverbänden, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, der KGNW und der Ärztekammer Nordrhein stattgefunden. Angestrebt wurden eine möglichst enge Synchronisierung der Onkologischen Qualitätssicherung mit den entsprechenden Regelungen in Westfalen-Lippe und den sonstigen Qualitätssicherungsverfahren im Bereich der Onkologie sowie die Einbeziehung der bestehenden Tumorzentren, insbesondere an den Universitätskliniken.

**Zertifizierung von
Brustzentren gemäß
§ 16 KHG NRW**

Zur näheren Spezifizierung und weiteren Fortentwicklung der Anforderungskriterien für die Zertifi-

zierung von Brustzentren sind vom MGSFF im Laufe des Jahres 2004 folgende Gremien mit Beteiligung der KGNW gegründet worden:

- Arbeitsgemeinschaft Qualitätsentwicklung NRW
- Arbeitsgruppe der zur Arbeitsgemeinschaft Qualitätsentwicklung NRW
- Unterarbeitsgruppe Qualitätssicherung der Arbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft Qualitätsentwicklung NRW

Im Mittelpunkt der Beratungen der Arbeitsgruppe stand auch die Ausgestaltung eines Patientinnenfragebogens, der in den Brustzentren zum Einsatz kommen soll. Die hierzu vorgelegten Entwürfe sind auf erhebliche Kritik der KGNW gestoßen, die teilweise auch berücksichtigt wurde.

Von der KGNW wurde an verschiedenen Stellen die Vielzahl verschiedener parallel verlaufender Qualitätssicherungsdokumentationen für die Behandlung von Brustkrebspatientinnen moniert (Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V, DMP-Brustkrebs, Zertifizierung von Brustzentren, Onkologische Qualitätssicherung, WBC, OnkoZert) und dringend eine entsprechende Synchronisierung dieser Verfahren gefordert.

Abgabe/Abrechnung von Arzneimitteln aus der Krankenhausapotheke gemäß § 129a SGB V

Bereits Ende 2003 hatte die KGNW entsprechende Hinweise und Formulierungshilfen zu einer Vereinbarung gemäß § 129a SGB V i. V.m.

§ 14 Abs. 4 Apothekengesetz in der Fassung des GMG einschließlich eines entsprechenden Mustervertrages zur Verfügung gestellt. Darauf aufbauend konnte im Landesteil Westfalen-Lippe (unter Einbeziehung einer Ad-hoc-Arbeitsgruppe des Hauptausschusses der KGNW und in enger Abstimmung mit dem Landesverband der Krankenhausapotheker – ADKA) im April 2004 mit der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände eine Empfehlung für einen Muster-Arzneiliefervertrag für Krankenhausapotheken gemäß § 129a SGB V vereinbart werden. Ergänzend wurde eine Vereinbarung über die Höhe der Preise für die Abgabe von Arzneimitteln aus Krankenhausapotheken im Landesteil Westfalen-Lippe zwischen den dortigen Krankenkassenverbänden und den Zweckverbänden abgeschlossen.

Im Landesteil Nordrhein haben die Zweckverbände und die Krankenkassenverbände entsprechende Musterverträge vereinbart.

Telematik im Gesundheitswesen / ZTG

Im Rahmen der zunehmenden Informationstechnologie auch im Gesundheitswesen hat die Telematik in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen.

So sollen ab 2006 nach § 291a SGB V alle Krankenversicherten in Deutschland eine elektronische Gesundheitskarte erhalten. Diese soll die bisherige Krankenversichertenkarte ablösen. Die Gesundheitskarte wird technisch so weiterentwickelt sein, dass neben ihren administrativen Funktionen auch

Telematik im Gesundheitswesen / ZTG

Abgabe/Abrechnung von Arzneimitteln aus der Krankenhausapotheke gemäß § 129a SGB V

DRG-Benchmarking-Projekt / Sonderauswertungen der KGNW

Gesundheitsdaten zur Verfügung stehen.

Schon im Jahr 2005 ist die flächendeckende Ausgabe eines elektronischen Arztausweises (Health Professional Card – HPC) durch die jeweilige Ärztekammer vorgesehen, der auch im Krankenhaus zum Einsatz kommen wird.

Auf Bundesebene konnte im März 2004 die Rahmenarchitektur durch die Selbstverwaltung an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) fristgerecht übergeben werden. Fast zeitgleich wurde protego.net als nationale Implementierungsplattform der in § 291a SGB V genannten und für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Rezepts verantwortlichen Organisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Privaten Krankenversicherung ins Leben gerufen. Zudem haben sich Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und Vertreter der Selbstverwaltung mit dem BMGS auf ein gemeinsames Vorgehen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und die Einrichtung einer Betriebsorganisation verständigt.

Auf Landesebene vertritt die KGNW die Interessen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser auf dem Gebiet der Telematik vor allem durch die Einbindung in die entsprechenden Gremien des Zentrums für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) und des MGSFF sowie durch die aktive Mitarbeit bei telematischen Projekten, wie z. B. der Gesundheitsplattform des Landes „Gesundheit.nrw“ und des Netzwerks Patientenberatung. Fer-

ner unterstützt die KGNW die Aktivitäten des MGSFF und des ZTG bezüglich der „Modellregion Bochum/Essen“, die u.a. als Testregion für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte dienen soll. Innerhalb der Modellregion wurde eine Arbeitsgruppe „eKliniken“ gegründet.

DRG-Benchmarking-Projekt / Sonderauswertungen der KGNW

Ergänzend zu dem „Projekt zur Abbildung der Leistungsstrukturen von Krankenhäusern durch DRG-Systeme“ zwischen der DKTIG mbH und dem Institut für medizinisch-ökonomisches Consulting GbR (IMC) führte die KGNW auch im Jahr 2004 als einzige Landeskrankengesellschaft eine landesweite Sonderauswertung der DRG-Daten 2003 durch. An dem Projekt haben im Jahr 2003 insgesamt 253 Mitgliedskrankenhäuser teilgenommen. Das entspricht zwei Drittel aller von der Umstellung auf das DRG-System betroffenen Krankenhäuser.

Für die Sonderauswertungen der KGNW wurden die am Projekt beteiligten Krankenhäuser nach Fallzahlen gruppiert. Für diese Fallzahlgruppen wurden sowohl auf der Krankenhausebene als auch auf Fachabteilungsebene viele wichtige Kennzahlen zur Leistungsstruktur, zur Kodierqualität, zum Ablauf des Behandlungsprozesses und zur Patientenstruktur bestimmt. Damit wurde den Häusern eine ganze Reihe von aussagefähigen Vergleichskennzahlen zur Verfügung gestellt zur Abschätzung ihres eigenen Standes bei der Umstellung auf das DRG-System.

Die Ergebnisse wurden allen beteiligten Häusern auf CD zugesandt.

Die Ergebnisse der Auswertung konnten aufgrund der hohen Beteiligung und der repräsentativen Datengrundlage für Modellrechnungen zur Bestimmung der Landesbasisfallwertes genutzt werden.

Internetauftritt / Mitgliederservice

Durchschnittlich rund 7.800 Internetnutzer mit rund 95.000 Seitenzugriffen besuchen monatlich die Homepage der KGNW. Sie finden dort ebenso wie die KGNW-Mitglieder, denen ein besonderer Mitgliederservice zur Verfügung steht, vor allem ständig aktualisierte Informationen über Entwicklungen aus dem nordrhein-westfälischen Krankenhausbereich, Terminhinweise und eine Vielzahl von Dokumenten im Downloadbereich.

In diesem Jahr wurde der Mitgliederservice erneuert und durch zahlreiche komfortablere Funktionalitäten wie verbesserte Such- und Downloadmöglichkeiten ergänzt. Durch eine Erweiterung des Angebots über die Rundschreiben hinaus stehen nun auch die Arztverzeichnisse der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe als Datei zur Verfügung.

Deutsches Krankenhausverzeichnis

Das unter Federführung der DKTIG im Zusammenarbeit mit der DKG und allen Landeskrankenhausesellschaften erstellte Deutsche Krankenhausverzeichnis ist Bestandteil der KGNW-Homepage. Darüber hinaus findet sich ein

Zugang zum Verzeichnis auch im Landesgesundheitsportal „Gesundheit.nrw“. Die Zugriffszahlen dieser Seite belegen die zunehmende Bedeutung als wesentliche Informationsplattform über Anbieter im Gesundheitswesen. Krankenhäuser ohne Datenlieferungen werden in diesem Verzeichnis weiterhin lediglich mit ihren Adressdaten geführt.

Krankenhausdatenbank

Die Weiterentwicklung der Krankenhaus-Datenbank der KGNW wurde auch 2004 fortgesetzt. Neben der Aufnahme DMP-relevanter Daten im letzten Quartal 2004 wurde mit der vollständigen Neuerfassung der Feststellungsbescheide begonnen, da diese Daten z. B. Grundlage für die regionalen Planungskonzepte sind.

Die Datenbank dient neben informativen Zwecken vor allem zur Erstellung individueller Auswertungen zu speziellen Fragestellungen.

§ 301 SGB V

Im Jahr 2004 mussten zur Vereinbarung gemäß § 301 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 eine Vielzahl von Schlüsselfortschreibungen und Nachträgen – insbesondere die Anpassung an das DRG-System bzw. an die Fallpauschalenverordnung – berücksichtigt werden.

Auf die durch das GMG erfolgte Anpassung des § 303 Abs. 3 SGB V bezogen sich zu Jahresbeginn eine Vielzahl der Anfragen aus allen Bereichen der Datenübermittlung. Die neue Regelung berechtigt die

*Internetauftritt /
Mitgliederservice*

*Krankenhaus-
datenbank*

§ 301 SGB V

*Deutsches
Krankenhaus-
verzeichnis*

Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 KHEntgG

Krankenkassen, eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu fünf Prozent des Rechnungsbetrages vorzunehmen, wenn die maschinell verwertbare Datenübermittlung nicht erfolgt und deren Ursache auf der Leistungserbringenseite liegt.

Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 KHEntgG

Gemäß der zum 10. Januar 2003 in Kraft getretenen Vereinbarung zur Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG hat jedes Krankenhaus jährlich zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die DRG-Daten an die DRG-Datenstelle zu übermitteln. Als Hilfestellung wurde – wie auch im Vorjahr – von der DKG ein Tool zur Prüfung der zu übermittelnden Daten bereitgestellt.

Im Berichtsjahr standen den Landeskrankenhausesgesellschaften erstmals landesbezogene kumulierte Daten zur Verfügung und rechtzeitig zum Jahresende 2004 wurde die erforderliche Aktualisierung des DRG-Datensatzes verabschiedet, die insbesondere den erforderlichen Anpassungen an das DRG-System Rechnung trägt.

Umweltschutz im Krankenhaus

Bereits im Jahr 2002 ist die Fachkompetenz des „Arbeitskreises Umweltschutz im Krankenhaus NRW“ in die KGNW-Kommission „Umweltschutz im Krankenhaus“ und damit in die Strukturen der KGNW eingebunden worden. Die Kommission hat sich im Jahr 2004 mit folgenden Themenschwerpunkten befasst:

Umweltkennzahlen

Eine Arbeitsgruppe des „Arbeitskreises Umweltschutz im Krankenhaus NRW“ erarbeitet unter Beteiligung der KGNW ein einfaches Kennzahlensystem zur Erfassung der Umweltauswirkungen eines Krankenhauses, das in Form eines Handlungsleitfadens herausgegeben werden soll. Gedacht ist dieses Kennzahlensystem für Entscheider in Krankenhäusern, die noch kein Umweltmanagementsystem eingeführt haben.

Reduzierung der Abwasserkosten durch genaue Ermittlung der Verlustmengen

In vielen Prozessen im Krankenhaus wird Wasser nach dem Gebrauch durch Verdunstung oder aus anderen Gründen nicht in die Abwasserkanalisation zurückgeleitet. Durch diese so genannten Verlustmengen können die Krankenhäuser nach einer sorgfältigen Messung oder einer nachvollziehbaren Berechnung der Abwassermengen circa 5–10 Prozent ihrer Gebühren für Wasser bzw. Abwasser einsparen. Die örtlich unterschiedlich ausgestalteten Abwasserersatzungen regeln die Einzelheiten.

Der „Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW“ hat auf Initiative der Kommission „Umweltschutz im Krankenhaus“ eine Handreichung erarbeitet, die aufzeigt, wie solche Verlustmengen berechnet und gegenüber den Kommunen kostenmindernd geltend gemacht werden können.

Umweltschutz im Krankenhaus

„Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ BGR/TRBA 250

Die Kommission „Umweltschutz im Krankenhaus“ hat sich intensiv mit der Umsetzung der Berufsgenossenschaftlichen Regeln (BGR) befasst. Die Regeln sollen dem Unternehmer Hilfestellung bei der Umsetzung seiner Pflichten aus staatlichen Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften geben und Wege aufzeigen, wie Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren vermieden werden können. Entsprechende Hinweise wurden den Mitgliedskrankenhäusern gegeben.

Berufsbegleitende Ausbildung für nichtärztliche Krankenhausmitarbeiter zum Medical Coder

Das Deutsche Krankenhausinstitut GmbH (DKI) und die Akademie der Ruhr-Universität Bochum haben in Zusammenarbeit mit der KGNW einen Kursus „Klinische Kodierung – Medical Coder – Berufsbegleitende Ausbildung für nichtmedizinische Krankenhausmitarbeiter“ angeboten, der den an der Dokumentation und Kodierung beteiligten Mitarbeitern im Krankenhaus Kenntnisse in Bezug auf das G-DRG-System, die Kodierrichtlinien und Klassifikationssysteme vermitteln soll.

Auswertung der planungsrelevanten Daten 2003

Wie in den vergangenen Jahren wurden von den Krankenhäusern



Die Teilnehmer am Kursus „Klinische Kodierung – Medical Coder“.

auch für das Berichtsjahr 2003 die Daten gemäß Krankenhausstatistikverordnung erhoben und der KGNW zur Verfügung gestellt. Die überwiegende Mehrheit der Mitgliedshäuser nutzte dafür das Programm der DKG und übermittelte die Daten in elektronischer Form. Die Auswertung der planungsrelevanten Daten konnte im November 2004 abgeschlossen werden und steht seitdem im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung.

Im Folgenden sind einige der wesentlichsten Ergebnisse zusammengefasst, wobei diese Ergebnisse von der offiziellen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und des Landesamts für Datenverarbeitung und Statistik NRW abweichen:

Die durchschnittliche Verweildauer aller Krankenhäuser, die im Jahr

Berufsbegleitende Ausbildung für nichtärztliche Krankenhausmitarbeiter zum Medical Coder

Auswertung der planungsrelevanten Daten 2003

Auswertung der planungsrelevanten Daten

2003 bei 9,16 Tagen lag, reduzierte sich gegenüber dem Vorjahr um –3,3 Prozent. Dieser Trend der Verweildauerverkürzung (vgl. Abb. 1) ist bereits seit Jahren zu beobachten.

Die Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern sank im Vergleich zum Vorjahr um –3,4 Prozent auf durchschnittlich 8,36 Tage und in Psy-

chiatrischen Sonderkrankenhäusern um –5,4 Prozent auf 29,12 Tage (Abb. 2).

Ein Vergleich der Jahre 1994 und 2003 macht deutlich, in welchen Fachbereichen der Allgemeinkrankenhäuser die Verweildauer besonders rückläufig war (Tabelle Seite 35).

Entwicklung der durchschnittl. Verweildauer in NRW (alle Krankenhäuser)

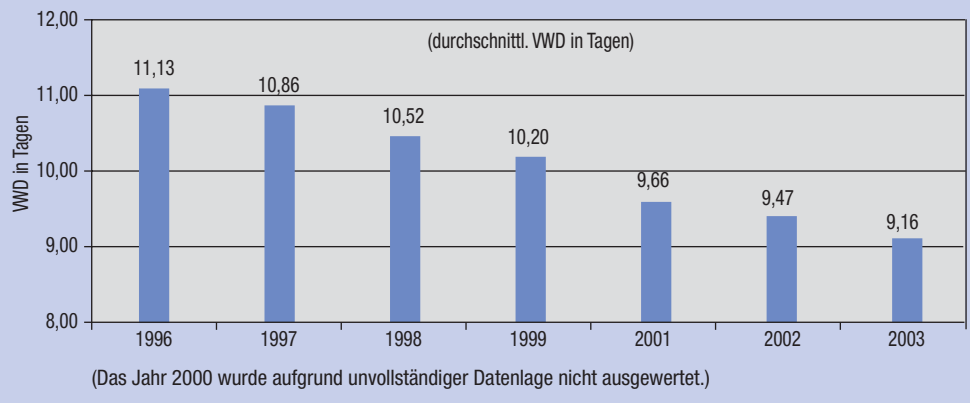


Abb. 1

Verweildauer im Vorjahresvergleich

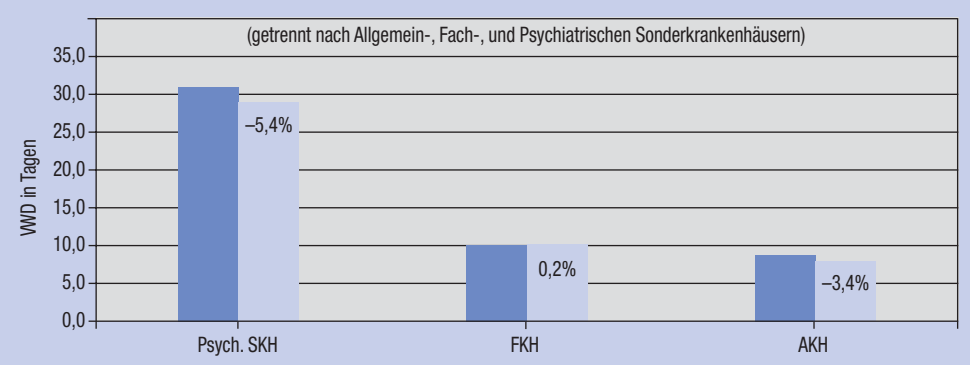


Abb. 2

Verweildauerreduzierung nach Fachabteilungen, Vergleich der Jahre 1994 und 2003 (nur Allgemeinkrankenhäuser)

Fachrichtung	Verweildauer in Tagen 1994	Verweildauer in Tagen 2003	Reduzierung in Tagen	Reduzierung in %
Augenheilkunde	5,29	3,72	-1,57	-29,7%
Chirurgie	10,92	8,70	-2,22	-20,3%
dar.: Gefäßchirurgie	12,96	10,20	-2,76	-21,3%
dar.: Thoraxchirurgie ¹⁾	12,19	11,26	-0,93	-7,6%
dar.: Unfallchirurgie	11,04	9,21	-1,83	-16,6%
Frauenheilk. u. Geburtshilfe	6,99	5,58	-1,41	-20,2%
dar.: Frauenheilkunde	7,08	5,66	-1,42	-20,1%
dar.: Geburtshilfe	6,81	5,46	-1,35	-19,8%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,93	4,60	-0,33	-6,7%
Haut- und Geschlechtskrankh.	12,47	8,63	-3,84	-30,8%
Innere Medizin	12,02	8,26	-3,76	-31,3%
dar.: Endokrinologie	12,20	9,74	-2,46	-20,2%
dar.: Gastroenterologie	10,50	7,67	-2,83	-27,0%
dar.: Hämatologie	8,71	8,09	-0,62	-7,1%
dar.: Kardiologie	8,42	6,12	-2,30	-27,3%
dar.: Nephrologie	9,13	8,48	-0,65	-7,1%
dar.: Lungen- und Bronchialheilk.	16,90	7,96	-8,94	-52,9%
dar.: Rheumatologie I	23,33	12,74	-10,59	-45,4%
dar.: Klinische Geriatrie	21,95	14,71	-7,24	-33,0%
Kinderchirurgie ²⁾	5,49	4,56	-0,93	-16,9%
Kinderheilkunde	7,36	5,62	-1,74	-23,6%
Kinder- und Jugendpsych.	54,58	42,61	-11,97	-21,9%
Mund- Kiefer-Gesichtschir.	6,92	5,70	-1,22	-17,6%
Neurochirurgie	11,60	10,06	-1,54	-13,3%
Neurologie	14,86	9,16	-5,70	-38,4%
Nuklearmedizin (Therapie)	6,67	4,56	-2,11	-31,6%
Orthopädie	14,37	10,47	-3,90	-27,1%
Plastische Chirurgie ²⁾	9,10	6,74	-2,36	-25,9%
Psychiatrie	30,70	24,45	-6,25	-20,4%
Psychosomatik	62,64	50,17	-12,47	-19,9%
Strahlentherapie	9,91	8,29	-1,62	-16,3%
Urologie	8,57	6,53	-2,04	-23,8%
Sonstige Fachber./Allg.-Betten	12,13	11,08	-1,05	-8,7%
Insgesamt	11,03	8,36	-2,67	-24,2%

¹⁾ bis 2001 incl. Kardiovaskularchirurgie

²⁾ wurde bis 2001 als Subdisziplin der Abteilung Chirurgie geführt

Auswertung der planungsrelevanten Daten

Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP)

Umsetzung des Krankenpflegegesetzes in NRW

Krankenhauspersonalwesen

Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP)

Die AiP-Phase ist seit dem 1. Oktober 2004 ersatzlos abgeschafft. Damit wurde die seit langem von den Krankenhausgesellschaften, dem Marburger Bund und der Bundesärztekammer vertretene Position Gesetz.

Es zeichnet sich ab, dass die Krankenhäuser überwiegend sämtliche bislang beschäftigten AiP als Assistenzärzte übernommen haben; die KGNW plant hierzu im zeitlichen Zusammenhang mit den Budgetverhandlungen 2005 eine Umfrage unter den NRW-Krankenhäusern.

Die DKG, der Marburger Bund und die Kostenträgerverbände auf Bundesebene haben sich am 19. Juli 2004 auf eine „Gemeinsame Erklärung zur konfliktfreien Umwandlung von AiP- in Assistenzarztstellen“ geeinigt und bekräftigt, die vollständige Refinanzierung der Mehrkosten durch die AiP-Abschaffung gesetzeskonform zu realisieren und alle AiP als Assistenzärzte übernehmen zu wollen. Dieser Erklärung haben sich die KGNW, der Marburger Bund und die Kostenträgerverbände auf Landesebene am 26. Juli 2004 ausdrücklich angeschlossen.

Diese Übereinkunft wird nach Informationen der KGNW auch konfliktfrei umgesetzt. Zwar hatte sich die AOK Rheinland als Verhandlungsführerin der Krankenkassen im Landesteil Nordrhein zunächst geweigert, die Refinanzierung – wie

gesetzlich vorgesehen – in vollem Umfang und ohne zusätzliche „politische“ Bedingungen vorzunehmen, durch massive Intervention von KGNW und Marburger Bund konnte aber erreicht werden, dass die AOK Rheinland die Verbindlichkeit der Gemeinsamen Erklärung anerkannte.

Umsetzung des Krankenpflegegesetzes in NRW

Dieses Thema hat aufgrund umfangreicher Regelungsaktivitäten des Ministeriums für Gesundheit, Soziale, Frauen und Familie (MGSFF) einen breiten Raum in der Arbeit der KGNW eingenommen. Das KrPflG und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflA-PrV) sind zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten.

Diese neuen Regelungen bringen einen Paradigmenwechsel in der Pflegeausbildung in mehrfacher Hinsicht mit sich. Die theoretische Ausbildung wird von Fächern auf „Lernfelder“ umgestellt, in denen anhand praxisorientierter Lernziele die dazu gehörenden fachlichen Aspekte integrativ vermittelt werden sollen. Darüber hinaus wird der Anteil der praktischen Ausbildung im Krankenhaus zugunsten der theoretischen Ausbildung sowie der praktischen Ausbildung in Pflegebereichen außerhalb des akutstationären Bereichs – insgesamt um circa ein Drittel – reduziert. Weiterhin wird die Ausbildung, die die Berufsbilder Krankenpflege und Kinderkrankenpflege umfassen kann, in den ersten zwei Jahren einheitlich vermittelt. Erst im dritten Ausbildungsjahr erfolgt die Differenzierung nach den beiden Berufsbildern.

Das MGSFF hat diese umfangreichen strukturellen Änderungen zum Anlass genommen, mit einer Reihe von Erlassen die Umsetzung sehr schnell und in seinem Sinne voranzutreiben.

Zeitdruck

Das MGSFF hat von allen Schulen mit sehr knapper Fristsetzung die curriculare Umsetzung des neuen Lernfeldkonzepts verlangt. Darüber hinaus wurden den Schulen kurzfristig dezidierte Nachweise abverlangt, um die Einhaltung der neuen Anforderungen in personeller, struktureller und räumlicher Hinsicht zu belegen. Die Schulen konnten diesem Handlungsdruck, der zu massiver Kritik führte, nur unter großer Mühe nachkommen. Da das MGSFF allerdings im Falle der Nichterfüllung der genannten Auflagen die staatliche Anerken-

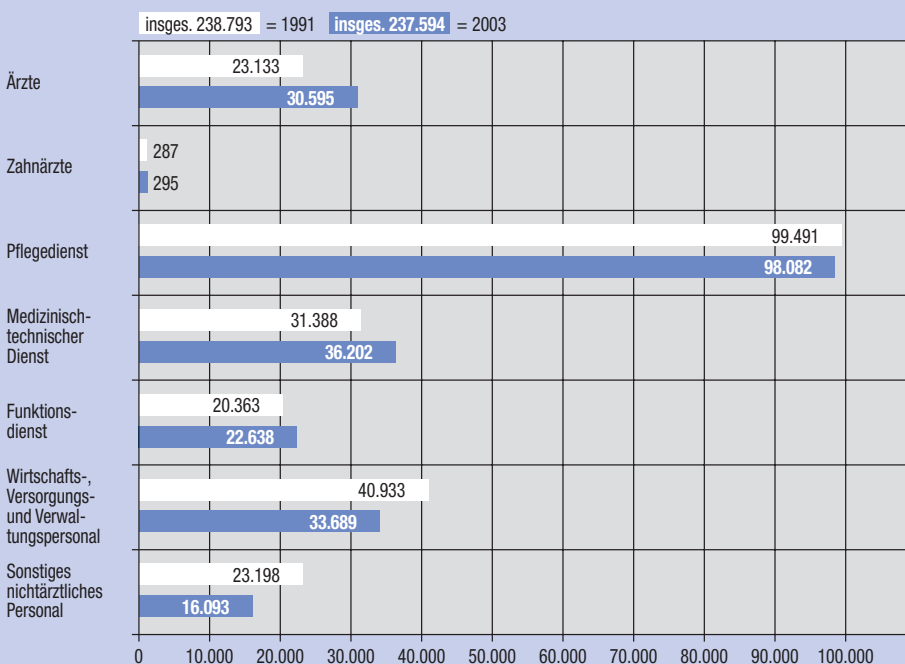
nung der Schulen ausdrücklich in Frage gestellt hatte, waren die Schulen letztlich gezwungen, den Vorgaben des Ministeriums zu entsprechen, um den Beginn der bereits eingerichteten neuen Kurse und damit die gesamte Ausbildung nicht zu gefährden.

„Vorhaltestunden“

Weiterhin hat das MGSFF von den Schulen verlangt, über die im Gesetz verlangten 2.100 Theoriestunden hinaus weitere 200 so genannte „Vorhaltestunden“ einzuplanen. Diese Vorgabe, für die es weder eine rechtliche Grundlage noch eine praktische Notwendigkeit gab, ist bundesweit einmalig. Das MGSFF hat auch hier mit der Drohung, den Schulen die staatliche Anerkennung zu entziehen, ein weitestgehendes „Wohlverhalten“ der Schulen erzwungen. Viele

Umsetzung des Krankenpflegegesetzes in NRW

Krankenhauspersonal nach Berufsgruppen 1991/2003



Quelle: Statistisches Jahrbuch und Statistische Berichte. Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2003. LDS NRW, Jahrg. 1993, eigene Berechnungen

Umsetzung des Krankenpflege- gesetzes in NRW

Schulen haben auch davon abgesehen, die Forderung des Ministeriums im Wege des Widerspruchsverfahrens juristisch in Frage zu stellen.

„Schüler mischen“

Weiterhin hat das MGSFF gefordert, dass trotz der in den ersten zwei Ausbildungsjahren einheitlichen Ausbildungsinhalte die Schüler der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege in den Kursen zu „mischen“ seien. Hierzu wird auf die Begründung zum Entwurf der KrPflAPrV Bezug genommen, die von „gemeinsamen Unterrichts- und Ausbildungsveranstaltungen“ spricht.

Nach Auffassung des MGSFF führt dies auch dazu, dass die Ausbildung an „solitären“ Krankenpflege- bzw. Kinderkrankenpflegesschulen nicht mehr in Betracht kommt. Für den Fall, dass Schüler nicht in diesem Sinne „gemischt“ werden, wird auch in diesem Fall der Entzug der staatlichen Anerkennung angedroht. Die Bezirksregierungen haben sich gegenüber den Schulen um eine möglichst moderate Umsetzung bemüht.

Die KGNW und diverse Spitzenverbände haben an diesem Erlass des MGSFF, der als rechtswidrig erachtet wird, massive Kritik geübt. Die KGNW hat darüber hinaus ihre Position gegenüber dem zuständigen Landesministerium deutlich gemacht und allen betroffenen Schulen empfohlen, gegen die entsprechenden Auflagen den Rechtsweg zu beschreiten; dies ist zwischenzeitlich auch von einigen Schulen erfolgt.

Schließlich hat das MGSFF zum Jahreswechsel schriftlich gegenüber der KGNW und den Bezirksregierungen klargestellt, dass das „Mischen“ von Schülern nicht zwingend erforderlich sei, obwohl man es trotzdem für geboten halte. Weiterhin hieß es in dem Schreiben, dass auch die Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung, die 2003 im Erlasswege für verbindlich erklärt worden war, nur als „Option“ anzusehen und jede Unterrichtsorganisation zulässig sei.

Mehrkosten aufgrund des neuen KrPflG (§ 17a Abs. 3 KHG)

Hinsichtlich der durch die Umstellungen der Krankenpflegeausbildung veranlassten Mehrkosten hatte das MGSFF eine „Gutachterliche Stellungnahme“ veröffentlicht und sich zu einzelnen Kostenpositionen auf Beträge festgelegt. In einer Reihe anderer Kostenpositionen blieb eine Festlegung allerdings offen und sollte in den Budgetverhandlungen thematisiert werden.

In Verhandlungen zwischen der KGNW, den Spitzen- und Zweckverbänden der Krankenhäuser, dem MGSFF und den Kostenträgern in NRW konnte ein Einvernehmen über die als „Mehrkosten“ anzusetzenden Positionen erzielt werden. Strittig blieb aber, ob über die Erhöhung des Stellenschlüssels von 1 : 7 auf 1 : 9,5 hinaus (§ 17a Abs. 1 S. 2 KHG) überhaupt Mehrkosten angesetzt werden dürfen oder diese Erhöhung abschließend sei.

Die KGNW hat nach § 17a Abs. 3 KHG die Auffassung vertreten, dass Mehrkosten angesetzt werden dür-

fen und hat zusammen mit einem Zweckverband hierzu eine Anfrage an das BMGS gerichtet. Auch die Arbeitsgruppe zu § 17a der Landesgeschäftsführer teilt diese Auffassung einhellig. Das BMGS hat in seiner Antwort vom 1. Dezember 2004 die Auffassung der KGNW im Wesentlichen bestätigt. Auch dort ist man der Auffassung, dass mit der Erhöhung des Stellenschlüssels ausschließlich die durch die verringerten Praxiszeiten verursachten Arbeitsausfälle der Schülerinnen und Schüler kompensiert werden sollen, aber „weitergehende Mehrkosten ... nach § 17a Abs. 3 KHG ... pflegesatzfähig“ seien. Diese Auffassung teilt nach Aussage des BMGS auch die Kostenträgerseite.

DKI-Studie zur Arbeitszeitorganisation

Im Februar 2004 wurde die Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zur Arbeitszeitorganisation im Krankenhaus vorgestellt. Die Studie unterstreicht die Bedeutung einer effizienten Arbeitszeitgestaltung für die Krankenhäuser und für die Mitarbeiter in den Kliniken. Hierbei rücken insbesondere bis in den Abend dauernde Servicezeiten, die durch versetzte Dienste abgedeckt werden, in den Vordergrund. Bereitschaftsdienste werden auch weiterhin als notwendig erachtet. Nach der Studie ist in Abhängigkeit vom Umfang der Wochenarbeitszeit zwischen 38,5 und 48 Stunden ein Personalmehrbedarf im ärztlichen Dienst von zwischen 6.700 und 18.700 Vollkräften und ein finanzieller Mehrbedarf von € 540 Mio. anzusetzen.

Geplante Novellierung der EU-Arbeitszeit-Richtlinie

Die Europäische Kommission hat Anfang des Jahres 2004 einen Vorschlag zur Überarbeitung der Europäischen Arbeitszeit-Richtlinie 93/104/EWG – die im Jahr 2004 zudem als Richtlinie 2003/88/EG veröffentlicht wurde – vorgelegt. Der Vorschlag sieht vor, den Bereitschaftsdienst als Arbeitszeitform in die Richtlinie neu aufzunehmen. Danach soll die während des Bereitschaftsdienstes geleistete Arbeitszeit als Arbeitszeit und die dabei anfallende „inaktive Zeit“ nicht als Arbeitszeit gewertet werden.

Darüber hinaus soll die Möglichkeit des „opt out“ stärker reglementiert werden. Die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden soll in einem Ausgleichszeitraum von bis zu einem Jahr erreicht werden können. Unterschreitungen der Mindestruhezeiten sollen in maximal 72 Stunden ausgeglichen werden müssen.

Die KGNW und die DKG haben den Entwurf grundsätzlich begrüßt und nach Inkrafttreten der Richtlinie eine zügige Änderung des Arbeitszeitgesetzes gefordert, aber vor zu großem Formalismus beim „opt out“ gewarnt.

Umsetzung des Planungsgrundsatzes 12 des Krankenhausplans NRW

Auf Vorschlag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (MGSFF) hat sich eine vom Landesauschuss für Krankenhausplanung eingesetzte Arbeitsgruppe auf Empfehlungen verständigt, wie der

*Geplante
Novellierung der
EU-Arbeitszeit-
Richtlinie*

*DKI-Studie zur
Arbeitszeit-
organisation*

*Umsetzung des
Planungsgrund-
satzes 12 des
Krankenhausplans
NRW*



KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer (rechts) dankt seinem Vorgänger im Präsidentenamt der KGNW, Dr. Rudolf Kösters, dessen Amtsperiode im Jahr 2003 auslief, für seine langjährige ehrenamtliche Tätigkeit in herausragender Position der KGNW.

Umsetzung des § 17a KHG (Finanzierung der Ausbildung)

Planungsgrundsatz 12 des Krankenhausplanes NRW (Ausbildungsplatzkapazitäten für die nichtärztlichen Heil- und Gesundheitsberufe) umgesetzt werden kann.

Diese mit Vertretern der Krankenhausesseite und der Krankenkasse paritätisch besetzte Arbeitsgruppe hatte mit Unterstützung der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) in Dortmund für den Landesausschuss Parameter für die Bedarfsplanung in der Krankenpflegeausbildung erarbeitet. Grundlage dieses Modells ist eine zunächst an allen nordrhein-westfälischen Krankenhäusern durchgeführte Vollerhebung zur Ausbildung in den Pflegeberufen sowie der Aufbau eines „Einrichtungspanel Krankenhäuser NRW“, mit dem ausschließlich quantitative Daten für die Entwicklung des Modells erfasst werden.

Dem Landesausschuss für Krankenhausplanung wurde am 11. Mai 2004 ein Modell als Beratungsergebnis vorgelegt, das die tatsächliche Inanspruchnahme der genehmigten Ausbildungsplätze (Soll-Ist-Vergleich) darstellt und den bis 2006 zu ermittelnden Bedarf festlegt. Damit wurde dem Anliegen der Krankenhausträger nach Planungssicherheit für einen Zeitraum von drei Jahren Rechnung getragen.

Die konkretisierenden Rahmenvorgaben für den Planungszyklus 2004 bis 2006 und die Festlegung der Plandaten für den Ausbildungsstätten- und Ausbildungsplatzbedarf in den nicht-ärztlichen Heil- und Gesundheitsberufen in Nordrhein-Westfalen wurden in der Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 11. Mai 2004 einstimmig verabschiedet.

Umsetzung des § 17a KHG (Finanzierung der Ausbildung)

Die notwendigen Änderungen des § 17a KHG wurden vom Gesetzgeber im 2. Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) berücksichtigt und damit die gesetzliche Grundlage für die zukünftige Finanzierung der Ausbildungsstätten sowie der Ausbildungsvergütung erheblich verändert. Zugleich ist auf Landesebene in NRW vorgesehen, einen Ausbildungsfonds erst ab dem Jahr 2006 einzurichten.

Vor diesem Hintergrund haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am 22. Juli 2004 gemeinsam festgestellt, dass die Verhandlungen über eine Vereinbarung zu § 17a Abs. 3 S.1 KHG – Finanzierung von

Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen – in der zurzeit gültigen Fassung zwischen der GKV/PKV und der DKG gescheitert sind.

Die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen wird daher nach dem 2. FPÄndG im Jahr 2005 krankenhausespezifisch in einem gesonderten Ausbildungsbudget zwischen den ausbildenden Krankenhäusern und den Kostenträgern auf Landesebene vereinbart. Gegenstände dieser Vereinbarungen sind insbesondere die Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze sowie die Höhe der zusätzlich zu finanzierenden Mehrkosten für die Ausbildungsvergütungen. Ab 2006 ist ein Ausgleichsfonds einzurichten; über die hierzu erforderlichen Regularien verhandeln die Parteien der Selbstverwaltung auf Landesebene ab dem Jahr 2005.

Das zuständige Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF) hat mehrfach darauf hingewiesen, dass für den Fall einer Nichteinigung der Selbstverwaltung die Landesregierung durch Rechtsverordnung entsprechende Regelungen auf Landesebene vorgeben werde. Der Vorstand der KGNW hat am 28. September 2004 die Geschäftsstelle beauftragt, mit den krankenseitig Beteiligten die Eckpunkte für die mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene zu verhandelnden Vereinbarungen zu erarbeiten.

Schulgeld

Einige Schulen im Bereich der MTA- und therapeutischen Ausbil-

dungen erheben ein ergänzendes Schulgeld. Im Gegensatz zu den Ausbildungen für Pflegekräfte und Hebammen ist dies berufsrechtlich zulässig; bei Schulen, die nicht im Krankenhausplan geführt werden, ist die Schulgeldfinanzierung sogar weitestgehend üblich.

Das MGSFF hatte bereits im Vorjahr gedroht, Schulen, die im Krankenhausplan geführt sind und Schulgeld erheben, die Anerkennung zu entziehen, falls sie weiterhin Schulgeld erheben. Die KGNW hat diese Rechtsauffassung des MGSFF in Frage gestellt und scharf kritisiert. Da von dieser Situation aber nur relativ wenige Schulen betroffen sind, haben sich das MGSFF, die Vertreter der betroffenen Schulen und die KGNW am 22. April 2004 darauf verständigt, dass das Schulgeld noch bis Ende 2004 erhoben werden kann. Zudem sei ab 2005 eine Schulgelderhebung im Hinblick auf die gesetzlichen Veränderungen der Ausbildungsfinanzierung (§ 17a KHG) – die seinerzeit den Ausbildungsfonds bereits ab 2005 vorsahen – nicht mehr notwendig. Insoweit könne auch vor dem Hintergrund der Änderung des § 17a KHG durch das 2. FPÄndG von einer ausreichenden Finanzierung ausgegangen werden.

Einrichtungspanel Krankenhäuser NRW

Mit der Datenerhebung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu einem Einrichtungspanel wurden auch 2004 die Angaben ausgesuchter Krankenhäuser zur Personalbestandsermittlung in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern abgefragt. Durch diese Erhe-

**Einrichtungspanel
Krankenhäuser
NRW**

Schulgeld

Ausbildungsplatz- abgabe

bung wurden die Daten zur Krankenhausstatistik ergänzt und unterstützen die berufsspezifischen Informationen über die Gesundheitsfachberufe, die nach § 2 Abs. 1a) KHG mit den Krankenhäusern notwendig verbunden sind. Gleichzeitig können diese Daten auch als Grundlage für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung über einen Ausgleichsfonds nach § 17a KHG ab dem Jahr 2006 herangezogen werden.

Palliativmedizin und Hospizwesen

Palliativmedizin und Hospizwesen

Die KGNW hat im Bereich Palliativmedizin und Hospizarbeit die politischen Initiativen auf Landes- und Bundesebene begleitet und unterstützt.

In der MGSFF-Projektgruppe unter Beteiligung der KGNW waren Schwerpunktthemen die Implementierung integrierter Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der Palliativ-Versorgung, die Ergänzung der Fördervorschriften für Hospize, insbesondere zu den Fragenkomplexen

- wäre eine Schiedsstellenregelung wünschenswert?
- kann eine staatliche Bedarfsplanung sinnvoll sein?
- bedürfen die Finanzierungsregelungen einer Veränderung?
- brauchen Kinderhospizeinrichtungen eigene Finanzierungstatbestände?

sowie die Klärung von Kompetenzen der im Palliativ- und Hospizbereich hauptberuflich und ehrenamtlich Tätigen.

Ärztliche Muster-Weiter- bildungsordnung

Ausbildungsplatzabgabe

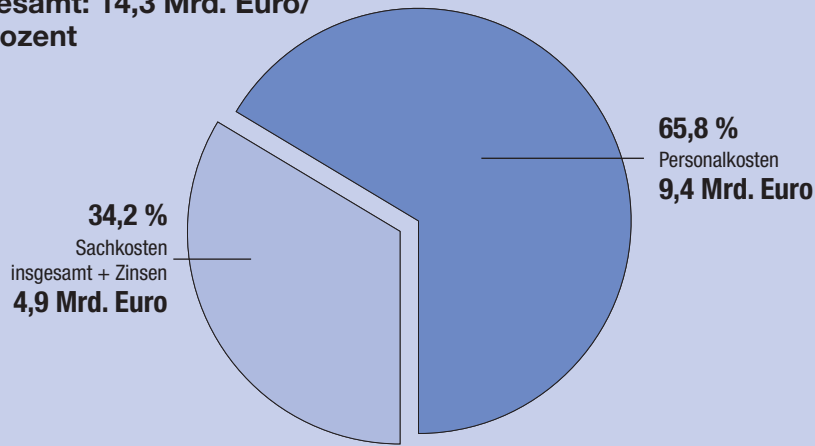
Die Bundesregierung hatte ursprünglich für Betriebe, die eine Ausbildungsquote von sieben Prozent ihrer Beschäftigten nicht erreichen, eine Ausbildungsplatzabgabe geplant. Die KGNW hat zusammen mit der DKG massiv auf eine Ausnahme für den Krankenhausbereich gedrängt, da es dem Krankenhausbereich mit seiner staatlichen Ausbildungsstättenplanung nicht möglich sei, diese 7%-Vorgabe aus eigener Initiative zu erfüllen. Das geplante Gesetz sei ersichtlich an der Berufsschulbildung orientiert und bilde die Strukturen der Ausbildung in den Gesundheitsberufen nicht ab.

Mit dieser Argumentation, für die die zuständigen Bundes- und Landesminister sowie die NRW-Bundestagsabgeordneten sensibilisiert wurden, konnte die KGNW im Rahmen einer abgestimmten Aktion sämtlicher Krankenhausgesellschaften erreichen, dass der Krankenhausbereich insgesamt von der Abgabe ausgenommen wurde.

Ärztliche Muster-Weiterbildungsordnung

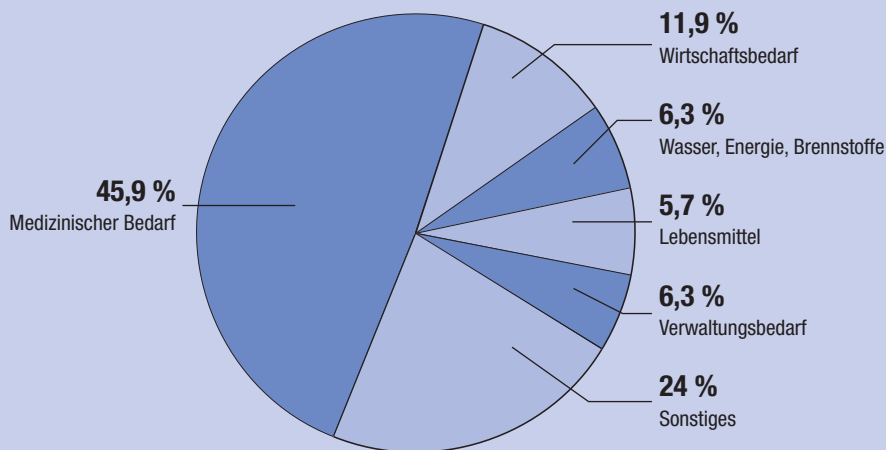
Die Ärztekammer Nordrhein hat im Sommer die weitgehend unveränderte Übernahme der im Jahr 2003 verabschiedeten ärztlichen Muster-Weiterbildungsordnung beschlossen. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat hierüber – entgegen ihrer ursprünglichen Planung – zum Jahresende noch nicht entschieden. Die KGNW hat den Prozess der Umsetzung der Muster-Weiterbildungsordnung von Anfang an kritisch begleitet und 2004 beim MGSFF als Genehmigungsbehörde

Sachkosten/Personalkosten im Krankenhaus in NRW 2003
Insgesamt: 14,3 Mrd. Euro/
in Prozent

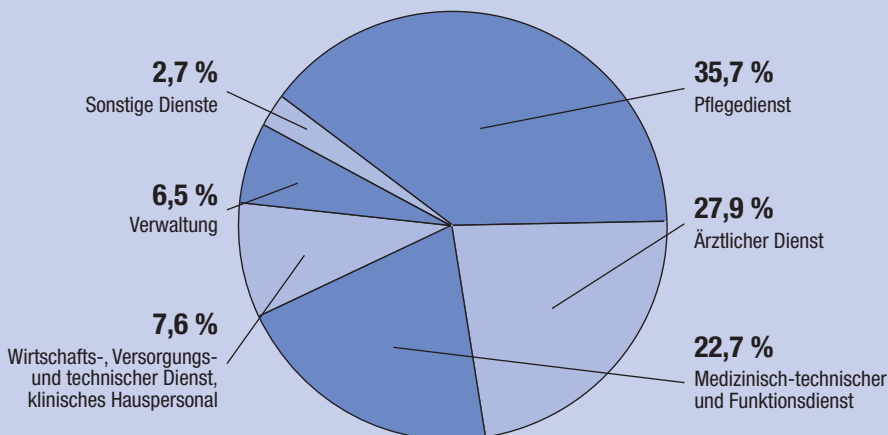


*Sachkosten/
 Personalkosten
 im Krankenhaus
 in NRW 2003*

Sachkosten im Krankenhaus in Prozent in NRW 2003



Personalkosten im Krankenhaus in Prozent in NRW 2003



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS): Statistische Berichte. Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2003; eigene Berechnungen

Hebammenumlage in NRW

erreicht, dass das Genehmigungsverfahren nicht vor 2005 stattfinden wird.

Gründe für den Aufschub waren, dass vorher das nordrhein-westfälische Heilberufsgesetz geändert werden muss und dass wichtige europarechtliche Fragen noch zu klären sind. Die Erfolgsaussichten für eine Intervention der Krankenhausesseite gegen die Umsetzung der ärztlichen Weiterbildungsordnung sind angesichts der politischen Gesamtsituation aber als eher gering einzuschätzen.

Hebammenumlage in NRW

Der in NRW von den Krankenhäusern mit geburtshilflichen Betten erhobene Umlage zur Finanzierung der Hebammenausbildung wurde bereits im April 2002 wegen eines

gesetzgeberischen Versehens die Rechtsgrundlage entzogen. Auf massive Intervention der KGNW wurde die Rechtsgrundlage zur Erhebung einer Hebammenumlage im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur AiP-Abschaffung wiederhergestellt. Damit konnte ein wichtiger Beitrag zur Finanzierung der Hebammenausbildung geleistet werden.

Das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz schließt in Zusammenhang mit der Umsetzung des Ausbildungsfonds gemäß dem novellierten § 17a KHG eine Fortführung der Umlage im Jahr 2005 nicht aus. Das MGSFF geht allerdings davon aus, dass auf die Hebammenumlage im Hinblick auf die Budgetverhandlungen auf der Grundlage des novellierten § 17a KHG im Jahre 2005 verzichtet werden kann.

Rechts- und Vertragsangelegenheiten

Die Tätigkeiten im Referat IV wurden im Jahr 2004 in hohem Maße durch das zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) mit seinen tiefgreifenden Änderungen und Auswirkungen auf alle Bereiche des Krankenhauswesens geprägt.

Praxisgebühr

Bereits Ende des Jahres 2003 waren die Eckpunkte einer Rahmenempfehlung zur Einziehung der Praxisgebühr im Krankenhaus in der Diskussion. Der endgültige Abschluss der Rahmenvereinbarung zwischen den GKV-Spitzenverbänden, der DKG und der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zog sich jedoch bis zum April 2004 hin. Auch nach Abschluss der Rahmenvereinbarung blieben zahlreiche Einzelfragen offen, die auch durch die Intervention der KGNW geklärt werden mussten. Nach dem 1. Juli 2004 ergaben sich jedoch weitere weitgehende Änderungen bei der Erhebung der Praxisgebühr bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus. Zur weiteren Verunsicherung der Krankenhäuser trugen die darüber hinaus bestehenden Ausnahmetatbestände bei der Erhebung der Praxisgebühr, beispiels-

Leiteten die Präsidiums- und Vorstandssitzung der KGNW im Vorfeld der Mitgliederversammlung: KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer (rechts) und KGNW-Geschäftsführer Staatssekretär a. D. Richard Zimmer.

weise bei der Teilnahme an sogenannten Hausarztmodellen sowie Projekten der Integrierten Versorgung, bei.

Transportkosten gem. § 60 SGB V

Ein weiteres Schwerpunktthema war die mit dem GMG verbundene „Verschärfung“ des § 60 GMG bei den Transportkosten. Hier galt es für die Krankenhäuser zu verdeutlichen, dass auch aus der verschärften Fassung des § 60 SGB V nicht ohne weiteres abgeleitet werden kann, dass Transportleistungen automatisch Aufgabe der Krankenhäuser werden, wenn sie nicht in die Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung fallen.

Krankenbehandlung bei Sozialhilfeempfängern

Eine weitere tiefgreifende Änderung des SGB V hat sich bei der Abrechnung stationärer Krankenhausbehandlung bei Sozialhilfeempfängern ergeben. Seit dem 1. Januar 2004 werden aufgrund der Neufassung des § 264 SGB V alle Sozialhilfe-

Transportkosten gem. § 60 SGB V

Praxisgebühr

Krankenbehandlung bei Sozialhilfeempfängern



Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zur Krankenhausplanung

empfänger, die nicht freiwillig versichert sind, sowie alle Asylbewerber, die seit mindestens drei Jahren staatliche Leistungen beziehen, in das SGB V mit einbezogen. Diese Personenkreise können ab dem 1. Januar 2004 eine Krankenkasse wählen, die ihnen eine Krankenversicherungskarte ausgibt und die Kosten der Krankenbehandlung übernimmt. Damit sind sie den gesetzlich Versicherten vollumfänglich gleichgestellt und haben ebenfalls vor Beginn einer Behandlung ihre Krankenversicherungskarte vorlegen. Für die genannten Leistungskreise gelten somit alle Abrechnungsregelungen gegenüber der GKV. Weiterhin müssen diese Personengruppen seitdem ebenfalls die Praxisgebühr entrichten, soweit keine Befreiungsbescheinigung vorgelegt wird.

Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zur Krankenhausplanung

Mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 14. Januar 2004 (Az.: 1 BVR 506/03) zum

Rechtsschutz des Konkurrenten bei der Aufnahme in den Krankenhausplan war eine tiefgreifende Veränderung im gesamten Bereich der Krankenhausplanung verbunden.

Mit diesem in seiner Reichweite nicht zu unterschätzenden Beschluss hat der erste Senat des Bundesverfassungsgerichts entschieden, dass die Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes – und die hiermit eng verbundene Planaufnahme des konkurrierenden Krankenhauses – eine besondere

Besprechung vor dem Beginn der KGNW-Mitgliederversammlung (Foto links): Verw.-Direktor Dr. Wolfgang Holz, Ev. Krankenhaus Düsseldorf (links) und Geschäftsführer Gerd Wengeler, Ev. Krankenhaus Bethesda zu Duisburg und stv. Vorsitzender des KGNW-Hauptausschusses.

(Foto rechts): Beigeordneter Dr. Martin Klein, Landkreistag Nordrhein-Westfalen (rechts), und Lutz Decker, Städtetag Nordrhein-Westfalen.



Grundrechtsbetroffenheit begründe. Diese mache es erforderlich, dem konkurrierenden Bewerber hiergegen zeitnahen Rechtsschutz im Wege der Drittanfechtung zu eröffnen. Nur durch die zeitnahe Möglichkeit der Drittanfechtung könne die Rechtslage für alle Beteiligten verbindlich geklärt werden, bevor öffentliche Mittel zur Investition bewilligt werden. Für die Zulassung einer Konkurrentenklage im Wege der Drittanfechtung spreche auch, dass die Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan in aller Regel nicht isoliert, sondern immer auch unter Berücksichtigung gleichzeitig vorliegender anderer Bewerbungen zu erfolgen habe. Es müsse hier festgestellt werden, welches der beteiligten Krankenhäuser nach den maßgeblichen Kriterien am besten geeignet sei. Damit hat die Kammer des Bundesverfassungsgerichts anerkannt, dass die Bewerbung zweier Krankenhäuser auf begrenzte Bettenplätze sich nicht erkennbar von der Konkurrenzsituation unterscheide, in denen nach inzwischen gefestigter verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung eine Konkurrenzplanung zugelassen werden muss.

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts korreliert mit der Verschärfung der Wettbewerbssituation der Krankenhäuser untereinander und der Verschärfung der wirtschaftlichen Zwänge, die immer mehr in den Vordergrund treten. Diese sich verschärfende Konkurrenzsituation ist auch in zahlreichen anderen Bereichen erkennbar wie bei den Disease-Management-Programmen sowie der Ausweisung der Brustzentren in NRW.



Kompetent und mitreißend bei seiner Gastrede bei der KGNW-Mitgliederversammlung zum Thema „Krankenhauspolitik zum Jahreswechsel 2004–2005“: DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers.

Abrechnung von Leistungen gem. § 115 a SGB V

Die Konkurrenzsituation der Krankenhäuser gegenüber dem niedergelassenen vertragsärztlichen Sektor wurde auch in der Frage der Abrechnung von Leistungen im Zusammenhang mit der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115 a SGB V deutlich.

Einzelne Kassenärztliche Vereinigungen wiesen gegenüber den abrechnenden Vertragsärzten darauf hin, dass Voruntersuchungen im Zusammenhang mit der Verordnung einer Krankenhausbehandlung zum prästationären Leistungsbereich nach § 115 a SGB V gehörten. Von Vertragsärzten erbrachte ärztliche Leistungen seien ausschließlich direkt mit dem Krankenhaus und nicht zu Lasten der Gesamtvergütung abzurechnen. Dieser Grundsatz gelte auch im

Abrechnung von Leistungen gem. § 115 a SGB V

Zusammenhang mit der Einführung von DRG's, da die entsprechenden Kosten für die prä- und poststationäre Versorgung von Fallpauschalen eingerechnet worden sei. Darüber hinaus sind – möglicher-

weise auch durch die entsprechenden Informationen der KVen motiviert – Vertragsärzte an die Krankenhäuser herantreten, um von den DRG-Erlösen der Krankenhäuser Anteile zu erhalten.

Interessierte Zuhörer der Redebeiträge während der KGNW-Mitgliederversammlung.

weise auch durch die entsprechenden Informationen der KVen motiviert – Vertragsärzte an die Krankenhäuser herantreten, um von den DRG-Erlösen der Krankenhäuser Anteile zu erhalten.

Die KGNW hat sich diesem Anliegen sehr massiv entgegengestellt und u. a. die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe auf die geltenden Gesetze sowie Verträge auf Bundes- und Landesebene hingewiesen. Hiernach existiert eine eindeutige Verpflichtung des Vertragsarztes, vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung zunächst durch eine diagnostische Abklärung – ggf. auch durch Über-

weisung an andere Vertragsärzte – festzustellen, ob das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für den Patienten noch mit Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung erreicht werden kann oder ob im Ergebnis tatsächlich eine Verordnung von Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

Darüber hinaus hat die KGNW darauf hingewiesen, dass für die Krankenhäuser die Abrechnung von Leistungen nach § 115 a SGB V durch die Einführung der DRG's und die Regelungen des GMG in erheblichem Maße eingeschränkt worden sind. Die Abrechnung von vorstationärer Behandlung neben einer Fallpauschale ist gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ausgeschlossen und die Berechnung einer nachstationären Behandlung ist grundsätzlich darauf beschränkt, dass die Summe aus den stationären Belegungstagen und der vor- und nachstationären Belegungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt.

Zur Abgrenzung der Zuständigkeiten für Leistungen zwischen dem Bereich der Vertragsärzte und den Krankenhäusern bei der stationären Behandlung hat die KGNW darauf hingewiesen, dass allein die stationäre Aufnahme nicht als maßgebliches Kriterium für eine Zuordnung zur ambulanten und stationären Versorgung eines Versicherten herangezogen werden kann. Dies ist vielmehr eine Entscheidung, die unter Beachtung der medizinischen Aspekte des jeweiligen Einzelfalles nach den Grundsätzen des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil des BSG vom 22. Juni 1994, Az.: 6 RKA 34/93) zu treffen ist. Bei der Zuordnung der



Leistung zur ambulanten oder stationären Versorgung ist auf den Zweck und die Funktion der erbrachten Leistung abzustellen.

Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten

Anlass zu Diskussionen mit den niedergelassenen Ärzten ergaben sich aus den von Krankenhäusern geplanten Kooperationen mit „Konsiliarärzten“, denen oftmals Aufgaben übertragen werden sollten, die deutlich über das klassische Spektrum eines Konsiliararztes hinausgehen. Nach einer Vorschrift des § 36 Abs. 2 Satz 2 KHG NRW sind in Nordrhein-Westfalen die Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten, die weder belegärztlich noch hauptamtlich im Krankenhaus tätig sind, auf ergänzenden Untersuchungen und Behandlungen beschränkt. Die KGNW hat darauf hingewiesen, dass in der Gesetzesbegründung zu § 140 b SGB V in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) eine ausdrückliche Förderung der integrierten sektorenübergreifenden Versorgung vorgesehen ist. In der Gesetzesbegründung zu § 140 b SGB V wird ausdrücklich ausgeführt, dass die sich aus dem Zulassungsstatus einzelner Leistungserbringer ergebenden Zulassungsbeschränkungen nicht in die Abwicklung der integrierten Versorgung hineinzunehmen sind. Die Beteiligten in der Integrierten Versorgung müssen Absprachen treffen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Ausmaß die einzelnen Leistungserbringer bei der Durchführung der Integrierten Versorgung Leistungen auch unabhängig von ihrem Zulassungsstatus erbringen.

Aufgrund der Rangfolge der Gesetze bzw. der übergeordneten Bedeutung des SGB V wirkt sich nach Einschätzung der KGNW § 36 KHG NRW zumindest im Rahmen von Verträgen zur Integrierten

Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten



Im Pausengespräch der Mitgliederversammlung: Geschäftsführer Gerold Eckardt, Allgem. Krankenhaus Viersen und Vorsitzender des KGNW-Fachausschusses für Personalwesen (links), und Vorstandsvorsitzender Dietgrim Reene, Landesverband der Privatkrankenhäuser NRW.

Versorgung gem. §§ 140 ff. SGB V nicht aus. Im Ergebnis ist daher nach Auffassung der KGNW durchaus eine Einbeziehung niedergelassener Vertragsärzte im Rahmen des ambulanten Operierens gem. § 115 b SGB V möglich, soweit dies auf der Grundlage eines entsprechenden Vertrages zur Integrierten Versorgung gem. §§ 140 ff. SGB V geschieht.

Wahlleistung Unterkunft

Wahlleistungs- vereinbarungen

Landesvertrag gem. § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

Wahlleistung Unterkunft

Nahtlos fortgesetzt haben sich auch im Jahr 2004 die Auseinandersetzungen in Bezug auf die Erbringung der Wahlleistung Unterkunft zwischen Krankenhäusern und den Privaten Krankenversicherungen. Zahlreichen Häusern ist es nach wie vor noch nicht gelungen, mit dem PKV-Verband eine abschließende Einigung über die Höhe der Wahlleistungsentgelte zu erzielen. Kernprobleme des „Einstufungsverfahrens“ stellen die von der PKV geforderte hohe Nachweispflicht, die Bemessung der Komfortelemente Qualität im Rahmen der Preisspanne sowie auch die zögerliche Handhabung der PKV dar.

Ein weiteres schwerwiegendes Problem war, dass der PKV-Verband jegliche Erhöhung des Basisprei-

ses, die über die Anpassung in Höhe der Veränderungsrate hinausgeht, nicht akzeptieren wollte. Als Argumente wurden vom PKV-Verband die fehlende Mitwirkung der PKV bei den Pflegesatzverhandlungen sowie eine nach ihrer Einschätzung bestehende Anbindung an die Höhe der Veränderungsrate genannt.

Die KGNW hat demgegenüber stets darauf hingewiesen, dass die Einbeziehung der Veränderungsrate bei der Bezugsgröße Unterkunft aus pflegesatztechnischen Gründen sachfremd ist. Zwischenzeitlich ist eine Reihe von Verfahren vor den Zivilgerichten anhängig, in denen betroffene Krankenhäuser eine Erhöhung des Basispreises aufgrund entsprechender Budgetvereinbarungen gerichtlich geltend machen.

Wahlleistungs- vereinbarungen

In seinen Urteilen vom 27. November 2003 (Az.: 3 ZR 37/03) sowie vom 8. Januar 2004 (Az.: 3 ZR 375/02), die für die Krankenhäuser erfreulich sind, hat der Bundesgerichtshof zu den Forderungen nach einer vorherigen Unterrichtung des Patienten bei der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen ein Informationsblatt ausdrücklich befürwortet, das von der DKG erstellt wurde.

Landesvertrag gem. § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

Ein zentrales Aufgabengebiet waren die Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Landesvertra-



Freudiges Wiedersehen auf Landesebene bei der KGNW-Mitgliederversammlung: Dr. Rudolf Kösters, DKG-Vizepräsident und Präsidiums- und Vorstandsmitglied der KGNW (links), und DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers.

ges gem. § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“. Den bisherigen Landesvertrag haben die Verbände der Krankenkassen am 8. April 2003 gekündigt.

Seit Dezember 2003 hatte die KGNW in Verhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen angestrebt, dass der derzeit noch gültige Landesvertrag über den Kündigungszeitpunkt hinaus bis zum Inkrafttreten des neu zu verhandelnden Landesvertrages weiterwirkt. Es konnte jedoch keine Einigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen erzielt werden.

Zum Jahreswechsel 2003/2004 wurde der KGNW der Vorschlag der Verbände der Krankenkassen zur Neufassung des Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V übersandt. Bis Ende März versuchte die KGNW in weiteren Verhandlungen mit den Verbänden der Krankenkassen, einen tragfähigen Kompromiss mit den Verbänden der Krankenkassen auszuhandeln. Auch ein in der letzten Verhandlungsrunde am 30. März 2004 von der KGNW vorgelegtes „Kompromisspapier“ wurde von den Verbänden der Krankenkassen als nicht verhandlungsfähig angesehen. Auch konnten sich die Verbände der Krankenkassen nicht dazu erklären, nunmehr einheitlich mit der KGNW die Weiterwirkung des Landesvertrages bis zum Abschluss eines neuen Landesvertrages festzustellen.

Die KGNW erklärte deshalb an diesem Verhandlungstermin das Scheitern der Verhandlungen gegenüber den Landesverbänden

der Krankenkassen. Parallel neben der Vorbereitung des Entwurfes eines Antrages an die Landesschiedsstelle hat die KGNW – zum Teil mittelbar über die Zweckverbände – die Krankenhäuser bei den Budgetvereinbarungen bzw. der Formulierung zwingend vorgeschriebener Regelungen zur Sicherung einer zeitnahen Zahlung der Krankenhausvergütung unterstützt.

Die KGNW hat darüber hinaus die Mitgliedskrankenhäuser über die weitere Vorgehensweise nach dem Ablauf der einjährigen Kündigungsfrist des Landesvertrages am 9. April 2004 informiert. Soweit den Krankenhäusern noch keine genehmigte Budgetvereinbarung für das Jahr 2004 vorliegt, ergeben sich nach Auffassung der KGNW bis zum Abschluss eines neuen Landesvertrages bzw. zur Festsetzung eines neuen Landesvertrages durch die Schiedsstelle § 114 SGB V zum Regelungsbereich des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V keine Änderungen.

Steuerliche Behandlung der Krankenhäuser

Die nordrhein-westfälische Finanzverwaltung verschärfte ihre sich bereits im Jahre 2003 abzeichnende Prüfungspraxis gegenüber den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern im Rahmen von Betriebsprüfungen. Dies hat die KGNW Ende des Jahres 2003 veranlasst, eine entsprechende Umfrage in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern durchzuführen.

In den Rückmeldungen wurden als Kernprobleme die von den Finanzämtern vorgenommene Heraus-

Steuerliche Behandlung der Krankenhäuser

Fehlbelegungsprüfung gem. § 17 c KHG

lösung profitabler Teile aus dem Krankenhausbetrieb und die Zusammenfassung des Krankenhausbetriebs zu einem fiktiven wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb deutlich.

Die Ergebnisse der Umfrage zur steuerlichen Behandlung von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen wurden in den zuständigen Gremien der KGNW erörtert. Daraufhin wurde kurzfristig eine Arbeitsgruppe „Steuerliche Behandlung der Krankenhäuser“ konstituiert. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, neben einer aktuellen Bestandsaufnahme, Strategien für eine Unterstützung der Argumentation der Krankenhäuser gegenüber der Finanzverwaltung zu entwickeln und die gesamte Fragestellung auf der politischen Ebene zu platzieren.

Im Verlauf des Jahres 2004 weitete sich die Steuerproblematik für die Krankenhäuser flächendeckend in NRW aus. Da hierdurch Auswirkungen auf andere Bundesländer befürchtet wurden, hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft aufgrund der bundesweiten Bedeutung diese Fragestellung auf Bundesebene thematisiert.

Die ursprüngliche KGNW-Arbeitsgruppe wurde deshalb in die Zuständigkeit der DKG überführt, um für alle Bundesländer eine entsprechende Abstimmung der Strategien gegenüber der Finanzverwaltung bzw. den einzelnen Finanzministerien sicherzustellen. Von der DKG soll nunmehr auf der Grundlage eines umfassenden Positionspapiers zu allen aktuellen Steuerproblemen neben einer Abklärung mit den zuständigen Oberfinanzdirektionen unmittelbar

Kontakt auch mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie dem Bundesministerium für Finanzen aufgenommen werden. Diese Maßnahmen beziehen sich im Übrigen auch auf die Umsatzsteuerrichtlinie 2005, die ebenfalls massive Änderungen zu Lasten der Krankenhäuser vorsieht.

Fehlbelegungsprüfung gem. § 17 c KHG

Ende des Jahres 2003 informierte die KGNW ihre Mitgliedskrankenhäuser über das Prüfverfahren bei Fehlbelegungen nach § 17 c KHG. Die KGNW wies die Krankenhäuser darauf hin ihre Dokumentation zeitnah an die Prüfkriterien zur Begutachtung von Krankenhausfällen anzupassen, um künftige Streitigkeiten zu vermeiden. Es zeichnete sich ab, dass der MDK unabhängig von dem Abschluss der Verhandlungen auf der Bundesebene zu dem Vereinbarungstext auf diese Kriterien zurückgreifen würde.

Im April 2004 haben sich die DKG und die Spitzenverbände der Kostenträger auf den Abschluss der Rahmenempfehlungen gem. § 17 c Abs. 4 Satz 9 KHG geeinigt. Die Rahmenempfehlung ist zum 15. April 2004 in Kraft getreten und die Prüfungen nach dieser Vereinbarung dürfen alle Behandlungsfälle mit dem Aufnahmedatum ab dem 15. April 2004 umfassen. Sie gilt nach § 17 c Abs. 4 Satz 10 KHG bis zum Abschluss einer Regelung durch den auf der Landesebene zu bildenden Schlichtungsausschuss.

Eine Schlichtungsvereinbarung auf der Landesebene einschließlich

einer entsprechenden Geschäftsordnung hat sich im Verlaufe des Jahres 2004 mehrfach verzögert, da die Verbände der Krankenkassen vor Einleitung des Unterschriftenverfahrens noch Änderungsbedarf geltend machten. Nunmehr steht jedoch der Einleitung des Unterschriftenverfahrens nichts mehr entgegen, so dass nach Einschätzung der KGNW die Vereinbarung zeitnah in Kraft treten kann.

Unterrichtung der Versicherten gem. § 305 Abs. 2 SGB V

Zum 1. Oktober 2004 trat die Vereinbarung zwischen den GKV-Spitzenverbänden und der DKG über die Unterrichtung der Versicherten nach § 305 Abs. 2 SGB V in Kraft, nach der die Krankenhäuser die Patienten im Rahmen der Krankenhausaufnahme auf ihr Recht gem. § 305 Abs. 2 SGB V hinweisen sollen. Der Inhalt der sogenannten Patientenquittung ist ein Auszug aus dem Rechnungssatz, der an die Krankenkassen übermittelt wird. Sie erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung und wird dem Patienten nach Maßgabe der gesetzlichen Regelung unentgeltlich auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

Kündigung der Verträge gem. § 115 b SGB V

Die GKV-Spitzenverbände haben am 24. Juni 2004 die Verträge zum ambulanten Operieren gem. § 115 b Abs. 1 SGB V und die daran anknüpfenden Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zu den regelungsbe-

dürftigen Tatbeständen gekündigt. Die außerordentliche Kündigung zum 31. Dezember 2004 wurde begründet mit dem In-Kraft-Treten des neuen EBM zum 1. Januar 2005 und dem angeblichen Ablehnen einer diesbezüglichen Ergänzungsvereinbarung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

Bei Ende des Jahres 2004 liefen intensive Verhandlungen zwischen der DKG und den GKV-Spitzenverbänden, um auch nach dem 1. Januar 2005 eine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit für ambulante Leistungen gem. § 115 b Abs. 1 SGB V sicherzustellen. Es zeichnet sich ab, dass der EBM 2000plus zum 1. April 2005 eingeführt wird. Für diesen Fall haben die GKV-Spitzenverbände, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Bereitschaft erklärt, die bisher gültigen Verträge zu § 115 b SGB V neben Anlagen bis einschließlich 31. März 2005 zu prolongieren. Die DKG hat eine dreiseitige Ergänzungsvereinbarung ausgearbeitet und diese zur Unterzeichnung bereits an die Spitzenverbände der GKV und die KBV versandt.

Durch die Prolongation der bestehenden Verträge zu § 115 b SGB V besteht für die Krankenhäuser während des ersten Quartals 2005 die für die Leistungserbringung und -abrechnung notwendige Rechtssicherheit. Bis einschließlich zum 31. März 2005 können ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe gem. der Anlage 1 des Grundvertrages nach § 115 b SGB V wie bisher durchgeführt und abgerechnet werden.

*Unterrichtung der Versicherten
gem. § 305 Abs. 2 SGB V*

*Kündigung der Verträge
gem. § 115 b SGB V*

**Gerichtsurteile /
Beschlüsse**

Gerichtsurteile / Beschlüsse

Über die nachfolgenden Gerichtsurteile und Beschlüsse sowie ihre Auswirkungen hat die KGNW neben weiteren Themen wie Einschränkungen des GKV-Leistungsangebots und die Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte ausführlich per Rundschreiben informiert:

- **Urteil des Bundesgerichtshofs vom 27. November 2003, Az.: III ZR 37/03 zur Information über die Entgelte und den Inhalt wahlärztlicher Leistungen**
KGNW-Rundschreiben Nr. 009/2004 vom 13. Januar 2004
- **Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. September 2003, Az.: B 6 KA 51/02 R zur Vergütung für Notfallbehandlungen**
KGNW-Rundschreiben Nr. 029/2004 vom 29. Januar 2004
- **Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 14. Januar 2004, Az.: 1 BvR 506/03 zum Rechtsschutz des Konkurrenten bei der Aufnahme in den Krankenhausplan**
KGNW-Rundschreiben Nr. 060/2004 vom 5. März 2004
- **Urteil des Bundesgerichtshofs vom 8. Januar 2004, Az.: III ZR 375/02 zur Information über die Entgelte und den Inhalt wahlärztlicher Leistungen**
KGNW-Rundschreiben Nr. 061/2004 vom 5. März 2004
- **Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 30. September 2003, Az.: S 6 KR 126/03 zu Anforderungen an die Substantiiertheit eines MDK-Gutachtens**
KGNW-Rundschreiben Nr. 062/2004 vom 5. März 2004
- **Urteil des Bundessozialgerichts vom 12. November 2003, Az.: B 3 KR 1/03 R zur Kostenübernahmeerklärung mit Widerrufsvorbehalt**
KGNW-Rundschreiben Nr. 066/2004 vom 5. März 2004
- **Urteil des Bundesgerichtshofs vom 10. Juli 1991, Az.: VIII ZR 296/90 zu Datenschutzrechtliche Bedenken bei Übermittlung der Daten nach § 301 SGB V an eine von der GKV beauftragte Privatfirma**
KGNW-Rundschreiben Nr. 077/2004 vom 10. März 2004
- **Urteil des Landgerichts Berlin vom 6. November 2003, Az.: 16 O 518/03 zur Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten**
KGNW-Rundschreiben Nr. 175/2004 vom 19. Juli 2004
- **Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 13. März 2003, Az.: 6 AZR 557/01 zur Reichweite der Entwicklungsklausel bei Chefarztverträgen**
KGNW-Rundschreiben Nr. 196/2004 vom 6. August 2004
- **Urteil des Bundessozialgerichts vom 4. März 2004, Az.: B 3 KR 4/03 R zur Abgrenzung der voll-/teilstationären von der ambulanten Behandlung im Krankenhaus**
KGNW-Rundschreiben Nr. 197/2004 vom 6. August 2004
- **Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 27. Mai 2004,**

**Az.: S 6 KR 902/02 zur Verjäh-
rung von Vergütungs-
ansprüchen eines Kranken-
hauses gegen eine Kranken-
kasse**

KG NW-Rundschreiben Nr. 211/
2004 vom 30. August 2004

- **Urteil des Bundessozialgerichts
vom 13. Mai 2004, Az.: B 3 KR
18/03 R zur Notwendigkeit
stationärer Krankenhausbe-
handlung**

KG NW-Rundschreiben Nr.
250/2004 vom 15. Oktober 2004

- **Urteil des Bundessozialgerichts
vom 22. Juli 2004, Az.: B 3 KR
20/03 R zur Substantiierungs-
pflicht der Krankenkassen bei
Einwänden gegen Kranken-
hausforderungen**

KG NW-Rundschreiben Nr. 282/
2004 vom 23. November 2004

- **Urteil des Bundesfinanzhofs
vom 15. Juli 2004, Az.: V R
27/03 zur Umsatzsteuerpflicht
von nicht medizinisch indizier-
ten Schönheitsoperationen**

KG NW-Rundschreiben Nr. 286/
2004 vom 29. November 2004

**Heilmittelvertrag
nach
§ 125 SGB V**

**Disease-
Management-
Programme**

Medizin

Die Stabsstelle Medizin unterstützt die Referate I-IV der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in allen medizinischen Fachfragen.

Die zunehmende Spezialisierung der Aufgaben in der KGNW macht es erforderlich, eine fachkompetente Beratung der einzelnen Fachabteilungen vorzuhalten.

Disease-Management-Programme

Die Erarbeitung von Strukturvoraussetzungen für die Teilnahme an Disease-Management-Programmen wird durch die Stabsstelle Medizin unterstützt. Dies geschah im Jahr 2003 für die Diagnosen des Mamma CA'S, Diabetes mellitus Typ II sowie für die Teilnahme am Programm „Koronare Herzerkrankheit“.

Auch die zahlreich eingehenden Anträge der einzelnen Krankenhäuser zur Teilnahme am DMP wurden von der Stabsstelle Medizin inhaltlich und fachlich geprüft. Ein zentraler Bestandteil war dabei die enge Kommunikation der Stabsstelle Medizin mit den antragsstellenden Krankenhäusern. Für alle medizinischen Fachfragen bezüg-

lich der DMP ist die Stabsstelle Medizin Ansprechpartner.

Heilmittelvertrag nach § 125 SGB V

Für den Landesteil Nordrhein wurde zuletzt im April 2001 eine Fortschreibung des Preis- und Leistungsverzeichnisses für den Heilmittelvertrag nach § 125 SGB V vereinbart. Aufbauend auf die Vorarbeiten aus dem Jahre 2003 hat die Stabsstelle Medizin das Leistungsverzeichnis den aktuellen Heilmittelrichtlinien angepasst.

Am 11. November 2004 fand die erste Sitzung der Vertragskommission „Heilmittelrichtlinien für den Landesteil Nordrhein“ im Hause der KGNW statt. Ziel ist es, einen neuen Leistungskatalog gemäß der Heilmittelrichtlinien zu erstellen und die Preise anzupassen.

Weitere Aufgaben der Stabsstelle Medizin sind die Unterstützung bei allen Fragen rund um das Qualitätsmanagement, bei medizinischen Fragen im Bereich neue Vergütungssysteme sowie die Unterstützung der Geschäftsführung bei medizinischen Themenstellungen.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Im Mittelpunkt der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit standen die Begleitung bundesweiter gesundheits- und krankenhauspoltischer Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Landesebene. Die Durchführung öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen, die Neugestaltung des KGNW-Geschäftsberichts und weiterer Veröffentlichungen, der Ausbau der Kontakte zu Vertretern von Institutionen aus dem Gesundheits- und Medienbereich waren weitere Tätigkeitsschwerpunkte.

Pressemitteilungen / Pressekonferenzen

Zentrale Themen, die in Pressemitteilungen und auf Pressekonferenzen thematisiert wurden, waren das Gesetzgebungsverfahren zum

2. Fallpauschalenänderungsgesetz, der Umstieg der Krankenhäuser auf das neue DRG-Vergütungssystem, die Folgen der Budgetierung sowie die Personalsituation in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern. Die Medien wurden außerdem umfassend über die überbordende Bürokratisierung, die Fortschritte der Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Krankenhäusern und die KGNW-Initiativen zur Förderung der positiven Entwicklung im Bereich der Qualitätssicherung informiert.

Gegenüber den Medien wies die KGNW kontinuierlich auf die gesetzlich verordnete Festschreibung der Krankenhausbudgets und die damit verbundenen marginalen Steigerungsraten bis hin zu Nullrunden hin. Die KGNW beschrieb die Folgen der zehnjährigen Budgetierung und die damit ausgelösten gravierenden Finanzprobleme der

Pressemitteilungen / Pressekonferenzen



Gesprächspartner der Medien: (v.l.) Pressesprecher Lothar Kratz, Präsident Dr. Johannes Kramer, Geschäftsführer Staatssekretär a. D. Richard Zimmer, Vizepräsident Pastor Günther Barenhoff.

Kliniken. Es wurden den geringen Steigerungsraten und Nullrunden die Kostenzuwächse im Personal- und Sachkostenbereich sowie weiterer finanzieller Mehrbelastungen – teilweise durch den Gesetzgeber vorgegeben – gegenüber gestellt.



Pressekonferenz in der KGNW-Geschäftsstelle



KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer bei einem Interview für die „Aktuelle Stunde“ des WDR

Die KGNW forderte von der Politik, sich dem größten Problem unseres Gesundheitswesens – den weg brechenden Beitragseinnahmen und der absolut unzureichenden Finanzierung der Krankenhäuser – zu stellen. Eine Beitragsimplosion sei die zentrale Ursache für die ständige Flickschusterei im Gesundheitswesen und keinesfalls eine Kostenexplosion.

Eindringlich hingewiesen wurde auf die Belastungen des Krankenhauspersonals durch notwendige Dokumentationsaufgaben und die Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Über die fortschreitende Bürokratisierung werde mittelbar Personal der Patientenversorgung entzogen und führe zu weiterer Arbeitsverdichtung. Dieser Bürokratisierungswahnsinn müsse eingedämmt und auf gesetzliche Mindestanforderungen zurückgeführt werden, hob die KGNW hervor.

Als Lichtblick bezeichnete die KGNW die zweijährige Übergangsregelung zum neuen Arbeitszeitgesetz. Hier sei die Politik glücklicherweise den Argumenten der Fachleute gefolgt. Die gefundene Übergangslösung habe zunächst einmal das drohende Chaos in den Kliniken verhindert. Es sei aber ein Trugschluss zu glauben, das neue Arbeitszeitgesetz sei kostenneutral und ohne zusätzliches Personal zu realisieren, so die KGNW.

Die KGNW unterstützte die Anstrengungen der Krankenhäuser bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Krankenhaus nachhaltig. Sie hat zu diesem Zweck im Rahmen ihrer Aktivitäten einen Preis für strukturierte Qualitätsberichte der nordrhein-westfäl-

lischen Krankenhäuser ausgelobt und einen Handlungsleitfaden für Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsmethoden im Krankenhaus veröffentlicht.

In einer Pressemitteilung wurden die Aktivitäten zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Öffentlichkeit vorgestellt. Durch diese Maßnahmen will die KGNW erreichen, dass die Krankenhäuser ihren Erfolgskurs bei der Einführung und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen weiter fortsetzen. Die KGNW hob die Vorreiterrolle der Krankenhäuser im Bereich der Qualitätssicherung hervor, die beispielgebend für andere Leistungsbereiche sei.

Außerdem hat die KGNW mit der Veröffentlichung ihres Handlungsleitfadens zu Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsmethoden, der von der Pressestelle mitkonzipiert wurde, der zunehmenden Bedeutung der Qualitätssicherung und dem Mangel vergleichbarer Publikationen Rechnung getragen.

Bei der Pressekonferenz der Ergebniskonferenz „Qualitätssicherung in NRW“ am 30. September 2004 in Düsseldorf hoben Vertreter der KGNW, der gesetzlichen Krankenversicherung und den Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen den immer stärker werdenden Wettbewerb unter den Leistungserbringern hervor. In diesem Wettbewerb entscheide nicht mehr allein die Leistung, sondern auch die Qualität. Das seit drei Jahren gut funktionierende Verfahren, mit dem die Ergebnisse der medizinischen Qualitätssicherung bei der Behandlung im Krankenhaus einheitlich doku-

mentiert und bewertet werden, wurde ausführlich erläutert.

Die Teilnehmer an der Pressekonferenz hoben hervor, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen Wettbewerb von Qualität und Leistung sei und unterstrichen die besondere Bedeutung der strukturierten Qualitätsberichte, die zukünftig von den Krankenhäusern und den Krankenkassen im Internet veröffentlicht werden müssen. Qualitätssicherung könne nur dann erfolgreich sein, wenn ärztlicher Sachverstand ausreichend und paritätisch in den Qualitätssicherungsgremien vertreten sei, wurde betont.

Veranstaltungen / Erster Frühjahrsempfang der KGNW

Zahlreiche Vertreter aus Politik, Verbänden und Institutionen des Gesundheitswesens waren neben NRW-Gesundheitsministerin Birgit Fischer der Einladung der KGNW zu ihrem ersten Frühjahrsempfang am 11. März 2004 nach Düsseldorf ins SAS Radisson Hotel gefolgt. In seiner Begrüßungsansprache betonte KGNW-Geschäftsführer Richard Zimmer, dass die KGNW diesen Empfang zu Frühjahrsbeginn fest im Terminkalender des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens etablieren sowie das Gespräch und den Dialog mit den Partnern im Gesundheitswesen bewusst pflegen und intensivieren wolle.

KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer hob in seinem Statement die Bedeutung der Krankenhäuser als Wirtschaftsfaktor und Arbeitgeber im Land Nordrhein-Westfalen mit einem jährlichen Gesamtumsatz von mehr als zwölf Milliarden Euro

Veranstaltungen / Erster Frühjahrsempfang der KGNW

KGW-FORUM 2004 im swisshôtel Düsseldorf/Neuss

und rund 240.000 Beschäftigten hervor. Dr. Johannes Kramer stellte auf dem Empfang im SAS Radisson Hotel in Düsseldorf die besondere Bedeutung der Krankenhäuser nicht nur für die medizinische Versorgung der Bevölkerung heraus. Die Kliniken seien nicht nur hochqualifizierte und unverzichtbare medizinische Einrichtungen, sondern auch vielfach die größten Arbeitgeber vor Ort und trügen damit zur Stärkung der regionalen Kaufkraft bei.

Mit dem Frühjahrsempfang will die KGNW den mit ihren Partnern im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen begonnenen Dialog vertiefen und intensivieren.

KGW-FORUM 2004 im swisshôtel Düsseldorf/Neuss

Das diesjährige KGNW-FORUM fand am 3. November 2004 mit über 300 Teilnehmern im swisshôtel Düsseldorf/Neuss statt.

Am Vormittag diskutierten zum Thema „Gesundheits- und Krankenhauspolitik – Wohin führt der Weg?“ der Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Dr. Klaus Theo Schröder, Dr. Werner Gerdemann, stv. Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatz-



Diskutieren über die Gesundheits- und Krankenhauspolitik beim KGNW-FORUM: (Rechtes Bild von links) Andreas Storm, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit und Soziale Sicherung der CDU/CSU-Bundestagsfraktion; Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundeärztekammer; Dr. Rudolf Kösters, Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft und KGNW-Präsidiumsmitglied; Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium und Dr. Werner Gerdemann, stv. Vorstandsvorsitzender des VdAK/AEV.

(Linkes Bild) Mindestmengen als zentrales Thema am Nachmittag (von links): KGNW-Geschäftsführer Staatssekretär a. D. Richard Zimmer; Jürgen Malzahn, Vorsitzender des Unterausschusses „Sonstige stationäre Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses; Rudolf Henke, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion Nordrhein-Westfalen; Cornelia Prüfer-Storcks, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen; KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer und Prof. Dr. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster, DRG-Research-Group.

kassen-Verbandes, der Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein Prof. Jörg Hoppe, Andreas Storm, Vorsitzender der Arbeitsgruppe, Gesundheit und Soziale Sicherung der CDU/CSU-Bundesfraktion sowie als Vertreter der Krankenhäuser Dr. Rudolf Kösters, Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft durch Mindestmengen stand im Mittelpunkt der Veranstaltung am Nachmittag. Die Frage, ob Mindestmengen für die Krankenhäuser ein Zukunftsmodell oder ein Irrweg sein könnten, diskutierten nach der Einführung von KGNW-Geschäftsführers Richard Zimmer die Staatssekretärin des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen Cornelia Prüfer-Storcks mit Rudolf Henke, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion Nordrhein-Westfalen, dem Vorsitzenden des Unterausschusses „Sonstige stationäre Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses Jürgen Malzahn, und Prof. Dr. Norbert Roeder von der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster sowie KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer. Moderiert wurde die Veranstaltung von Dr. Uwe Preusker.

Die KGNW betonte auf ihrem FORUM, dass die Krankenhäuser sich zur Einführung des Fallpauschalensystems in den Krankenhäusern, an dessen Entwicklung sie und ihre Vertretungen entscheidend mitgewirkt haben, bekennen würden. Die Einführung des Fallpauschalensystems (DRG-Systems) sei eine der größten Heraus-



Interessierte Zuhörer während der Begrüßungsansprachen beim KGNW-FORUM (von links): Andreas Storm, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit und Soziale Sicherung der CDU/CSU-Bundesfraktion; KGNW-Vizepräsident Karl-Ferdinand Prinz von Thurn und Taxis und der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe.



Von der FDP waren (von links) die gesundheitspolitische Sprecherin Dr. Jana Pavlik, FDP-Landesvorsitzender Dr. Ingo Wolf und Detlef Parr, Mitglied des Bundestages und des FDP-Landesvorstands, zum KGNW-FORUM gekommen.



KGNW-Präsident Johannes Kramer (v. rechts) im Vorfeld der gemeinsamen Podiumsdiskussion des KGNW-FORUMS mit dem Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Dr. Klaus Theo Schröder und Dr. Werner Gerdemann, stv. Vorstandsvorsitzender des VdAK/AEV.

forderungen für die Krankenhäuser in ihrer Geschichte. In keinem anderen Staat werde eine 100prozentige Abbildung der Kranken-



hausleistungen als echtes Abrechnungssystem angestrebt.

Die KGNW forderte die Politik auf, den vorliegenden Entwurf zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz dringend zu korrigieren. Die Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der KGNW mit

- einer Verlängerung der Konvergenzphase auf fünf Jahre,
- der Verringerung des Einstiegs winkels in der Übergangsphase, der Einführung einer Kappungsgrenze für Budgetverluste während der Konvergenzphase von 1 Prozent (2005), 2 Prozent (2006, 2007) sowie 2,5 Prozent (2008, 2009) vom Budget sowie
- einer Individualisierung der vorhandenen Öffnungsklauseln und Zuschlagsregelungen für Krankenhäuser

lägen auf dem Tisch und müssten berücksichtigt werden.

Die Politik müsse die Voraussetzungen für einen behutsameren Umstieg und den Einstieg ins neue Vergütungssystem schaffen, denn das „lernende System“ müsse weiterlernen, unterstrich der KGNW-Präsident die Forderungen der Krankenhäuser. Die Sicherstellung der Patientenversorgung müsse immer im Mittelpunkt stehen und dürfe nicht aufs Spiel gesetzt werden.

Die Situation der Krankenhäuser in NRW diskutierten Michael-Otto Scheffler, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Landtagsfraktion (links), und KNGW-Präsident Dr. Johannes Kramer am Rande des KGNW-FORUMS.

Schiedsstellen nach §§ 18, 18 a KHG

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

Die zurzeit laufende 5. Amtsperiode der Mitglieder und ihrer Stellvertreter sowie auch des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter begann für beide Schiedsstellen am 1. Januar 2002 und endet nach der in § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Schiedsstellen nach § 18 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (SchV-KHG) vorgesehenen vierjährigen Dauer am 31. Dezember 2005.

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

Schiedsstelle-KHG Rheinland

- **Vorsitzender**

Prof. Dr. Meinhard Heinze
(verstorben am 20. Juli 2003)

Prof. Dr. Dr. Wilfried Schlüter
(Nachbenennung ab 27. April 2004)

- **1. Stellvertreter**

Prof. Dr. Raimund Waltermann

- **2. Stellvertreter**

Prof. Dr. Dr. Wilfried Schlüter
(bis einschließlich 26. April 2004)
– das Nachbenennungsverfahren

konnte bis zum Ende des Berichtszeitraumes nicht abgeschlossen werden –

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

- **Vorsitzender**

Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Hamm i. R.
Horst-Werner Schröder

- **1. Stellvertreter**

Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Essen i. R.
Rudi Schmidt

- **2. Stellvertreter**

Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Essen
Dr. Thomas Sommer

Im Berichtszeitraum lagen von der Kostenträgerseite bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland fünf Anträge vor, bei der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe wurden seitens der Kostenträger zwei Anträge eingereicht.

Im Jahr 2004 konnten, wie auch in den Vorjahren, einige Schiedsstellenverfahren nicht zum Abschluss gebracht werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die jeweiligen Parteien die für die Verhandlungen zur Verfügung stehende Zeit bis zum Ende des Pflegesatzzeitraumes längstmöglich nutzten, bevor ein Schiedsstellenantrag eingereicht wurde. Die dann bei Nichteinigung gestellten Schiedsstellenanträge wurden zum Teil zunächst zur Fristwahrung und ohne Begründung eingereicht. Die Nachreichung der Begründung des Antrages sowie die Durchführung des sich in der Regel anschließenden Verfah-

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

Schiedsstelle-KHG Rheinland

Übersicht über die bei den Schiedsstellen nach dem KHG noch aus dem Jahr 2003 anhängigen bzw. im Jahr 2004 eingereichten Anträge sowie über deren Abschluss

Schiedsstelle-KHG Rheinland

● noch anhängige Verfahren aus dem Jahr 2003	Pflegesatzzeitraum 01.01. bis 31.12.2003
– insgesamt	10
– Festsetzungen durch die Schiedsstelle	7
– Vergleiche/Einigungen vor der Schiedsstelle	–
– Rücknahmen durch die Parteien	2
– Verfahren ohne Abschluss	1
● ein im Jahr 2003 für 2004 eingegangener Antrag auf Entscheidung der Schiedsstelle	Pflegesatzzeitraum 01.01. bis 31.12.2004
– Verfahren ohne Abschluss	1
● Widerspruchsverfahren bezüglich Vergütungsfestsetzung der Schiedsstelle gem. § 18 a KHG i. V. m. § 120 Abs. 2 und 4 SGB V (n. F. ab 01. 01. 2003)	
– insgesamt	6
– Zurückweisungen durch die Schiedsstelle	1
– Verfahren ohne Abschluss	5

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

● noch anhängige Verfahren aus dem Jahr 2003	Pflegesatzzeitraum 01.1. bis 31.12. 2003
– insgesamt	6
– Festsetzungen durch die Schiedsstelle	1
– Vergleiche/Einigungen vor der Schiedsstelle	2
– Rücknahmen durch die Parteien	3
– Verfahren ohne Abschluss	–
● im Jahr 2004 eingegangene Anträge auf Festsetzung der Pflegesätze nach § 18 a KHG i. V. m. § 19 BPfIV bzw. i. V. m. § 13 KHEntgG	Pflegesatzzeitraum 01.01. bis 31.12. 2004
– insgesamt	8
– Festsetzungen durch die Schiedsstelle	1
– Vergleiche/Einigungen vor der Schiedsstelle	–
– Rücknahmen durch die Parteien	2
– Verfahren ohne Abschluss	5

rens war oftmals bis zum Jahresende nicht mehr möglich.

Einige Anträge wurden nach Erörterung des Sachverhalts im Rahmen einer mündlichen Verhandlung an die Vertragsparteien zurückverwiesen, da nach Ansicht der Schiedsstelle nicht ausreichend über ein medizinisch leistungsgerechtes Budget nach § 3 Abs. 1 BPfIV verhandelt oder von den Parteien nicht substantiiert vorgetragen worden war. Die den jeweiligen Vertragsparteien durch Beschluss der Schiedsstelle aufgegebene Fortführung der Verhandlungen – unter Berücksichtigung der von der Schiedsstelle zu den einzelnen Streitpunkten gegebenen Hinweise bzw. Auflagen – führte teilweise zur Einigung oder zum Vergleich der Parteien.

Ein wesentlicher Inhaltspunkt der 2004 anhängigen Verfahren war erneut die Geltendmachung von Ausnahmetatbeständen nach § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 BPfIV (vereinbarte Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen) sowie Nr. 2 dieser Vorschrift (zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes) sowie auch die BAT-Berichtigung nach § 6 Abs. 2 BPfIV.

Streitpunkt der bereits 2002 für das Jahr 2003 bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland eingegangenen Anträge auf Festsetzung gem. § 120 Abs. 2 und 4 SGB V stellte die Ermittlung der Höhe der Vergütung für die Hochschulambulanzen (Humanmedizin, Klinische Psychologie, Zahnmedizin) der Universitätskliniken dar.

Hinsichtlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen konkreten Umsetzung der mit Wirkung vom 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Neuregelung der Vergütungsvorschriften nach § 120 SGB V stritten die Vertragsparteien insbesondere darüber, ob die jeweils bestehenden Vereinbarungen lediglich fortzuschreiben oder erst neue vertragliche Grundlagen seitens der Vertragsparteien zu schaffen waren. Darüber hinaus bestanden unterschiedliche Auffassungen der Vertragsparteien zu der Frage der zwingenden Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V für den Bereich der Vergütungsermittlung nach § 120 SGB V.

Gegen die hierzu von der Schiedsstelle größtenteils erst im Rahmen der dritten mündlichen Verhandlung getroffenen Festsetzungsbeschlüsse wurde jedoch in allen Fällen und überwiegend von beiden Seiten Widerspruch eingelegt, um anschließend den Klageweg beschreiben zu können.

Die rechtlich unterschiedlich beurteilte Frage der Erforderlichkeit eines durchzuführenden Vorverfahrens wurde von der Schiedsstelle im Rahmen der ersten mündlichen Verhandlung eines Widerspruchs dahingehend entschieden, dass grundsätzlich vorsorglich ein Widerspruchsverfahren vor der Schiedsstelle durchgeführt wird. Damit sollte vermieden werden, dass möglicherweise später im Rahmen eines laufenden Klageverfahrens noch ein Widerspruchsverfahren nachgeholt werden muss.

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Gemäß der am 9. Juni 1997, in der geänderten Fassung vom 28. November 2003, beschlossenen Satzung gehören neben den Spitzenverbänden die Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) als Mitglieder an. Derzeit sind in der Gesellschaft 348 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31. Dezember 2004). Insgesamt vertritt die KGNW zu diesem Zeitpunkt 440 nordrhein-westfälische Krankenhäuser.

Verbandsmitglieder gemäß Satzung

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

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

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

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

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

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

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

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

Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Liliencronstraße 14
40472 Düsseldorf

Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Straße 1
50663 Köln

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Straße 25–27
48133 Münster

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

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

Städtetag Nordrhein-Westfalen
Lindenallee 13–17
50968 Köln

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

Verbandliche Einzelmitglieder

Berufsgenossenschaftliche Kliniken „Bergmannsheil“
Bürkle de la Camp-Platz 1
44789 Bochum

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg-Bucholz GbR
Großenbaumer Allee 250
47249 Duisburg

Bundesknappschaft
Pieperstraße 14–28
44789 Bochum

Bundesministerium der Verteidigung
Bundeswehrkrankenhaus Hamm
Marker Allee 76
59063 Hamm

**Verbandsmitglieder
gemäß Satzung**

**Verbandliche
Einzelmitglieder**

Deutsche Diabetes-Forschungs-
gesellschaft e.V.
Auf'm Hennekamp 65
40255 Düsseldorf

Hüttenhospital
Am Marksbach 28
44269 Dortmund

Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz
Königsallee 71
40215 Düsseldorf

Mitgliederversammlung

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

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

- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans
- h) Genehmigung der Jahresrechnung
- i) Entgegennahme des Geschäftsberichtes
- j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers
- k) Bestellung der Rechnungsprüfer
- l) Wahrnehmung von der Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben
- m) Auflösung der Gesellschaft

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

7. 12. 2004 in Düsseldorf

Vorstand

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

Präsident:

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH

Mitgliederversammlung

Vorstand

1. Vizepräsident:

Pastor Günther Barenhoff
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen

2. Vizepräsident:

Vorsitzender der Geschäftsführung
Karl Ferdinand Prinz von Thurn und Taxis
MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH,
Köln

Von den Einzelmitgliedern gewählte Mitglieder:

Verwaltungsdirektor Dr. Wilfried Axtner
Stiftung Tannenhof, Remscheid

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Ev. Krankenhaus Lippstadt

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH

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

Kaufmännischer Direktor
Dr. h.c. Manfred Gotthardt
Universitätsklinikum, Münster

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
Dipl.-Kfm. Gert Hamel
Luisenhospital Aachen
(† 21. 09. 2004)

Generalsekretär Dr. Rudolf Kösters
Hospitalgesellschaften der
Franziskanerinnen
zu Münster-St.Mauritz

Geschäftsführer Dieter Korn
St. Marien Krankenhaus Siegen

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

Geschäftsführer Franz-Josef Rehfish
St. Marien-Hospital gGmbH, Düren

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

Geschäftsführer Hans-Werner Schaumann
Märkische Kliniken GmbH, Lüdenscheid

Geschäftsführer Karl Schlaw
Zweckverband kath. Klinikum Duisburg

Von den Verbandsmitgliedern benannte Mitglieder:

Peter Bollermann
Caritasverband für das Bistum Aachen

Dr. Michael Conrads
Diakonisches Werk der Ev. Kirche im
Rheinland

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Gerold Eckardt
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Domkapitular Dieter Geerlings
Caritasverband für die Diözese Münster

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Beigeordneter Dr. Martin Klein
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Landesrat Rainer Kukla
Landschaftsverband Rheinland

Assessor Klaus-Rüdiger Leimbach
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Caritasdirektor Andreas Meiwes
Caritasverband für das Bistum Essen

Assessor Benedikt Merten
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Geschäftsführer Dr. Michael Philippi
Verband der Privatkrankenanstalten
Nordrhein-Westfalen
(bis 06.12.2004)

Ditgrim Reene
Verband der Privatkrankenanstalten
Nordrhein-Westfalen
(ab 7. 12. 2004)

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Ministerialrat Alfred Witt
Ministerium für Wissenschaft und For-
schung des Landes Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsführer Dr. Hans Rossels
(Vorsitzender des Hauptausschusses)
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

Dr. Michael Conrads
(Vorsitzender des Ausschusses für Planung
und Förderung)
Diakonisches Werk der Ev. Kirche
im Rheinland

Geschäftsführer Horst Henke
(Vorsitzender des Fachausschusses
für Krankenhausorganisation)
Klinikum Wuppertal GmbH

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

Geschäftsführer
Staatssekretär a.D. Richard Zimmer
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Sitzungen:

10. 02. 2004 in Düsseldorf (konstituierende
Sitzung)
27. 04. 2004 in Düsseldorf
29. 06. 2004 in Düsseldorf
20. 07. 2004 in Düsseldorf (Sondersitzung)
28. 09. 2004 in Düsseldorf
07. 12. 2004 in Düsseldorf

Präsidium

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

„Das Präsidium hat den Vorstand
in der Erfüllung seiner Aufgaben
durch enge Zusammenarbeit mit
der Geschäftsstelle, insbesondere
durch Vorbereitung der Vorstands-
sitzungen, zu unterstützen. Es hat
dafür zu sorgen, dass die Arbeit
der Gesellschaft nach den Bestim-
mungen der Satzung und den
Beschlüssen des Vorstandes sowie
der Mitgliederversammlung durch-
geführt wird. Ferner wählt das
Präsidium auf Vorschlag des
Geschäftsführers die Hauptrefe-
renten der Geschäftsstelle aus.
Darüber hinaus kann das Präsidium
anstelle des Vorstands in solchen
Angelegenheiten beschließen,
deren Behandlung keinen Aufschub
duldet. Von diesen Beschlüssen
ist dem Vorstand unverzüglich
Kenntnis zu geben; auf Antrag
eines Vorstandsmitglieds sind sie
auf der nächsten Vorstandssitzung
erneut zu behandeln.“

Dem Präsidium gehörten im
Berichtszeitraum an:

Präsident

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH

1. Vizepräsident

Pastor Günther Barenhoff
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen

2. Vizepräsident

Vorsitzender der Geschäftsführung
Karl Ferdinand Prinz von Thurn und Taxis
MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH,
Köln

Präsidium

Hauptausschuss

Geschäftsführendes Präsidialmitglied

Geschäftsführer
Staatssekretär a.D. Richard Zimmer
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Beisitzer:

Dr. Michael Conrads
Diakonisches Werk der Ev. Kirche im
Rheinland

Domkapitular Dieter Geerlings
Caritasverband für die Diözese Münster

Beigeordneter Dr. Martin Klein
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Generalsekretär Dr. Rudolf Kösters
Hospitalgesellschaften der Franzis-
kanerinnen zu Münster-St.Mauritz

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

Sitzungen:

10. 02. 2004 in Düsseldorf (konstituierende
Sitzung)
27. 04. 2004 in Düsseldorf
29. 06. 2004 in Düsseldorf
20. 07. 2004 in Düsseldorf (Sondersitzung)
28. 09. 2004 in Düsseldorf
07. 12. 2004 in Düsseldorf

Hauptausschuss

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

Vorsitzender:

Geschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

Stellv. Vorsitzende:

Assessor Benedikt Merten
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Geschäftsführer Gerd F. Wengeler
Ev. Krankenhaus Bethesda zu
Duisburg gGmbH

Mitglied:

Geschäftsführer
Staatssekretär a.D. Richard Zimmer
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Von den Einzelmitgliedern gewählte Mitglieder:

Verwaltungsdirektor Dr. Wilfried Axtner
Stiftung Tannenhof, Remscheid

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

Geschäftsführer Joachim Finklenburg
Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH

Geschäftsführer Horst Henke
Helios Klinikum Wuppertal

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Köln, Bonn
und Region

Verwaltungsdirektor Dr. Wolfgang Holz
Ev. Krankenhaus Düsseldorf

Geschäftsführer Günter Kempkes
Klinikum Leverkusen gGmbH

Geschäftsführer
Dipl.-Betriebsw. Dieter Korn
St. Marien-Krankenhaus gGmbH Siegen

Geschäftsführer Karl-Josef Krekeler
Prosper-Hospital gGmbH Recklinghausen

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigem. Krankenhäuser
Münsterland und Ostwestfalen

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

Assessor Thomas Nentwig
Arbeitsgemeinschaft kommunaler
Krankenhäuser Westfalens, Dortmund

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Verwaltungsdirektor Helmut Stickdorn
Johannes-Krankenhaus Bielefeld

Geschäftsführer Franz Streyl
Krankenanstalten Gilead gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Peter Tischmann
St. Clemens Hospital Sterkrade gGmbH

Ltd. Krankenhausdirektor a. D.
Hans-Dieter Wille
Arbeitsgemeinschaft Kommunaler
Krankenhäuser Westfalens, Dortmund

Geschäftsführer Hans-Jürgen Winkelmann
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen, Siegen

Von den Verbandsmitgliedern benannte Mitglieder:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Kliniken der Landeshauptstadt
Düsseldorf gGmbH

Kaufm. Direktor Detlef Klimpe
Universitätsklinikum Aachen

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

Landesrat Rainer Kukla
Landschaftsverband Rheinland

Assessor Klaus-Rüdiger Leimbach
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Geschäftsführer Manfred Schröder
Städt. Krankenhäuser Krefeld gGmbH

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

Dr. Michael Stöttler
Diakonie in Südwestfalen gGmbH, Siegen

Harald Wohlfahrt
Klinik für Manuelle Therapie Hamm

Sitzungen:

04. 02. 2004 in Düsseldorf
20. 04. 2004 in Düsseldorf
24. 05. 2004 in Düsseldorf (Sondersitzung)
15. 06. 2004 in Düsseldorf
14. 09. 2004 in Düsseldorf
18. 11. 2004 in Düsseldorf

Fachausschüsse und Kommissionen/ Arbeitsgruppen

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

- **Hauptausschuss**
 - Arbeitsgruppe Heilmittelvertrag
 - Arbeitsgruppe Landesbasisfallwert
 - Arbeitsgruppe zur Verhandlung des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V
- **Fachausschuss für Planung und Förderung**
 - Arbeitsgruppe Krankenhausplanung
- **Fachausschuss für Krankenhausorganisation**
 - Kommission für Umweltschutz im Krankenhaus
 - Kommission Qualitätsmanagement
- **Fachausschuss für Personalwesen**

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

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

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

Hauptausschuss

siehe Organe Seite 70/71

Arbeitsgruppe Heilmittelvertrag

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

Dipl.-Kfm. Martin Heiser
Krankenhauszweckverband Köln, Bonn
und Region

Franz-J. Hübsch
Krankenhaus Sankt Josef, Wuppertal

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus
Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH

Stellv. Geschäftsführer
Hans-Peter Zimmermann
Klinikum Leverkusen gGmbH

Sitzung:

keine

Arbeitsgruppe Landesbasisfallwert

Thomas Figge
Zweckverband der Krankenhäuser des
Ruhrbezirks, Herne

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

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Köln, Bonn
und Region

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Kranken-
häuser Münsterland und Ostwestfalen,
Münster

Geschäftsführer Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Hans-Jürgen Winkelmann
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen, Siegen

Sitzung:

keine

Arbeitsgruppe zur Verhand- lung des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SBG V

Verwaltungsdirektor Dr. Wilfried Axtner
Ev. Stiftung Tannenhof, Remscheid

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

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

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Köln, Bonn
und Region

Geschäftsführer Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der Franzis-
kanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Peter Tischmann
St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH,
Oberhausen

J. Meyer zu Wendischhoff
Krankenanstalten Gilead gGmbH, Bielefeld

Geschäftsführer Gerd F. Wengeler
Ev. Krankenhaus Bethesda zu
Duisburg gGmbH

Sitzungen:

30. 01. 2004 in Düsseldorf
25. 02. 2004 in Düsseldorf
12. 03. 2004 in Düsseldorf
26. 03. 2004 in Düsseldorf
18. 11. 2004 in Düsseldorf

Fachausschuss für Planung und Förderung

Vorsitzender:

Dr. Michael Conrads
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland

a) Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmitglieder:

Geschäftsführer Dr. Johannes Kolf
Krankenhaus Neuwerk „Maria von den Aposteln“ GmbH

Geschäftsführer Franz-Josef Rehfish
St. Marien-Hospital gGmbH, Düren

Krankenhausdirektor Hubert Retzsch
Kreiskrankenhaus Dormagen

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

Geschäftsführer
Hans-Werner Schaumann
Märkische Kliniken GmbH

Geschäftsführer Manfred Witkowski
Ev. Krankenhaus Hamm GmbH

Stellvertretende Mitglieder aus dem Kreis der Einzelmitglieder:

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

Geschäftsführer Günther Kempkes
Klinikum Leverkusen gGmbH

Geschäftsführer Dipl. Betriebsw. Dieter Korn
St. Marien-Krankenhaus gGmbH Siegen
(ab 27. 04. 2004)

Geschäftsführer Heinrich Röwer
St. Josef-Krankenhaus GmbH, Moers

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH,
Bielefeld

Geschäftsführer Karl Schlax
Zweckverband kath. Klinikum Duisburg

b) Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

Marion van der Boeken
Caritasverband für das Bistum Aachen

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Klaus Bremen
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Nordrhein-Westfalen

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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

Kfm. Direktor Reinhold Keil
Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen
(ab 27. 04. 2004)

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Assessor Klaus Rüdiger Leimbach
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn

Ulrike Lubek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Assessor Benedikt Merten
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln

Geschäftsführer Dr. Michael Philippi
Verband der Privatkrankenanstalten Nordrhein-Westfalen

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Heinz Ulbrich
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen

Fachausschuss für Planung und Förderung

Stellvertretende Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

Peter Bollermann
Caritasverband für das Bistum Aachen

Assessorin Antje Chiout-Teske
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von Westfalen

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

Geschäftsführer Gerold Eckardt
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Nordrhein-Westfalen

Kfm. Direktor Arwed Franz
Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen
(ab 27. 04. 2004)

Annemie Frenzel
Landschaftsverband Rheinland

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Wilhelm Henneking
Verband der Privaten Krankenhausanstalten Nordrhein-Westfalen
(ab 27. 04. 2004)

Gernot Hilge
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

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

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Dipl. Betriebswirt Stefan Kentrup
Caritasverband für die Diözese Münster

Beigeordneter Dr. Martin Klein
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Marcus Proff
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln

Geschäftsführer Manfred Sunderhaus
Caritasverband für das Bistum Essen
(ab 27. 04. 2004)

Dipl.-Kfm. Sönke Thomas
Caritasverband für die Diözese Münster
(bis 27. 04. 2004)

c) Sonstige Mitglieder als krankenhausesseitige Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Generalsekretär Dr. Rudolf Kösters
für die Katholische Kirche in Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Landesrat Rainer Kukla
Landschaftsverband Rheinland

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Geschäftsführer
Staatssekretär a.D. Richard Zimmer
Krankengesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Sonstige Mitglieder als Stellvertreter der Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung:

Oberrechtsrat Erich Dömges
für die Katholische Kirche in Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Rechtsanwalt Jörg Meister
Krankengesellschaft Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Dieter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(ab 01. 04. 2004)

Ltd. Kreisverwaltungsdirektor
Hans-Jürgen Thomalla
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Sitzungen:

12. 02. 2004 in Düsseldorf
19. 04. 2004 in Düsseldorf
06. 07. 2004 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe Krankenhausplanung

Mitglieder:

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

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

Assessor Klaus-Rüdiger Leimbach
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Assessor Benedikt Merten
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Geschäftsführer Hans-Werner Schaumann
Märkische Kliniken GmbH

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

Stellvertretende Mitglieder:

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

Frank Düssel
Märkische Kliniken GmbH, Lüdenscheid

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

Sitzung:

keine

Fachausschuss für Krankenhausorganisation

Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Henke
Helios Klinikum Wuppertal

Mitglieder:

Ltd. Verwaltungsdirektor Peter Balzer
Bundesknappschaft
(bis 28. 06. 2004)

Geschäftsführer Clemens Breulmann
Caritasverband für die Diözese Münster

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen
(ab 28. 06. 2004)

Geschäftsführerin Mechthild Greive
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Amtsleiter Joachim Heister
Landschaftsverband Rheinland

Geschäftsführer Dr. Wolfgang Holz
Diakonisches Werk der Ev. Kirche im
Rheinland

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

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Ltd. Verwaltungsdirektor Detlef Klimpe
Ministerium für Wissenschaft und For-
schung des Landes Nordrhein-Westfalen

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Verwaltungsdirektor Rudolf Michel
Caritasverband für das Bistum Aachen

Dipl. Betriebswirt Werner Neubauer
Bundesknappschaft

Geschäftsführer Dr. Michael Philippi
Verband der Privatkrankenanstalten
Nordrhein-Westfalen

Dipl.-Kfm. Marcus Proff
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Dipl.-Sozialw. Klaus Stahl
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Geschäftsführer Manfred Witkowski
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen
(bis 16. 02. 2004)

N.N.
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Sitzungen:

16. 02. 2004 in Düsseldorf
28. 06. 2004 in Düsseldorf
15. 11. 2004 in Düsseldorf

**Fachausschuss
für Krankenhaus-
organisation**

Kommission für Umweltschutz im Krankenhaus

Vorsitzender:

Geschäftsführer Clemens Breulmann
St. Vinzenz-Hospital, Coesfeld

Mitglieder:

Helmut Ahrweiler
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Annegret Deitmar-Hünnekens
Städt. Kliniken Neuss,
Lukaskrankenhaus GmbH

Silvia Hermes
Med. Einrichtungen der Westf.
Wilhelms-Universität, Münster

Dr. Sebastian Lemmen
Universitätsklinikum Aachen

Gerd Schäfer
Berufsgenossenschaftliche Kliniken
„Bergmannsheil“, Universitätsklinik,
Bochum

Sebastian Wandmacher
Helios Klinikum Wuppertal

Verwaltungsleiter Günter Wyppler
Herz- und Diabeteszentrum
Nordrhein-Westfalen,
Bad Oeynhausen

Sitzungen:

14. 01. 2004 in Düsseldorf
21. 09. 2004 in Düsseldorf

Kommission Qualitätsmanagement

Vorsitzender:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Kliniken der Landeshauptstadt
Düsseldorf

Mitglieder:

Dr. med. Axel Hubertus Bürgstein
Marienhospital Brühl

Dr. med. Dirk Kaczmarek
St. Marien-Hospital Buer, Gelsenkirchen

Dr. med. Christian Karl
Bergmannsheil und Kinderklinik Buer
„Bergmannsheil“, Gelsenkirchen

Dr. med. Norbert Köneke
Evangelisches Krankenhaus, Hagen

Dr. med. Peter Lütkes
Universitätsklinikum Essen

Dipl.-Wirtschaftsing. Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln

Elke Wöhrmann
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Jürgen Schaulies
Elisabeth-Krankenhaus, Essen

Dr. med. Christoph Scheu
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen

Geschäftsführerin Bettina Schmidt
Klinikum Dortmund gGmbH
(ab 01. 12. 2004)

Sitzungen:

30. 03. 2004 in Düsseldorf
09. 06. 2004 in Düsseldorf
16. 09. 2004 in Düsseldorf
01. 12. 2004 in Düsseldorf

Fachausschuss für Personalwesen

Vorsitzender:

Geschäftsführer Gerold Eckardt
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:

Geschäftsführer Peter Enders
Verband der Privatkrankenanstalten
Nordrhein-Westfalen
(bis 27. 09. 2004)

Maria Gerlemann
Caritasverband für die Diözese Münster

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Verw.-Direktor Wolfgang Herrmann
Bundesknappschaft

Geschäftsführer Günther Knauer
Verband der Privatkrankenanstalten
Nordrhein-Westfalen
(ab 28. 09. 2004)

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Personalleiter Bernd Leufgens
Caritasverband für das Bistum Aachen

Regierungsdirektor Manfred Nelißen
Ministerium für Wissenschaft und
Forschung des Landes Nordrhein-
Westfalen

Beate Neuhöfer
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Hubert Quadflieg
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Reinhold-Josef Rosing
Klinikum Ibbenbüren gGmbH

Heidemarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Verwaltungsdirektor Harald Schmitz
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Landesverw.-Direktor Martin Skorzak
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Thomas Sopp
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Sitzungen:

02. 03. 2004 in Düsseldorf
26. 05. 2004 in Düsseldorf
11. 11. 2004 in Düsseldorf

Landesausschuss für Krankenhausplanung

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

Mitglieder für die KGNW:

Dr. Michael Conrads
Diakonisches Werk der Ev. Kirche im
Rheinland

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Assessor Benedikt Merten
Diözesan-Caritas-Verband für das
Erzbistum Köln

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
Caritasverband für die Diözese Münster

Geschäftsführer
Staatssekretär a.D. Richard Zimmer
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

stellvertretende Mitglieder für die KGNW:

Marion van der Boeken
Caritasverband für das Bistum Aachen

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

Assessor Klaus-Rüdiger Leimbach
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Landesausschuss für Krankenhaus- planung

Rechtsanwalt Jörg Meister
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Krankenhausdirektor Hubert Retzsch
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Mitglieder für die kommunalen Spitzen- verbände:

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen

Beigeordneter Dr. Martin Klein
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Stellvertretende Mitglieder für die kommunalen Spitzenverbände:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(ab 22. 09. 2004)

Ltd. Kreisverwaltungsdirektor
Hans-Jürgen Thomalla
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
(bis 31. 03. 2004)

Geschäftsführer Heinz Ulbrich
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen

Mitglieder für die Katholische Kirche und die Evangelischen Landeskirchen:

Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn
für die Evangelischen Landeskirchen

Generalsekretär Dr. Rudolf Kösters
für die Katholische Kirche in
Nordrhein-Westfalen

Stellvertretende Mitglieder für die Katholische Kirche und die Evangelischen Landeskirchen:

Oberrechtsrat Erich Dömges i.K.
für die Katholische Kirche in
Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Manfred Witkowski
für die Evangelischen Landes-
kirchen

Mitglieder für die Landschaftsverbände:

Landesrat Rainer Kukla
Landschaftsverband Rheinland

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Stellvertretende Mitglieder für die Land- schaftsverbände:

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Ulrike Lubek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Sitzungen:

23. 03. 2004 in Düsseldorf (MGSFF)
11. 05. 2004 in Düsseldorf (MGSFF)
12. 07. 2004 in Düsseldorf (MGSFF)
06. 12. 2004 in Düsseldorf (MGSFF)

Landespflegegesetzsausschuss

Zur Beratung über Pflegegesetz-
fragen wurde auf Landesebene
nach § 25 Abs. 1 BPfIV ein Pflege-
gesetzsausschuss gebildet. Die
zuständige Landesbehörde führt
die Geschäfte des Ausschusses.

Dem Landespflegegesetzsausschuss nach § 25 BPfIV gehörten im Berichtszeitraum seitens der KGNW als Mitglieder an:

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

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigemeinnütziger Kranken-
häuser Münsterland und Ostwestfalen

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

Geschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

Geschäftsführer
Staatssekretär a.D. Richard Zimmer
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Stellvertreter der krankenhauseitigen Mitglieder:

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

Geschäftsführer
Dipl.-Betriebsw. Dieter Korn
St. Marien-Krankenhaus Siegen

Geschäftsführer Karl-Josef Krekeler
Prosper-Hospital Recklinghausen
Geschäftsführer

Rechtsanwalt Jörg Meister
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Dipl.-Betriebsw. Hermann Nientiedt
St. Marien-Krankenhaus Ahaus/
Vreden GmbH

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

Sitzung:

18. 03. 2004 in Duisburg (MGSFF)

Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV

In einem Spitzengespräch zwischen
Vertretern der Kostenträgerseite
(Spitzenverbände der Gesetzlichen
Krankenversicherung auf Landes-
ebene – GKV) und der Krankenhaus-
gesellschaft Nordrhein-Westfalen

am 04. 02. 1993 wurde vereinbart,
eine gemeinsame Arbeitsgruppe
KGNW/GKV mit maßgeblicher
Repräsentanz zur Konkretisierung
der gemeinsamen Auftragserfüllung
auf Landesebene zu bilden.

KGNW-seitige Mitglieder:

Geschäftsführer
Staatssekretär a.D. Richard Zimmer
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Assessor Klaus Rüdiger Leimbach
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Köln, Bonn
und Region

Geschäftsführer Franz Streyl
Krankenanstalten Gilead gGmbH

Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen

Gast:

Geschäftsführer Gerd F. Wengeler
Ev. Krankenhaus Bethesda zu
Duisburg gGmbH

Sitzung:

keine

**Gemeinsame
Arbeitsgruppe
KGNW/GKV**

**Landesverträge
für Nordrhein-
Westfalen**

**Landesverein-
barungen und
Empfehlungen**

Übersicht der seit 1989 abgeschlossenen Landesverträge, Vereinbarungen und Empfehlungen

Landesverträge für Nordrhein-Westfalen

- **Novellierung des Landesvertrags nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V**
Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung
seit 01.01.1997 in Kraft
KGNW-RS Nr. 100/97 vom 22.04.1997
- **Ergänzung des Landesvertrags zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V**
Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19.08.1998
seit 1.10.1998 in Kraft
KGNW-RS Nr. 274/98 vom 01.12.1998
- **§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V**
Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung
vom 06.03.1991
seit 01.07.1991 in Kraft
KGNW-RS Nr. 24/92 vom 04.02.1992
- **§ 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V**
Verfahrensgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen vom 11.07.1991
seit 01.09.1991 in Kraft
KGNW-RS Nr. 108/92 vom 04.06.1992
- **§ 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V**
Soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus
vom 06.03.1991
seit 01.07.1991 in Kraft
KGNW-RS Nr. 24/92 vom 04.02.1992
- **§ 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V**
Übergang zur Rehabilitation
vom 10.12.1990
seit 01.01.1991 in Kraft
KGNW-RS Nr. 144/91 vom 09.07.1991, Nr. 166/91 vom 07.08.1991
- **§ 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V**
Übergang zur Pflege vom 11.07.1991
seit 01.09.1991 in Kraft
KGNW-RS Nr. 108/92 vom 04.06.1992
- **§ 275 a Abs. 2 SGB V**
Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme vom 09.07.1993
seit 01.01.1994 in Kraft
KGNW-RS Nr. 127/93 vom 15.07.1993
- **§ 275 a SGB V**
Protokollnotiz vom 02.05.1994 zur Vereinbarung vom 09.07.1993
seit 01.01.1994 in Kraft
- **§ 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V**
Belegarztwesen/Praxiskliniken vom 09.09.1996
seit 01.10.1996 in Kraft
KGNW-RS Nr. 19/97 vom 17.01.1997
- **§ 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V**
Unterrichtung und Überlassung von Krankenhausunterlagen vom 10.12.1990
seit 01.01.1991 in Kraft
KGNW-RS Nr. 19/91 vom 22.01.1991
- **§ 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V**
Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung vom 22.03.1994
seit 01.07.1994 in Kraft
KGNW-RS Nr. 295/94 vom 10.11.1994
- **§ 115 Abs. 2 Nr. 5 SGB V**
Ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus vom 10.05.1994
seit 01.01.1994 in Kraft
KGNW-RS Nr. 295/94 vom 10.11.1994

Landesvereinbarungen und Empfehlungen

- **§ 115 b SGB V**
Vereinbarung über einen einheitlichen Punktwert für ambulante Operationsleistungen im Krankenhaus für NRW vom 01.03.1994
seit 01.01.1994 in Kraft
KGNW-RS Nr. 119/94 vom 16.05.1994
- **§ 115 b SGB V**
Vereinbarung zu § 3 Landespflegegesetz NW – Unmittelbarer Übergang von der Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen ambulanten Pflege – sowie Protokollnotiz zu § 3 Abs. 2 dieser Vereinbarung vom 30.06.1999
seit 01.07.1999 in Kraft
KGNW-RS Nr. 96/00 vom 05.04.2000

- **§ 115 b SGB V**
Vereinbarung zu § 3 Landespflegegesetz NW – Unmittelbarer Übergang von der Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen vollstationären Pflege/Kurzzeitpflege – sowie Protokollnotiz zu § 3 Abs. 2 dieser Vereinbarung vom 31.08.1999
seit 01.09.1999 in Kraft
KGNW-RS Nr. 96/00 vom 05.04.2000
- **§ 16 Abs. 1 BpflV**
Punktwertvereinbarung für das Jahr 2001 mit Genehmigung des MFJFG vom 23.01.2001 wirksam;
KGNW-RS Nr. 33/2001 vom 26.01.2001 und Nr. 34/2001 vom 29.01.2001
- **§ 125 SGB V**
Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein vom 23.04.1991
seit 01.01.1991 in Kraft
KGNW-RS Nr. 75/91 vom 03.04.1991, Nr. 122/91 vom 05.06.1991 und Nr. 168/91 vom 09.08.1991
- **Aktuelle Preisliste zum Heilmittelvertrag Nordrhein**
Geltung 01.07.2001 bis 31.12.2001
KGNW-RS Nr. 123/2002 vom 03.05.2002
- **Heilmittelvertrag für den Landesteil Westfalen-Lippe** vom 27.06.1990
seit 01.10.1990 in Kraft
- **Empfehlungsvereinbarung zwischen den Pathologen in Nordrhein und der KGNW über Gebühren für histologische Untersuchungen bei stationärer Behandlung**
(zuletzt angepasst am 12.12.1996)
vom 01.01.1997 bis 31.12.1997 in Kraft
KGNW-RS Nr. 309/96 vom 19.12.1996
- **Vereinbarung über Sonderentgelte für die Behandlung von Blutern gemäß § 16 Abs. 2 i.V.m. § 11 Abs. 2 Satz 3 BpflV in Nordrhein-Westfalen**
vom 19.08.1998
seit 01.01.1999 in Kraft
KGNW-RS Nr. 23/99 vom 25.01.1999
zuletzt geändert am 01.02.2001
KGNW-RS Nr. 165/2001 vom 23.05.2001
gekündigt am 31.12.2003
KGNW-RS Nr. 200/2003 vom 27.06.2003
- **Vertrag über die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in NRW**
vom 12.03.2002
seit 01.01.2002 in Kraft
KGNW-RS Nr. 113/2002 vom 29.04.2002

Name und Sitz

Zweck und Aufgaben

Mitglieder

Satzung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

– beschlossen am 09.06.1997, in der geänderten Fassung vom 28.11.2003 –

§ 1 Name und Sitz

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

§ 2 Zweck und Aufgaben

- (1) Die Gesellschaft ist der Zusammenschluss der Träger von Krankenhäusern und ihrer Spitzenverbände im Land Nordrhein-Westfalen. Sie hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - a) auf eine der Würde des Menschen verpflichtete, humane, bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und finanziell abgesicherte Versorgung durch eigenverantwortlich tätige Krankenhäuser mit pluraler Trägerstruktur hinzuwirken;
 - b) die Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen, die gemeinsamen Interessen der angeschlossenen Krankenhäuser zu vertreten sowie den Austausch von Erfahrungen und Informationen auf dem Gebiete des Krankenhauswesens zu fördern;
 - c) Stellungnahmen zu Krankenhausfragen zu erarbeiten und gegenüber Parlamenten, Regierungen, Behörden und anderen Institutionen abzugeben;

- d) Parlamente, Regierungen, Behörden und andere Institutionen bei der Vorbereitung und Durchführung von das Krankenhauswesen betreffenden Rechtsvorschriften zu beraten;
- e) Mitwirkungsrechte und -pflichten wahrzunehmen;
- f) die Mitglieder über Entwicklungen und Entscheidungen im Krankenhauswesen zu informieren und sie in Grundsatzfragen zu beraten;
- g) die Fortbildung von Mitarbeitern der Krankenhäuser zu unterstützen.

- (2) Die Gesellschaft nimmt die ihr im Rahmen der Selbstverwaltung des Krankenhauswesens durch Gesetz oder Verordnung übertragenen Aufgaben wahr. Sie ist insbesondere berechtigt, Empfehlungen zu vereinbaren und Verträge abzuschließen, die unmittelbar Rechte und Pflichten für die Einzelmitglieder begründen. Die Gesellschaft ist auch berechtigt, sich an Gesellschaften oder Gremien zu beteiligen, die aufgrund von festgelegten oder konsentierten Kriterien Entscheidungen über die Teilnahme von Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen an Maßnahmen oder Programmen für die Versorgung der Bevölkerung im ambulanten oder stationären Bereich in Nordrhein-Westfalen treffen.
- (3) Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung.
- (4) Mittel der Krankenhausgesellschaft dürfen nur für die satzungszungsgemäßen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln der Gesellschaft. Keine Person darf durch Ausgaben, die dem Zweck der Gesellschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden.

§ 3 Mitglieder

- (1) Als Mitglieder können der Gesellschaft Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen einschließlich der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe für ihre Kliniken und

die Universitätskliniken (im Folgenden als Einzelmitglieder bezeichnet) sowie ihre Spitzenverbände, die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe und das für die Universitätskliniken zuständige Fachministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (im Folgenden als Verbandsmitglieder bezeichnet) angehören. Spitzenverbände sind die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der Landesverband der Privatkrankenanstalten.

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

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitglieder

- (1) Jedes Mitglied hat das Recht, an den Mitgliederversammlungen teilzunehmen und die Einrichtungen der Gesellschaft in Anspruch zu nehmen.
- (2) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Gesellschaft bei der Erfüllung ihrer satzungsgemäßen Aufgaben in jeder Weise zu unterstützen und den im Rahmen der

Satzung gefassten Beschlüssen, insbesondere der Umsetzung der nach § 2 geschlossenen Vereinbarungen, nachzukommen.

- (3) Die im Rahmen der Selbstverwaltung des Krankenhauswesens durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Gesellschaft abgeschlossenen Vereinbarungen begründen unmittelbar Rechte und Pflichten für die Einzelmitglieder als Träger von Krankenhäusern.

§ 5 Mitgliedsbeiträge

- (1) Zur Deckung der Aufwendungen der Gesellschaft werden von den Einzelmitgliedern Jahresbeiträge erhoben. Zur Finanzierung besonderer Vorhaben oder zur Beseitigung finanzieller Schwierigkeiten der Gesellschaft können von den Beitragspflichtigen Umlagen erhoben werden.
- (2) Die Jahresbeiträge und Umlagen werden von der Mitgliederversammlung festgesetzt. Das Nähere regelt eine von der Mitgliederversammlung zu beschließende Beitragsordnung.

§ 6 Außerordentliche Mitglieder

- (1) Die im Lande Nordrhein-Westfalen bestehenden Zweckverbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenhausträger können außerordentliche Mitglieder der Gesellschaft werden.
- (2) Über die Aufnahme außerordentlicher Mitglieder entscheidet der Vorstand.
- (3) Außerordentliche Mitglieder haben das Recht, mit beratender Stimme an den Mitgliederversammlungen teilzunehmen und Einrichtungen der Gesellschaft zu benutzen. Sie haben Anspruch auf Zusendung der Druckschriften, Rundschreiben und sonstigen allgemeinen Verlautbarungen der Gesellschaft.
- (4) Vertreter der außerordentlichen Mitglieder können auf Vorschlag der Mitglieder der Gesellschaft unter Beachtung des

Mitgliedsbeiträge

Außerordentliche Mitglieder

Rechte und Pflichten der Mitglieder

Organe

Mitgliederversammlung

jeweils vorgesehenen Verfahrens in den Hauptausschuss gewählt und in Ausschüsse berufen werden. In diesem Fall haben sie als Mitglied der genannten Gremien Stimmrecht.

- (5) Außerordentliche Mitglieder können zu einem jährlichen Beitrag herangezogen werden.
- (6) Auf die außerordentlichen Mitglieder finden die Vorschriften des § 3 Abs. 3 und 4 sinngemäß Anwendung.

§ 7 Organe

Organe der Gesellschaft sind:

- a) Mitgliederversammlung
- b) Vorstand
- c) Präsidium
- d) Hauptausschuss.

§ 8 Mitgliederversammlung

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

- a) Änderung der Satzung
- b) Festlegung der Grundsätze für die Arbeit der Gesellschaft sowie Entscheidung über Grundsatzfragen
- c) Wahl des Präsidenten und von zwei Vizepräsidenten gemäß § 9 Abs. 4 der Satzung
- d) Wahl der aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung

- e) Wahl der Mitglieder und des Vorsitzenden des Hauptausschusses gemäß § 11 der Satzung
- f) Beitragsordnung und Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und Umlagen gemäß § 5 sowie der Beiträge gemäß § 6 der Satzung
- g) Genehmigung des Wirtschaftsplans
- h) Genehmigung der Jahresrechnung
- i) Entgegennahme des Geschäftsberichtes
- j) Entlastung des Vorstandes, des Präsidiums und des Geschäftsführers
- k) Bestellung der Rechnungsprüfer
- l) Wahrnehmung von der Gesellschaft gesetzlich übertragenen Aufgaben
- m) Auflösung der Gesellschaft

- (2) Jedes Mitglied entsendet in die Mitgliederversammlung einen stimmberechtigten Vertreter. Stimmberechtigte Vertreter können ihre Stimmen auf einen anderen Stimmberechtigten schriftlich übertragen.

- (3) In der Mitgliederversammlung wird ein Gesamtstimmrecht gebildet, das sich wie folgt zusammensetzt:

Den Einzelmitgliedern stehen 75 v.H. und den Verbandsmitgliedern 25 v.H. des Gesamtstimmrechts zu.

Auf jedes Einzelmitglied gemäß § 3 Abs. 1 1. Halbsatz entfällt für jedes Krankenhaus mit eigenem Feststellungsbescheid gemäß § 18 KHG NRW je eine Stimme je angefangene 25 Mio. Euro des nach Abs. 4 gemeldeten Budgets (Erlöse aus Pflegesätzen, vor- und nachstationärer Behandlung, Fallpauschalen und Sonderentgelten). Die Höchstzahl beträgt fünf Stimmen je Krankenhaus.

Der auf jedes Verbandsmitglied gemäß § 3 Abs. 1 2. Halbsatz entfallende Stimmenanteil ergibt sich aus dem Verhältnis der Summe der Stimmrechte der dem jeweiligen Verband angeschlossenen Einzelmitglieder zu der Summe der Stimmrechte aller verbandsangehörigen Einzelmitglieder.

Die Summe der auf die Verbandsmitglieder entfallenden Stimmenanteile bildet 25 v.H. des Gesamtstimmrechts.

- (4) Die Einzelmitglieder haben bis zum 30. September eines jeden Jahres der Geschäftsstelle die Erlöse aus Pflegesätzen, vor- und nachstationärer Behandlung sowie Fallpauschalen und Sonderentgelten des Vorjahres zu übermitteln. Auf dieser Grundlage sind von der Geschäftsstelle gemäß Abs. 3 die jeweiligen Stimmen der Einzelmitglieder sowie die jeweiligen Stimmen der Verbandsmitglieder für die Mitgliederversammlungen des der Meldung folgenden Jahres zu ermitteln.
- (5) Die Mitgliederversammlung wird vom Präsidenten nach Bedarf, mindestens einmal im Jahr einberufen. Sie ist ferner einzuberufen, wenn Mitglieder, die zusammen über mindestens einen Stimmenanteil von 20 v. H. des Gesamtstimmrechts verfügen oder 40 Einzelmitglieder oder 5 Verbandsmitglieder dies unter Angabe der Verhandlungspunkte beantragen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens drei Wochen vor der Mitgliederversammlung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Mitgliederversammlung mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen. Die Mitgliederversammlung kann aus einem nicht öffentlichen und aus einem öffentlichen Teil bestehen.
- (6) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Präsident.
- (7) Beschlüsse der Mitgliederversammlung nach § 8 Abs. 1 Buchstabe a) bedürfen einer Mehrheit von zwei Drittel der Stimmen der Mitglieder der Gesellschaft. In diesem Fall ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn mindestens 75 v. H. der Stimmen vertreten sind. In einer ordnungsgemäß einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen mit einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

Beschlüsse der Mitgliederversammlung nach § 8 Abs. 1 Buchstabe b), l) und m) bedürfen einer Mehrheit von 75 v. H. der abgegebenen Stimmen. In diesen Fällen ist die Mitgliederversammlung

beschlussfähig, wenn mindestens 75 v. H. der Stimmen vertreten sind. In einer ordnungsgemäß einberufenen zweiten Versammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen beschlossen werden, wenn in der Einladung zur zweiten Versammlung ausdrücklich auf dieses Verfahren hingewiesen worden ist.

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

- (8) Bei der Beschlussfassung wird offen abgestimmt. Es ist namentlich oder geheim abzustimmen, wenn Mitglieder, die zusammen über mindestens einen Stimmenanteil von 20 v. H. des Gesamtstimmrechts verfügen oder 40 Einzelmitglieder oder 5 Verbandsmitglieder dies beantragen. Ein Antrag auf geheime Abstimmung hat Vorrang. Wahlen werden, wenn niemand widerspricht, durch offene Abstimmung, sonst durch Abgabe von Stimmzetteln vollzogen. Im Übrigen gibt sich die Mitgliederversammlung selbst ihre Geschäftsordnung.
- (9) Beschlüsse der Mitgliederversammlung sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie des Abstimmungsergebnisses und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.

§ 9 Vorstand

- (1) Der Vorstand beschließt über die Angelegenheiten, die ihm die Satzung zuweist oder die ihm die Mitgliederversammlung überträgt.
- (2) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:

Vorstand

- a) Vorbereitung der Mitgliederversammlung
 - b) Wahl des Nachfolgers eines vorzeitig ausscheidenden Präsidenten oder Vizepräsidenten für den Rest der Wahlperiode
 - c) Berufung der Beisitzer des Präsidiums
 - d) Berufung des Geschäftsführers auf Vorschlag des Präsidiums
 - e) Bildung und Auflösung von Ausschüssen gemäß § 13, Berufung der Mitglieder sowie der Vorsitzenden der Ausschüsse
 - f) Erlass von Bestimmungen über die Finanzwirtschaft sowie das Kassen- und Rechnungswesen der Gesellschaft
 - g) Beschlussfassung über den Ankauf, die Veräußerung und Belastung von Grundstücken sowie über die Aufnahme von Darlehen
 - h) Aufnahme von Mitgliedern
 - i) Vorbereitung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung
 - j) Beschlussfassung zu Verträgen auf Empfehlung des Hauptausschusses
 - k) Benennung von Vertretern der Gesellschaft in Institutionen, wenn die Mitwirkung der Gesellschaft durch Rechtsvorschrift oder daraus abgeleiteten Vereinbarungen vorgesehen ist
 - l) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Vorstands
 - m) Vorschlagsrecht zur Besetzung des Hauptausschusses.
- (3) Der Vorstand besteht je zur Hälfte aus von der Mitgliederversammlung gewählten Vertretern der Einzelmitglieder und aus benannten Mitgliedern. Das Benennungsrecht für je einen Vertreter im Vorstand haben:
- Spitzenverbände, sofern ihnen in Nordrhein-Westfalen mindestens sieben Krankenhausträger angeschlossen sind,
 - der Landschaftsverband Rheinland
 - der Landschaftsverband Westfalen-Lippe
 - das für die Universitätskliniken zuständige Fachministerium des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Vorstandsvertreter sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Die Amtsdauer beträgt drei Jahre.
- (4) Dem Vorstand gehört zusätzlich der von der Mitgliederversammlung auf drei Jahre zu wählende Präsident an. Die beiden Vizepräsidenten werden von der Mitgliederversammlung aus dem Kreise der Vorstandsmitglieder gewählt.
- (5) Der Vorstand kann anstelle der Mitgliederversammlung in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist den Mitgliedern unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Mitgliedes sind sie auf der nächsten Mitgliederversammlung erneut zu behandeln.
- (6) Der Vorstand wird vom Präsidenten nach Bedarf einberufen. Den Vorsitz führt der Präsident. Der Vorstand ist einzuberufen, wenn mindestens 25 v.H. der Vorstandsmitglieder dies unter Angabe der Verhandlungspunkte verlangen. Einladung und Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Vorstandssitzung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Vorstands mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.
- (7) Beschlüsse des Vorstands nach § 9 Abs. 2 Buchstabe j) bedürfen einer Mehrheit von 75 v.H., alle anderen Beschlüsse einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die vom Beschluss abweichende Auffassung eines Mitglieds ist auf dessen Antrag in die Sitzungsniederschrift aufzunehmen. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Vorstandsmitglieder anwesend ist. Ist eine Angelegenheit wegen Beschlussunfähigkeit zurückgestellt worden und wird der Vorstand zur Verhandlung über denselben Gegenstand einberufen, so ist er ohne

Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig. Bei der zweiten Ladung muss auf diese Bestimmung ausdrücklich hingewiesen werden.

- (8) Die Beschlüsse der Vorstandssitzung sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.

§ 10 Präsidium

- (1) Das Präsidium hat den Vorstand in der Erfüllung seiner Aufgaben durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, insbesondere durch Vorbereitung der Vorstandssitzungen, zu unterstützen. Es hat dafür zu sorgen, dass die Arbeit der Gesellschaft nach den Bestimmungen der Satzung und den Beschlüssen des Vorstandes sowie der Mitgliederversammlung durchgeführt wird. Ferner wählt das Präsidium auf Vorschlag des Geschäftsführers die Hauptreferenten der Geschäftsstelle aus. Darüber hinaus kann das Präsidium anstelle des Vorstandes in solchen Angelegenheiten beschließen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Von diesen Beschlüssen ist dem Vorstand unverzüglich Kenntnis zu geben; auf Antrag eines Vorstandsmitglieds sind sie auf der nächsten Vorstandssitzung erneut zu behandeln.
- (2) Dem Präsidium gehören der Präsident, die beiden Vizepräsidenten sowie bis zu fünf vom Vorstand aus dessen Mitte zu wählende Beisitzer an. Der Geschäftsführer gehört als geschäftsführendes Präsidialmitglied ohne Stimmrecht zusätzlich dem Präsidium an. Den Vorsitz führt der Präsident.
- (3) Das Präsidium ist Vorstand im Sinne des § 26 BGB. Zur rechtsverbindlichen Vertretung zeichnet der Präsident und einer der Vizepräsidenten oder das geschäftsführende Präsidialmitglied gemeinsam. In Vertretung des Präsidenten kann auch einer der Vizepräsidenten zeichnen.

- (4) Das Präsidium wird vom Präsidenten einberufen. Einladung und Tagesordnung müssen mindestens zwei Wochen vor der Sitzung versandt werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen eine Sitzung des Präsidiums mit abgekürzter Einladungsfrist von wenigstens drei Tagen einberufen.
- (5) Das Präsidium beschließt mit Stimmenmehrheit. Beschlüsse, die das Präsidium anstelle des Vorstandes fasst, bedürfen der Zweidrittelmehrheit. Das Präsidium ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder des Präsidiums anwesend ist. Ausnahmsweise kann auch schriftlich abgestimmt werden.
- (6) Beschlüsse des Präsidiums sind unter Angabe von Ort, Tag und Zeit der Versammlung sowie der Abstimmungsergebnisse und der Anwesenden in einer Niederschrift festzuhalten; die Niederschrift ist vom Präsidenten und vom Geschäftsführer zu unterschreiben.
- (7) Die Amtszeit der gewählten Mitglieder des Präsidiums beträgt drei Geschäftsjahre. Wiederwahl ist möglich. Der Präsident soll nach Ablauf seiner Amtszeit für drei weitere Jahre unter Anrechnung auf die Zahl der Beisitzer dem Präsidium angehören.

§ 11 Hauptausschuss

- (1) Der Hauptausschuss berät und verhandelt über den Abschluss von Verträgen und Empfehlungen zur Vergütung der Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 der Satzung sowie über Empfehlungsvereinbarungen zu Pflegesatzverhandlungen und empfiehlt dem Vorstand, entsprechend zu beschließen.
- (2) Dem Hauptausschuss können vom Vorstand die Aufgaben eines Fachausschusses gem. § 13 übertragen werden.
- (3) Der Hauptausschuss besteht aus 17 Mitgliedern, von denen 5 von den Verbandsmitgliedern, welche gemäß § 9 Abs. 3 ein Benennungsrecht für den Vorstand haben, benannt werden und 10, die aus dem Kreise der Einzelmit-

Präsidium

Hauptausschuss

Geschäftsführer

glieder von der Mitgliederversammlung gewählt werden. Gleichzeitig ist nach demselben Verfahren die entsprechende Zahl von Stellvertretern zu bestellen. Weiterhin gehören dem Hauptausschuss ein von der Mitgliederversammlung zu wählender Vorsitzender und der Geschäftsführer an. Die Amtsdauer beträgt drei Jahre. Der Hauptausschuss wählt für dieselbe Wahlzeit aus dem Kreise seiner Mitglieder je einen Stellvertreter des Vorsitzenden aus dem Kreis der Einzelmitglieder und der Verbandsmitglieder. Die aus dem Kreise der Einzelmitglieder zu wählenden Mitglieder des Hauptausschusses sollen möglichst in gleicher Anzahl aus den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe kommen. Zu Mitgliedern des Hauptausschusses können auch Vertreter der außerordentlichen Mitglieder nach Maßgabe des § 6 Abs. 4 der Satzung gewählt werden. Die Anzahl der Mitglieder des Hauptausschusses gemäß Satz 1 bleibt hiervon unberührt. Weitere Vertreter der Geschäftsstelle der Gesellschaft nehmen an den Sitzungen des Hauptausschusses mit beratender Stimme teil.

(4) Der Vorstand kann der Mitgliederversammlung Vorschläge über die Besetzung des Hauptausschusses machen.

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

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

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

§ 12 Geschäftsführer

(1) Der Geschäftsführer führt die laufenden Geschäfte der Gesellschaft; er gehört mit beratender Stimme dem Vorstand und dem Präsidium an.

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

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

§ 13 Ausschüsse

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

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

§ 14 Geschäftsjahr, Haushalts- und Rechnungsführung

(1) Das Geschäftsjahr der Gesellschaft ist das Kalenderjahr.

Ausschüsse

Geschäftsjahr, Haushalts- und Rechnungsführung

- (2) Der Vorstand stellt den Entwurf des Wirtschaftsplans für das darauffolgende Geschäftsjahr so rechtzeitig fest, dass er der Mitgliederversammlung im laufenden Geschäftsjahr zur Beschlussfassung vorgelegt werden kann.
- (3) Der Vorstand stellt im laufenden Geschäftsjahr die Rechnung für das abgelaufene Geschäftsjahr fest und übergibt die Feststellung zusammen mit einem Prüfungsbericht den Mitgliedern zur Beschlussfassung in der Mitgliederversammlung.
- (4) Der Vorstand erlässt die erforderlichen Bestimmungen für das Haushalts-, Kassen- und Rechnungswesen der Gesellschaft.
- (3) Diese Regelung tritt mit Verabschiedung einer Beitragsordnung gemäß § 5 Abs. 2 der Satzung außer Kraft, ohne dass es hierfür eines gesonderten Beschlusses der Mitgliederversammlung bedarf. Die für das laufende Geschäftsjahr aufgrund der Übergangsregelung geleisteten Beiträge werden auf die nach der verabschiedeten Beitragsordnung bestehende Beitragspflicht angerechnet.

§ 17 In-Kraft-Treten

Die Satzungsänderungen werden zum 13.02.2004 wirksam und lösen die Regelungen der Satzung in der Fassung vom 09.06.1997 ab.

In-Kraft-Treten

§ 15 Auflösung

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

Auflösung

§ 16 Übergangsregelung

- (1) Bis zur Verabschiedung einer Beitragsordnung gemäß § 5 Abs. 2 durch die nach In-Kraft-Treten der Satzung neu zu konstituierende Mitgliederversammlung sind die zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs erforderlichen Mitgliedsbeiträge von den Verbandsmitgliedern in voller Höhe zu entrichten. Die Erhebung erfolgt nach Maßgabe des bisherigen Verfahrens auf der Grundlage der von den Verbandsmitgliedern zu Beginn eines jeden Geschäftsjahres gemeldeten Bettenzahlen.
- (2) Die Höhe des Beitragssatzes wird für jedes Geschäftsjahr von der Mitgliederversammlung festgesetzt.

Übergangsregelung

Abs.	Absatz
ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobil-Club
ADKA	Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol
AG-TPG	Gesetzentwurf zur Neufassung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes
AltPflG	Altenpflegegesetz
ApoG	Apothekengesetz
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
Art.	Artikel
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AVB	allgemeine Vertragsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BAG	Bundesarbeitsgericht
BAT	Bundes-Angestellentarifvertrag
BASYS	Beratungsgesellschaft für angewandete Systemforschung mbH
BazOK	Modellprojekt des Landes NRW „Beschäftigungswirksame und sozialverträgliche Arbeitszeitmodelle im Pflegedienst des Krankenhauses“
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGR	Berufsgenossenschaftliche Regeln
BgVV	Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BMVBW	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Wohnungswesen
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVR	Bundesverfassungsgericht
BZU	Bezugsgröße „Unterkunft“
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKTIG	Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
EG	Europäische Gemeinschaft
EKV	Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen

etc	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
FAQ	Frequently asked Questions
f.	folgende
FPG	Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)
FPV 2005	Fallpauschalenvereinbarung 2005 z. FPÄndG, 2. Fallpauschalengesetz
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung/ Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HPC	Health Professional Card
HWG	Heilmittelwerbegesetz
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen
i.d.F.	in der Fassung
IMC	Institut für medizinisches-ökonomisches Consulting
InER	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
i. S.	im Sinne
i.V.m.	in Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFPV	Krankenhausfallpauschalverordnung
KGNW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHStatV	Krankenhausstatistikverordnung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHG NRW	Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen vom 22.12.1998
KIS	Krankenhausinformationssysteme
Knie-TEP	Totale Endoprothese
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KrPflArPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenpflege

KSchG	Kündigungsschutzgesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAGA	Landesarbeitsgemeinschaft Abfall
LAG	Landesarbeitsgericht
LDS	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik
LG	Landgericht
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung
LSG NW	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
mbH	mit beschränkter Haftung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MFJFG NW	Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalens (Anm.: Bezeichnung bis 1992)
MGSFF	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen
Mio.	Million
MPG	Medizinproduktegesetz
MPV	Verordnung über Medizinprodukte (Medizinprodukte-Verordnung)
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. g.	oben genannte
OLG	Oberlandesgericht
OSP	Onkologische Schwerpunkte
OVG	Oberverwaltungsgericht
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PfLG NW	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen
PKV	Private Krankenversicherung
ProdHaftG	Produkthaftungsgesetz
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PTCA	Perkutane transluminale coronare Angioplastie
RKI	Robert-Koch-Institut
SchV-KHG	Schiedsstellenverordnung-Krankenhausfinanzierungsgesetz
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
sog.	so genannte
TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
TzBfG	Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (Teilzeit- und Befristungsgesetz)

u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VG	Verwaltungsgericht
vgl.	vergleiche
v. H.	vom Hundert
z. B.	zum Beispiel
Ziff.	Ziffer
ZTG	Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH

Organisationsplan der KGNW

Geschäftsführer der KGNW
 – Geschäftsführendes Präsidialmitglied –
 Staatssekretär a.D. Richard Zimmer

<p>Geschäftsführung</p> <p>Geschäftsführer Staatssekretär a.D. Richard Zimmer -50</p> <p>Sekretariat Dorothea Grabhorn -51 Beate Schiwy -52</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präsidium • Vorstand • Mitgliederversammlung • Verbandspolitik • Leitung der Geschäftsstelle • DKG-Vorstandsangelegenheiten • DKG-Finanzierungsausschuss • Bundeschiedsstelle • Landesgeschäftsführertagung • Landesausschuss für Krankenhausplanung • Landespflegeausausschuss 	<p>Referat I – Krankenhausfinanzierung, Krankenhausplanung</p> <p>Hauptreferent Rechtsanwalt Jörg Tim Meister -10</p> <p>Referenten Dipl.-Kfm. (FH) Jens Beinlich -13 Dipl.-Verw.wirt Raif Claßen -14 Dipl.-Ges.-Ok. Annette Achenbach -14</p> <p>Sekretariat Henriette Nickel -11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausfinanzierung • Pflegesatzfragen • Bundespflegegesetzverordnung • Krankenhausentgeltgesetz • Abrechnungsfragen • Neue Leistungs- und Entgeltformen • Integrierte Versorgung • Wirtschaftlichkeitsfragen im KH • Vereinbarung landesweiter Entgelte • Leistungs- und Kostenaufteilung • Krankenhausplanung und -förderung • Landeskrankenhausplan • Pauschalförderung • Einzelförderung • Finanzierung spezieller Leistungen • Sozialpädagogische Zentren • Pathologie • Heilmittel • Gebührenordnungen • Gremienbetreuung • Fachausschuss für Planung und Förderung • Arbeitsgruppe Heilmittelvertrag • DKG • Kommission Leistungsentgelte • Kommission Rechnungswesen • Kommission Krankenhausvergleich 	<p>Referat II – Krankenhausorganisation, EDV und Statistik</p> <p>Hauptreferent Dipl.-Verw.Wiss. Jan Wiegels -20</p> <p>Referenten Dipl.-Wirtschaftsmath. Robert Färber -22 Dipl.-Verw.wirtin Susane Hoffschulte -23</p> <p>Sachbearbeitung/Datenverarbeitung Astrid Großer -25</p> <p>Sekretariat Manfred Beilenbaum -25 Olivia von Meurers -21</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Zertifizierung • Arzneimittelwesen, Blutversorgung, -produkte, Gefahstoffe, -güter • Rettungsdienst, Organtransplantationen • Krankenhausentechnik, Medizinprodukte, Arbeitssicherheit • Umweltschutz, Abfallwirtschaft, Krankenhaushygiene • EDV im Krankenhaus • Internet, Multimedia, Telemedizin, Telematik, Datenschutz und -sicherheit, Statistik, Datenübermittlung, Krankenhausvergleiche • Mitgliederreise, KGNW-Homepage • Interne EDV-Betreuung • Gremienbetreuung • Fachausschuss für Krankenhausorganisation • Kommission Umweltschutz im Krankenhaus • Kommission Qualitätsmanagement • DKG • Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation • Fachausschuss für Dateninformation und Kommunikation • Kommission Qualitätssicherung • Kommission Krankenhausvergleich • Kommission Hygiene im Krankenhaus 	<p>Referat III – Personalwesen im KH</p> <p>Hauptreferent Dipl.-Soz.-Arb. Gottfried Wiechert -30</p> <p>Referent Assessor Eimar Fromme -32</p> <p>Sekretariat Susanne Michl -31</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalwesen im Krankenhaus • Aus-, Weiter- und Fortbildung • Aus- und Weiterbildung an Universitäten und Fachhochschulen • Tarif- und Arbeitsrecht • Berufsentwicklung, Ärzte/Medizinische Berufe/Heilmittlerberufe • Personalbedarfsermittlung • Personalbedarfsanalyse • Berufspolitische Fragen • Gremienbetreuung • Präsidium und Vorstand • Hauptausschuss • Fachausschuss für Personalwesen • DKG • Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation 	<p>Referat IV – Rechts- und Vertragswesen</p> <p>Hauptreferent/ Stellvertreter der Geschäftsführung Rechtsanwalt Matthias Blum -40</p> <p>Referent Rechtsanwalt Christian Luder -42 Assessorin Karlien Intveen -43</p> <p>Sekretariat Stefanie Vallone -41</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtsberatung Mitgliederverbände/ Krankenhäuser • Rechtsberatung Referate • Vertragswesen • Verwaltungsstreitverfahren • Sozialgerichtsverfahren • Satzungsfragen • Grundsatzfragen Datenschutz • Schiedsstellen nach § 114 SGB V und § 18 a KHG • Auswertung Rechtsprechung • Gremienbetreuung • Hauptausschuss • Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV • DKG-Fachausschuss Recht und Verträge 	<p>Stabsstellen Geschäftsführung</p> <p>Referent für politische Grundsatzfragen und Assistent der Geschäftsführung Dipl.-Volksw. Patrick Gaire -53</p> <p>Sekretariat Beate Schiwy -52</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitspolitik • Landesgesundheitskonferenz • Grundsatzfragen des Krankenhauswesens • Europäisches Krankenhauswesen • Zuarbeit für die Geschäftsführung • Koordination der Stabsstelle 	<p>Allgemeine Dienste Bernhard Felske -65 Peter Agan -65</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empfang, Telefonzentrale • Poststelle, Kopierzentrale • Fahrdienst <p>Innerer Dienst Rosemarie Rehm -60</p> <p>Sachbearbeitung/Sekretariat Sandra Morales Reyes -62 Susanna Bienefeld -61</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalverwaltung • Beschaffung • Rechnungsprüfung • Budgetkontrolle • Vorbereitung Wirtschaftsplan • lfd. Mietangelegenheiten <p>Buchhaltung</p>	<p>Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Dipl. Sportl. Lothar Kratz -54</p> <p>Sekretariat Beate Schiwy -52</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medienkontakte/Pressemeldungen • Veröffentlichungen/Internet • Mitteilungsblatt der KGNW • Geschäftsbericht • Organisation von Veranstaltungen • DKG AG Presse- u. Öffentlichkeitsarbeit 	<p>Medizinische Referenten Dr. Miriam Böttge-Joest -57 Dr. med. Christian Hentschel (ab 01.08.2004)</p> <p>Sekretariat Beate Schiwy -52</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse verbandsspezifischer medizinischer Fragestellungen • Mitwirkung bei der Implementierung und Umsetzung von Dokumentationsmethoden • Medizinische Fragen der Anwendung und Weiterentwicklung von Krankenhausvergütungssystemen • Beratung der Geschäftsführung und der Fachreferate in medizinischen Fragen 	<p>Geschäftsstelle der Schiedsstelle KHG – Rheinland</p> <p>Sachgebietsleitung Rosemarie Rehm -60</p> <p>Sekretariat Susanne Bienefeld -61 Sandra Morales Reyes -62</p>	<div data-bbox="1066 952 1193 1332" data-label="Image"> </div> <p>Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen</p> <p>Kaiserswerther Str. 282 40474 Düsseldorf Telefon: 02 11/4 78 19-0 Telefax: 02 11/4 78 19-99 E-Mail: post@kgnw.de Internet: www.kgnw.de Home: www.kgnw.de</p>
--	--	---	--	---	---	--	---	--	--	--

Herausgeber: Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen (KGNW)

Redaktion: Stabsstelle
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Lothar Kratz

Anschrift: Kaiserswerther Straße 282
40474 Düsseldorf
Telefon 02 11/4 78 19-0
Telefax 02 11/4 78 19-99
E-Mail: post@kgnw.de
Internet: <http://www.kgnw.de>

Herstellung: Konrad Triltsch, Print und digitale Medien GmbH,
Ochsenfurt

Redaktionsschluss: Juni 2005