



Geschäftsbericht 2005



Inhalt

	Seite
Vorbemerkungen	3
Geschäftsstelle	9
Krankenhausfinanzierung und -planung	11
Krankenhausorganisation, EDV und Statistik	24
Medizin	35
Rechts-, Vertrags- und Personalwesen	38
Politik / Presse	48
Schiedsstellen nach §§ 18, 18 a KHG	59
Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW	63
Fachausschüsse und Kommissionen/Arbeitsgruppen	68
Krankenhauspolitik in NRW / Agendaliste der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (Dokumentation)	78
Übersicht der seit 1989 abgeschlossenen Landesverträge, Vereinbarungen und Empfehlungen	98
Satzung der KGNW	100
Abkürzungsverzeichnis	108
Organisationsplan der KGNW	111



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

Vorbemerkungen

Das Jahr 2005 war bestimmt durch einschneidende politische Veränderungen auf Bundes- und Landesebene. Die Regierungsbildung mit ihren langwierigen Koalitionsverhandlungen auf Bundesebene und die Positionen der neuen CDU/FDP-geführten nordrhein-westfälischen Landesregierung bestimmten die gesundheitspolitischen Diskussionen.

Hier sorgte vor allem der von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann angekündigte Bewilligungsstopp für Krankenhausinvestitionen für das Jahr 2006 im Krankenhausbereich für Irritationen und Aufregung.

Im Zuge der Diskussion um den angekündigten Bewilligungsstopp hatten Präsidium und Vorstand der KGNW im September ein abgestuftes Aktionsprogramm gegen dieses

Vorhaben der Landesregierung beschlossen. Im Rahmen dieses Aktionsprogramms wurden die Auswirkungen des Bewilligungsstopps wiederholt gegenüber den Medien und in Pressekonferenzen sowie auf dem KGNW-FORUM am 10. November 2005 in Düsseldorf eingehend thematisiert.

Auf der Grundlage zentraler Ergebnisse einer Umfrage, die die KGNW bei den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern zum aktuellen Stand der Investitionsplanungen sowie den Folgen eines Bewilligungsstopps in den einzelnen Häusern durchgeführt hatte, wurden die Auswirkungen des Bewilligungsstopps auch in Gesprächen mit dem nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, seinem Staatssekretär Prof. Winter und weiteren politisch Verantwortlichen der Regierungs-

koalition näher erläutert und mit der gebotenen Klarheit dargestellt.

Wie im Aktionsprogramm vorgesehen haben die Delegierten der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser auf unserer Mitgliederversammlung am 30. November 2005 eine Resolution zum angekündigten Bewilligungsstopp der Landesregierung für Investitionsvorhaben für Krankenhäuser verabschiedet.

Hierin wurde die Landesregierung aufgefordert, ihren gesetzlichen Verpflichtungen, die in dem entsprechenden Bundesgesetz verankert sind, nachzukommen, jährlich ein Investitionsprogramm in ausreichendem Umfang aufzustellen, ansonsten begehe sie einen klaren Rechtsbruch und müsse mit Hilfe der Gerichte dazu gezwungen werden, ihren gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern nachzukommen.

Diese Rechtsauffassung der KGNW wird durch eine gutachterliche Stellungnahme, die die KGNW bei der Rechtsanwaltskanzlei Redeker Sellner Dahs & Widmaier in Auftrag gegeben hat, untermauert. In dem Gutachten wurden die Folgen der Entscheidung des MAGS, für das kommende Jahr kein Investitionsprogramm aufzustellen, einer rechtlichen Bewertung unterzogen.

Die Ankündigung des Bewilligungsstopps durch den neuen nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister fiel zusammen mit der Festlegung einer Agendaliste der KGNW zur Weiterentwicklung der Krankenhauspolitik in Nordrhein-Westfalen, die sich an die externe Öffentlichkeit, hier vor allem an die politisch Verantwortlichen auf Bundes- und

Landesebene, richtete. Parallel dazu wurde der innerverbandliche Diskussionsprozess über das Eckpunktepapier „Herausforderungen annehmen! Wie muss die KGNW aufgestellt sein, um die Interessen der Krankenhäuser in NRW schlagkräftig vertreten zu können?“ zur Weiterentwicklung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen intensiviert.

Die vom Vorstand beschlossenen Grundsatzpositionen der KGNW zur Weiterentwicklung der Krankenhauspolitik wurden NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann und den politischen Entscheidungsträgern zugesandt. Dies geschah im Vorfeld der ersten Sitzung des Landtagsausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, bei der die Landesregierung ihrerseits ihre zukünftigen gesundheitspolitischen Ziele präziserte.

Die KGNW nutzte vor dem Hintergrund des Regierungswechsels die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser als einen der wichtigsten Wachstums- und Beschäftigungssektoren in NRW mit der neuen Landesregierung intensiv zu erörtern.

In unserer Agendaliste haben wir der neuen Landesregierung angeboten, uns an der Gestaltung der Gesundheits- und Krankenhauspolitik konstruktiv zu beteiligen. Dabei verkennen wir keineswegs die haushaltspolitische Lage und die sich daraus erwachsenden Zwänge.

Auch gehen wir davon aus, dass NRW sein ganzes Gewicht auf der Bundesebene einbringt und eine aktive Rolle in der Gestaltung der

gesundheits- und krankenhauspolitischen Rahmenbedingungen auf Bundesebene im Interesse der gesundheitlichen Versorgung seiner Bürger wahrnimmt.

Eine zentrale Forderung in unserer Agendaliste ist die nach einer grundlegenden Reform der Finanzierung unseres Gesundheitswesens. Unsere Zielvorstellung ist eine vom individuellen Arbeitsverhältnis abgekoppelte Finanzierungsregelung bei gleichzeitiger Wahrung der solidarischen Elemente der GKV – auch insbesondere vor der gesteigerten Nachfrage nach medizinischen Leistungen, der im geltenden System nicht ausreichend entsprochen werden kann.

Es muss zu einer grundlegenden Neuregelung der Finanzierung des GKV-Systems kommen und es darf zu keiner weiteren Belastung dieses Systems und damit zu weiteren Nullrunden bei der Finanzierung der Krankenhäuser kommen.

Diese Warnung hat die KGNW mit der Forderung an die Bundesebene verbunden, die im Ansatz stecken gebliebene Überwindung der strikten Trennung zwischen ambulanten und stationärem Sektor neu zu beleben.

Durch die Aufhebung der Sektorengrenzen muss eine größere Kontinuität in der Versorgung erreicht werden. Die Krankenhäuser müssen sich zu „Integrierten Dienstleistungszentren“ weiterentwickeln können, die eine Gesamtversorgung aus einer Hand anbieten. Dieses garantiert zugleich mehr Wirtschaftlichkeit und eine bessere Qualität.

Wir stellen allerdings mehr als ein Jahr nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetz fest, dass die Möglichkeiten des Gesetzes für Krankenhäuser, zu einer stärkeren wettbewerblichen Orientierung des Vertragsrechtes und zu einer stärkeren ambulanten Versorgung der Patienten zu kommen, in Teilen praktisch nicht umsetzbar sind. Hinzu kommt, dass die vorhandenen Möglichkeiten von den Krankenkassen nicht genutzt werden und an der Blockadehaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern.

Es muss durch eine verbindliche gesetzliche Regelung eine durchsetzbare Anspruchsgrundlage für die Krankenhäuser zum Abschluss zweiseitiger Verträge geschaffen werden, damit die in § 116 b SGB V vorgegebene ambulante Öffnung der Krankenhäuser endlich in die Praxis umgesetzt wird. Dies gilt ebenso für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach § 115 b SGB V. Bis heute ist es jedoch nicht gelungen, einen dreiseitigen Vertrag mit Krankenhäusern, Krankenkassen und Vertragsärzten mit fairen Konditionen für die Krankenhäuser festzulegen. Das hindert die Krankenhäuser daran, in diesem Feld aktiv zu werden.

Wir haben in unserem Grundsatzpapier die Absicht der Landesregierung, die Krankenhausplanung in NRW unter Beteiligung der Selbstverwaltungspartner zu novellieren, begrüßt. Eine Vielzahl von Regelungen, insbesondere bei der Krankenhausplanung muss aus unserer Sicht abgeschafft oder angepasst werden. Dabei muss die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den

Sicherstellungsauftrag weiter beim Land Nordrhein-Westfalen liegen.

Einen hohen Stellenwert räumen die Krankenhausträger der Ausbildung ein. Aus dieser Verantwortung heraus darf es keinesfalls zu einem Abbau von Ausbildungsplätzen – auch nicht im Einzelfall – kommen, soweit Krankenhäuser auf Basis der vereinbarten Feststellungen Ausbildungen anbieten und Ausbildungswillige zur Verfügung stehen.

Massiven Handlungsbedarf sehen wir in der Beseitigung der bürokratischen Überregulierung, unter der das Gesundheitswesen und damit auch die Krankenhäuser leiden und durch die kostbare Ressourcen der direkten Gesundheitsversorgung und Patientenbehandlung verbraucht und entzogen werden. Hier sind für die KGNW ein radikaler Stopp und eine Umkehrung dieser Entwicklung dringend geboten. Zahlreiche bürokratische Regelungen beim Arbeitsschutz, Medizinproduktegesetz, dem Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen sowie zahlreiche Verwaltungsvorschriften müssen ersatzlos gestrichen werden.

Eine dringende Notwendigkeit sehen wir bei der anstehenden Umsetzung der onkologischen Qualitätssicherung nach dem Krebsregistergesetz. Hier müssen endlich die vielfältigen Dokumentationsanforderungen in der Qualitätssicherung harmonisiert und in ein übergreifendes und einheitliches Landesgremium eingebunden werden.

Gegensteuern wollen wir bei systemwidrigen steuerlichen Zugriffen auf Krankenhäuser. Die KGNW

hat festgestellt, dass die Finanzverwaltungen immer mehr Sektoren im Krankenhaus der Besteuerung unterwerfen – dies führt insbesondere in NRW zu einer nicht mehr hinnehmbaren finanziellen Belastung der Krankenhäuser. Diese zusätzlichen Belastungen sind im derzeitigen Krankenhausfinanzierungssystem nicht berücksichtigt. Die ausufernde steuerliche Belastung der Krankenhäuser muss gestoppt und die steuerlichen Vorgaben müssen an die grundlegend veränderte Krankenhausstruktur und die gesetzlichen Aufgaben der Selbstverwaltung systemgerecht angepasst werden.

Neben der Verabschiedung und Veröffentlichung unserer Grundsatzpositionen und der innerverbandlichen Abstimmung des Eckpunktepapiers rückten die Festlegung des landesweiten Basisfallwerts in Verhandlungen mit den Krankenkassen und der Prozess zur Etablierung von Schwerpunktzentren ins Zentrum der gesundheitspolitischen Diskussion.

Die zahlreichen Sitzungen mit den Kassenverbänden und Verhandlungen vor der Schiedsstelle endeten am 1. Juni 2005 mit der Festsetzung des ersten landesweiten Basisfallwertes in Höhe von 2679,80 Euro. Dieser Basisfallwert zeigt, dass die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen im bundesweiten Vergleich schon seit Jahren niedrige Budgets haben und daher mit deutlich geringeren finanziellen Mitteln ihre Leistungen erbringen müssen. Auch wird deutlich, dass in Nordrhein-Westfalen in den Krankenhäusern keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr vorhanden sind.

Weiterhin intensiv diskutiert wurde die Etablierung von indikationsbezogenen Schwerpunktzentren in Nordrhein-Westfalen. Dieser Prozess ist bei den Brustzentren ins Stocken geraten, da sich einige für Brustzentren in Frage kommende Krankenhäuser in einem schwebenden Anerkennungsverfahren befinden und wiederum andere Häuser Klage oder Widerspruch gegen diese geplanten Zentren eingereicht haben. Aufgrund dieser ungeklärten Situation ist bei der Bildung und Etablierung von weiteren Zentren, wie z. B. zur Behandlung von Darmkrebs, Zurückhaltung geboten.

Bevor es aber zu Schwerpunktzentren kommt, muss aus unserer Sicht zuerst evaluiert werden, ob mit dieser Zentrenbildung wirklich eine Qualitätsverbesserung in der Behandlung verbunden ist. Das heißt, die Bildung von Schwerpunktzentren muss nach wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten Kriterien erfolgen und in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen müssen auch die finanziellen Folgewirkungen berücksichtigt werden. Dabei darf die ortsnahe Versorgung der Patienten bei bestimmten Erkrankungen nicht gefährdet werden.

Die in der Agendaliste formulierten Forderungen, mit denen sich die KGNW insbesondere an die externe Öffentlichkeit wie Bundes- und Landesregierung, Politiker, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen gewandt hat, haben auch konkrete Auswirkungen auf die Aufgaben und Strukturen der KGNW als verbandliche Vertretung der Krankenhäuser. Die KGNW steht vor neuen Herausforderungen

und muss sich neu orientieren und neu positionieren.

Die neuen Herausforderungen werden gerade vor dem sich verschärfenden Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander und mit anderen Leistungserbringern sowie vor dem Hintergrund des steigenden Machtzuwachses der Kassen mit dem Segen des Gesetzgebers deutlich:

- Bei der Integrierten Versorgung bestimmen die Krankenkassen alleine, mit welchem Krankenhaus sie einen Vertrag abschließen und mit welchem nicht.
- Beim EBM 2000plus und dem Vertrag zum ambulanten Operieren setzen die Krankenkassen aktuell zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Sicht der Dinge durch.
- Über die breite Durchsetzung von Mindestmengen soll die derzeitige flächendeckende Versorgung in eine zentrenorientierte Spezialisierungsversorgung umgewandelt werden.

Vor diesen gesundheits- und krankenhauspolitischen Entwicklungen wurde der innerverbandliche Diskussionsprozess über das Eckpunktepapier „Herausforderungen annehmen! Wie muss die KGNW aufgestellt sein, um die Interessen der Krankenhäuser in NRW schlagkräftig vertreten zu können?“ zur Weiterentwicklung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen intensiviert.

Ein Ziel war es, die Handlungsfähigkeit der Krankenhausgesellschaft und die ihrer Mitglieder vor den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesund-

heitswesen zu stärken, um nicht einem immer stärkeren einseitigen Diktat der Krankenkassen ausgeliefert zu sein. Einsicht in die sich verändernden gesetzlichen, strukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen, Bündelung der Kräfte sowie geschlosseneres und solidarisches Handeln aller Krankenhäuser in NRW sind deshalb das Gebot der Stunde.

Die Krankenhäuser und ihre Verbände müssen

- das Heft des Handelns in ihre Hände nehmen und
- sich stärker aktiv in den Diskussions- und Gestaltungsprozess unseres Gesundheitssystems einbringen.

Diese Handlungsprioritäten sind vor den gesundheits- und krankenhaupolitischen Herausforderungen, die eng mit der demographischen und medizinisch-technischen Entwicklung sowie der Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen verbunden sind, unverzichtbar.

Erste Schritte der praktischen Umsetzung in diese Richtung wurden innerverbandlich bereits vollzogen.

Zum einen wurde die Geschäftsstelle der KGNW umstrukturiert, um die Schlagkraft der KGNW zu erhöhen und die Arbeit der Geschäftsstelle zu straffen. So wurden die bisher existierenden Stabstellen als Referate weitergeführt, die Stabstellen Politik und Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zu einem Referat zusammengefasst und der Bereich Personalwesen in der KGNW-Geschäftsstelle mit den Spitzenverbänden verzahnt, um so Synergieeffekte stärker als bisher zu nutzen.

Agieren statt reagieren! – diese Maxime muss das Handeln der Krankenhausseite zukünftig noch mehr bestimmen. Wettbewerb werden wir nicht grundsätzlich verhindern können. Wir müssen aber durchsetzen, dass dieser Wettbewerb offen, fair und transparent ist. Eine „Auswahl nach Gutsherrenart“ und einseitige Diktate durch die Krankenkassen müssen wir verhindern.

Um die notwendige Transparenz und Chancengleichheit zu garantieren, ist auf Seiten der Krankenhäuser und ihrer Verbände aus Einsicht und eigener innerer Überzeugung gelebtes **solidarisches Verhalten aber auch unabdingbar!**

Diesen Diskussionsprozess wollen und werden wir auch zukünftig mit der Unterstützung unserer Mitglieder intensiv führen.



Staatssekretär a. D.
Richard Zimmer
Geschäftsführer

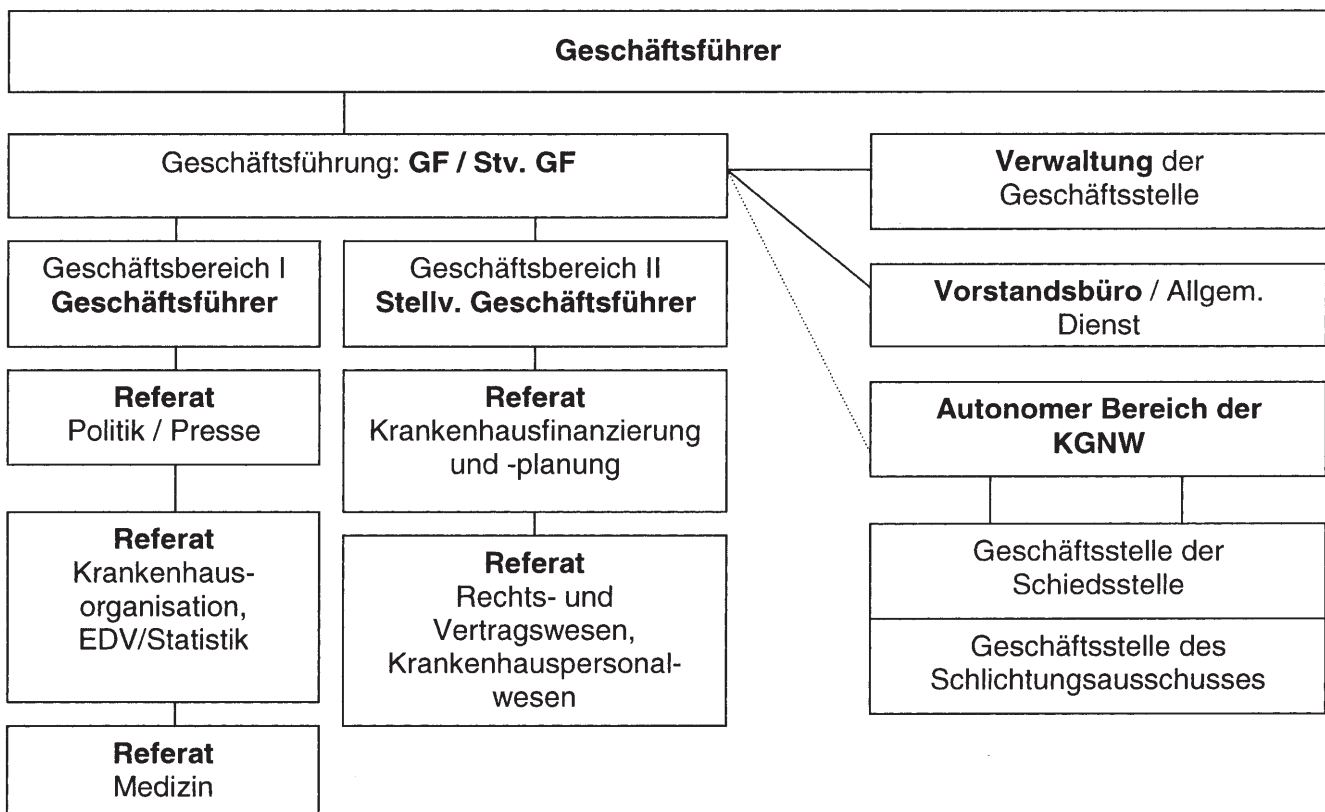
Geschäftsstelle

Auf Vorschlag des erweiterten Präsidiums nach dessen Klausurtagung am 27./28. Oktober 2004 hat der Vorstand der KGNW eine „Kommission zur Analyse der Personalsituation bei der KGNW“ eingesetzt. Nach intensiven Beratungen hat diese Kommission Vorschläge zur Umstrukturierung der KGNW-Geschäftsstelle erarbeitet. Präsidium und Vorstand haben am 27. April 2005 den Vorschlägen der Kommission zur Analyse der Personalsituation bei der KGNW zugestimmt.

Hieraus ergibt sich die folgende Struktur der KGNW-Geschäftsstelle (siehe unten):

Zukünftig werden die bisher existierenden Stabsstellen als Referate weitergeführt und die Stabsstellen Politik und Presse- und Öffentlichkeitsarbeit werden zu einem Referat zusammengefasst. Das bisher bestehende Referat III „Personalwesen“ wird aufgelöst. Ein wesentlicher Teil der bisherigen Themenbereiche des Referates „Personalwesen“ soweit diese übergreifenden Landesbezug für alle Häuser haben, übernimmt das Referat „Rechts- und Vertragswesen“. Über die zukünftige Beantwortung individueller Fragestellungen sollen in Gesprächen mit den Spitzenverbänden Möglichkeiten der Nutzung von Synergien diskutiert werden.

Organigramm der Geschäftsstelle / Übersicht



Daraus resultiert eine Verteilung der Gesamtaufgaben der KGNW auf nunmehr fünf Referate mit den Arbeitsschwerpunkten Krankenhausfinanzierung / Krankenhausplanung, Krankenhausorganisation / EDV und Statistik, Medizin, Rechts- und Vertragswesen sowie Politik/ Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Zur Erhöhung der Schlagkraft der KGNW-Geschäftsstelle werden die Aufgaben der Referate zwei Berei-

chen zugeordnet, die von Herrn Zimmer als Geschäftsführer und Herrn Blum als dessen Stellvertreter geleitet werden. Zum Bereich von Herrn Zimmer gehören die Arbeitsschwerpunkte Krankenhausorganisation / EDV und Statistik, Medizin sowie Politik / Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Krankenhausfinanzierung / Krankenhausplanung sowie Rechts- und Vertragsangelegenheiten / Krankenhauspersonalwesen fallen in den Bereich von Herrn Blum.

Krankenhausfinanzierung und -planung

Regionale Planungskonzepte

Auf Vorschlag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) sollte Mitte 2005 der Datenrahmen für die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte geändert werden, da die bisherigen Daten aufgrund der Überleitung in das DRG-System nicht mehr vollständig zur Verfügung stehen.

Künftig soll die Übermittlung der „Nutzungsdaten auf der Basis der LKA-Daten L 1 und L 3“ der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) durch die Übersendung von Daten der S 2- und S 5-Statistik nach der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) ersetzt werden. Angaben in der SA 2 zu den „Verlegungen innerhalb des Krankenhauses von vollstationär in vollstationär“, zum „Patientenabgang durch Tod“ sowie die Angaben in der SA 5 zu „vorstationär“ und „nachstationär“ sind nicht zwingend erforderlich. Sie können aber auf freiwilliger Basis von Seiten der Krankenhausträger zur Verfügung gestellt werden. Die geforderten Informationen sind nur im Falle konkreter Verhandlungen unter den Beteiligten auszutauschen und müssen regelmäßig den Verbänden der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Das MAGS ist damit in großen Teilen den Anregungen der KGNW gefolgt. Das Ministerium hat den neugefassten Datenrahmen für die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte der KGNW Anfang September 2005 übersandt.

Brustzentren

Parallel zur bundesgesetzlich intendierten Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten forciert die Landesregierung NRW die Einrichtung und Anerkennung von Brustzentren auf der Grundlage des



Die 100. Sitzung des Fachausschusses für Planung und Förderung der KGNW leiteten Dr. Michael Conrads (Mitte) und KGNW-Geschäftsführer Richard Zimmer (Zweiter von rechts); weiter auf dem Foto: stv. Geschäftsführer Matthias Blum (rechts); Hauptreferentin für Krankenhausfinanzierung und -planung Sabine Hüseemann und Hauptreferent Medizin Axel Halim.

Planungsrechts des Landes. Die Landesregierung wollte kurzfristig etwa 50 Brustzentren in NRW anerkennen.

Nachdem im Jahr 2004 das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF) zwei

Brustzentren

Regionale Planungskonzepte

Brustzentren

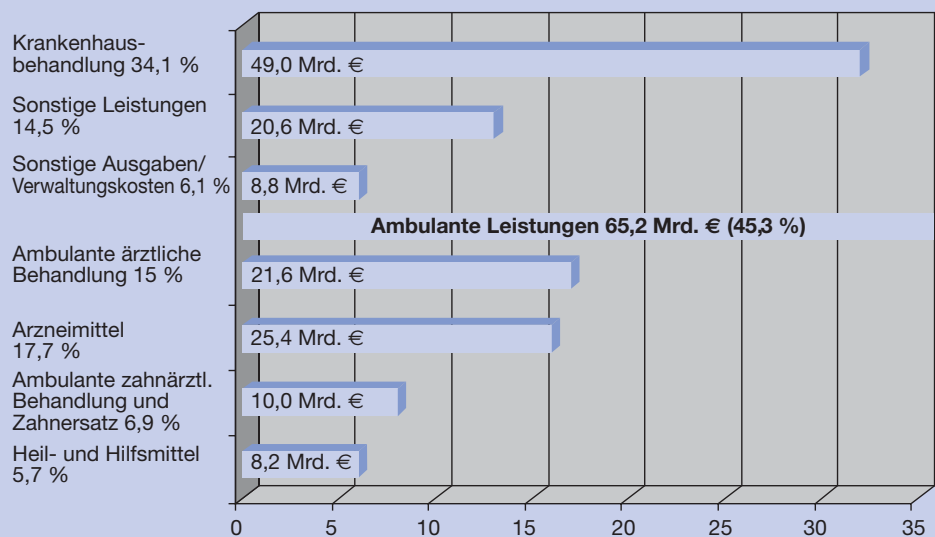
Brustzentren anerkannt hatte, teilte das Ministerium am 18. Januar 2005 auf einer Pressekonferenz mit, dass weitere 35 Brustzentren mit insgesamt 60 Operationsstandorten und 12 weiteren Funktionsstandorten für beispielsweise Strahlentherapie und Onkologie in allen Regierungsbezirken anerkannt werden sollen.

Zwischenzeitlich sind 49 Brustzentren größtenteils in Kooperation in Nordrhein-Westfalen etabliert worden. Insgesamt sind an diesem Prozess 142 Krankenhäuser beteiligt – davon 89 als OP-Standort, 14 als Funktionsstandort und 39 als Kooperationspartner. Das Ziel der Landesregierung, insgesamt nur etwa 50 Brustzentren in NRW anzuerkennen, ist damit erreicht. Die stetigen Bemühen der KGNW sowie der Beschluss des Bundes-

verfassungsgerichts vom 14. Januar 2004 – 1 BvR 506/03 zum Rechtsschutz des Konkurrenten haben mit dazu beigetragen, diese kooperative Leistungserbringung zu ermöglichen und damit eine adäquate und flächendeckende Versorgung der Brustkrebspatientinnen in NRW zu gewährleisten.

Der Konkurrentenschutz hat jedoch auch dazu geführt, dass sich in NRW derzeit eine Reihe von Brustzentren in sogenannten schwebenden Anerkennungsverfahren befinden, d. h. die Anerkennung ist aufgrund von Widersprüchen bzw. Klagen von Drittkrankenhäusern noch nicht rechtsgültig. Dieses trifft auf 15 von insgesamt 49 Brustzentren zu. Die Krankenhäuser, die an kooperativen Brustzentren beteiligt sind und die sich im schwebenden Anerken-

Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit 2005 Insgesamt 143,6 Mrd. Euro



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

nungsverfahren befinden, stehen vor dem Problem, dass die Kostenträger mit diesen Krankenhäusern so lange keine spezifischen Leistungen eines Brustzentrums vereinbaren, bis dieses endgültig anerkannt ist.

Das schwebende Anerkennungsverfahren hat aber für diese Krankenhäuser auch Auswirkungen auf die Verträge für das Disease-Management-Programm (DMP) „Brustkrebs“ im Landesteil Nordrhein. Im Rahmen der geplanten Reakkreditierung des DMP in Nordrhein Anfang des Jahres 2006 sollten nach Auffassung der Krankenkassenverbände nur noch die Krankenhäuser DMP-Verträge erhalten, die auch gleichzeitig an Brustzentren beteiligt sind.

Während des gesamten Anerkennungsprozesses hat die KGNW immer wieder mit großem Nachdruck gefordert, dass die Benennung von Brustzentren in einem fairen, ergebnisoffenen und transparenten Verfahren erfolgen muss, um eine absolute Chancengleichheit der teilnahmewilligen Krankenhäuser zu ermöglichen. Die KGNW hat immer wieder betont, dass der Brustzentrenprozess kein geeignetes Mittel sei, um krankenhauplanerische Zielvorstellungen der Krankenkassen durchzusetzen.

Durch die konstruktive Arbeit und Intervention der KGNW ist es schließlich gelungen, eine Vertragsverlängerung der DMP-Verträge bis Ende 2006 seitens der Kostenträger im Landesteil Nordrhein zu erreichen. Hiermit ist gewährleistet, dass für die betroffenen Krankenhäuser Planungssicherheit besteht.

Im **Landesteil Nordrhein** sind derzeit 59 Krankenhäuser an 26 anerkannten Brustzentren beteiligt. Zwei Krankenhäuser befinden sich noch im Anhörungsverfahren. Nach Anerkennung dieser beiden Häuser als Brustzentrum würden 61 Krankenhäuser an 27 anerkannten Brustzentren beteiligt werden:

- 42 (+ 2 im Anhörungsverfahren) Krankenhäuser als OP-Standort,
- acht Krankenhäuser als Funktionsstandort und
- neun Krankenhäuser als Kooperationspartner.

Neun der 59 (61) Krankenhäuser sind an Brustzentren beteiligt, nehmen aber bisher nicht am Disease-Management-Programm (DMP) „Brustkrebs“ im Landesteil Nordrhein teil, wobei drei der neun Krankenhäuser nur Kooperationspartner sind.

Im **Landesteil Westfalen-Lippe** sind derzeit 83 Krankenhäuser an 23 anerkannten Brustzentren beteiligt:

- 47 Krankenhäuser als OP-Standort,
- Sechs Krankenhäuser als Funktionsstandort und
- 30 Krankenhäuser als Kooperationspartner.

14 der 83 Krankenhäuser sind als Kooperationspartner an Brustzentren beteiligt, nehmen aber nicht am DMP „Brustkrebs“ im Landesteil Westfalen-Lippe teil bzw. sind schon aus dem DMP ausgeschieden.

DMP „Brustkrebs“

Parallel zur landesrechtlichen Etablierung von Brustzentren wurde

Brustzentren

Disease- Management- Programme

der weitere Prozess des DMP „Brustkrebs“ mit nicht zielführenden vertraglichen Regelungen verknüpft. So sollen die nicht als Brustzentren anerkannten Krankenhäuser automatisch ihren DMP-Status verlieren. Dies bewirkt zwar formalrechtlich nicht, dass diese Krankenhäuser parallel hierzu auch ihren Versorgungsauftrag in diesem Segment verlieren werden; dennoch ist zu erwarten, dass die Patientinnen mittelfristig verstärkt die anerkannten Brustzentren aufsuchen werden.

Die KGNW hat sich bei der Umsetzung des DMP „Brustkrebs“ dafür eingesetzt, dass auch „Nicht-Brustzentren“ mit qualitativ vergleichbaren Leistungen sich am DMP „Brustkrebs“ beteiligen können.

Aufgrund der Anfang 2006 anstehenden Reakkreditierung des DMP „Brustkrebs“ im Landesteil Nordrhein wurde allen beteiligten Krankenhäusern von den Kostenträgern die Teilnahme zum 31. Dezember 2005 gekündigt. Zeitgleich wollten die Verbände der Kostenträger und die KGNW eine „neue“ Rahmenvereinbarung für die Krankenhäuser im Landesteil Nordrhein schließen. Im Vorfeld sollte über die strukturellen Inhalte beraten werden.

Die Gespräche hierzu sind bis zum jetzigen Zeitpunkt durch grundlegende Umsetzungsdifferenzen noch nicht abgeschlossen. Der KGNW ist es aber gelungen, eine Vertragsverlängerung der DMP-Verträge bis Ende 2006 mit den Kostenträgern im Landesteil Nordrhein zu erreichen. Damit besteht jetzt für die betroffenen Krankenhäuser Planungssicherheit.

Am **DMP „Brustkrebs“ im Landesteil Nordrhein** nehmen derzeit insgesamt 71 Krankenhäuser teil. Durch die Absicht der Verbände der Krankenkassen, dass nur noch solche Häuser am DMP „Brustkrebs“ im Landesteil Nordrhein teilnehmen, die als Brustzentrum anerkannt werden, könnte es zukünftig insgesamt 56 oder 58 potentielle DMP-Häuser für den Landesteil Nordrhein geben.

Am **DMP „Brustkrebs“ im Landesteil Westfalen-Lippe** nehmen derzeit insgesamt 78 Krankenhäuser teil. Sollten zukünftig nach den Vorstellungen der Verbände der Krankenkassen nur noch solche Häuser am DMP „Brustkrebs“ im Landesteil Westfalen-Lippe teilnehmen, die als Brustzentrum anerkannt werden, dann verbleiben **51 Krankenhäuser potentiell im DMP „Brustkrebs“ im Landesteil Westfalen-Lippe** (es handelt sich dabei um OP- und Funktionsstandorte der Brustzentren, die auch am DMP „Brustkrebs“ teilnehmen bzw. um Sonderfälle). Bereits 27 der 78 DMP-Krankenhäuser haben keine Vertragsverlängerung zur Teilnahme am DMP „Brustkrebs“ im Landesteil Westfalen-Lippe erhalten und sind somit schon aus dem DMP ausgeschieden. Diese Krankenhäuser nehmen aber als Kooperationspartner an einem der Brustzentren teil.

DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Am DMP „Diabetes mellitus Typ 2“ im Landesteil Nordrhein durchliefen im Jahre 2005 zwischenzeitlich 50 teilnahmewillige Krankenhäuser das Erstverfahren vor der Vertragskommission, deren Geschäftsführung bei der KGNW liegt. Im

2. Prüfschritt wurden diese Krankenhäuser der Gemeinsamen Einrichtung Nordrhein zum abschließenden Zulassungsvotum vorgestellt. In Westfalen-Lippe sind im selben Zeitraum 97 Krankenhäuser in das DMP einbezogen worden.

DMP „Koronare Herzkrankheit (KHK)“

Am DMP „Koronare Herzkrankheit (KHK)“ im Landesteil Nordrhein nahmen im Jahr 2005 bisher 58 Krankenhäuser teil, in Westfalen-Lippe sind im selben Zeitraum 94 Krankenhäuser dem DM-Programm beigetreten.

Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus gem. § 115 b SGB V

Eine der wichtigsten Änderungen in 2005 war das In-Kraft-Treten des EBM 2000plus zum 1. April 2005 und die damit verbundenen Auswirkungen auf den Vertrag zum Ambulanten Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus gem. § 115 b SGB V.

Bereits im Oktober 2004 hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) - bedingt durch die Kündigung des Vertrages durch die Kostenträger - ein Verfahren vor dem „Erweiterten Bundesschiedsamt“ initiiert. Die DKG sollte zwingend eine Anschlussregelung für den Vertrag „Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b SGB V“ ab dem 1. April 2005 sicherstellen, da auf dem Verhandlungswege aufgrund der gegensätzlichen Interessenlage der Ver-

handlungsparteien keine Annäherung in wichtigen Fragen gefunden werden konnte. Schwerpunkte der Auseinandersetzungen blieben bis zum Schluss die Themen „Umfang der abrechenbaren Begleitleistungen“, „Sachkostenerstattung“ und „Adaption der Qualitätssicherung gemäß § 135 SGB V im stationären Bereich“.

Nachdem das „Erweiterte Bundesschiedsamt“ am 10. und 18. März 2005 in Berlin die verschiedenen Anträge ausführlich beraten und diskutiert hatte, wurde am 18. März 2005 dann ein zwischen KBV und GKV-Spitzenverbänden abgestimmter Entwurf festgesetzt. Zuvor hatte das „Erweiterte Bundesschiedsamt“ die Anträge der DKG vollumfänglich zurückgewiesen. Die Festsetzung des Bundesschiedsamtes wurde in vielen Punkten von der DKG nicht mitgetragen, da der in § 115 b SGB V festgelegte Grundsatz der „Einheitlichkeit der Vergütung“ nach Auffassung der DKG in allen streitbefangenen Punkten verletzt wird.

Die DKG hat daher am 6. Juni 2005 Klage gegen den Beschluss des „Erweiterten Bundesschiedsamts“ vom 18. März 2005 eingelegt und auf Basis eines Beschlusses des DKG-Vorstands vom 31. Mai 2005 den durch vom „Erweiterten Bundesschiedsamts“ festgelegten Grundvertrag zu § 115 b Abs. 1 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2006 gekündigt.

Investitionsfinanzierung

Ins Zentrum der Diskussionen um die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus gem. § 115 b SGB V

Investitionsfinanzierung

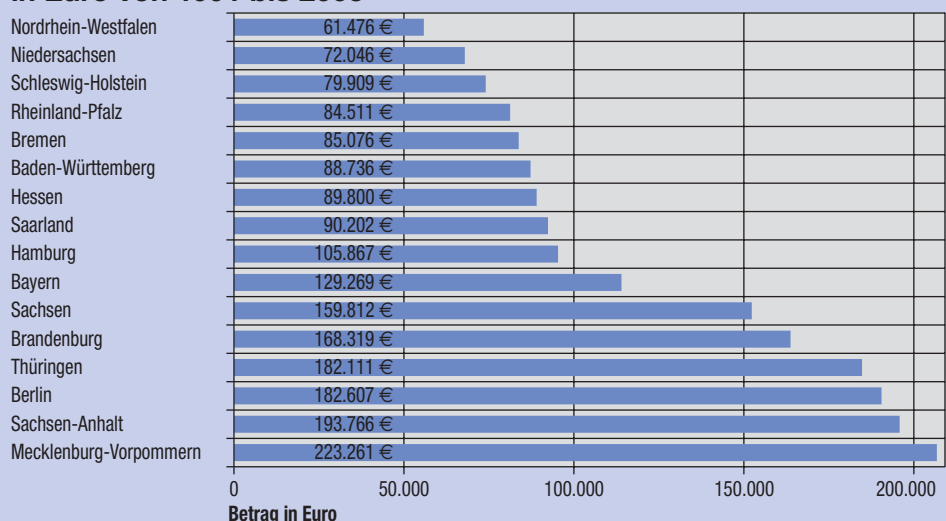
durch das Land NRW rückte der von der neuen Landesregierung angekündigte Bewilligungsstopp für Investitionsvorhaben. Der zuständige Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales Karl-Josef Laumann hatte angekündigt, in den Jahren 2006 und 2007 keine neuen Bewilligungsbescheide für Investitionsvorhaben im Rahmen der Investitionsprogramme für Krankenhäuser zu erteilen. Bewilligungen für das Jahr 2005 sollen nur noch nach eingehender Prüfung durch die Landesregierung erfolgen. Für die Jahre 2006 und 2007 ist ein genereller Bewilligungsstopp geplant.

Den ersten Schritt zur Umsetzung des Bewilligungsstopps hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) bereits getan, indem es die Versendung der von den Bezirksregierungen vorgelegten Anmelde- und Prioritätenlisten an die Beteiligten zur Stellungnahme im September ausgesetzt hat.

Aufgrund der mit dem Bewilligungsstopp verbundenen existenziellen Folgen für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser beschloss der Vorstand der KGNW am 21. September 2005 ein Aktionsprogramm, das sukzessive umgesetzt werden soll, sofern es die gesundheitspolitische Situation erfordert.

Seit der ersten Ankündigung am 19. August 2005 unterstrich die Landesregierung ihre Haltung zum Bewilligungsstopp wiederholt öffentlich. Bereits am 31. August 2005 leitete die KGNW den Mitgliedern des Ausschusses – im Vorfeld der ersten Sitzung des Landtagsausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales – ihr Agendapapier zur Landeskrankenhauspolitik zu, in dem nachdrücklich auf die Folgen der dauerhaften Unterfinanzierung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser durch die Investitionsmittelbereitstellung durch das Land hingewiesen wird.

Summe der KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro von 1991 bis 2005



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

Ende September 2005 hat die KGNW als einen der ersten Umsetzungsschritte des Aktionsprogramms eine Umfrage zum Bewilligungsstopp für Investitionsvorhaben des Landes für die Krankenhäuser in NRW für die Jahre 2006 und 2007 initiiert. Ziel dieser Umfrage war die Erfassung von Daten und Fakten zu den konkreten Auswirkungen eines Bewilligungsstopps auf die einzelnen Krankenhäuser in NRW.

Viele Krankenhäuser beteiligten sich an der Umfrage. Das Ergebnis der Umfrage wurde den Krankenhäusern auf der Mitgliederversammlung der KGNW am 30. November 2005 mitgeteilt.

Auf dieser Mitgliederversammlung haben die Delegierten der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser einstimmig eine Resolution zum angekündigten Bewilligungsstopp der Landesregierung für Investitionsvorhaben für Krankenhäuser verabschiedet (siehe Seiten 18 und 19).

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen fordern die Landesregierung darin auf, ihren gesetzlichen Verpflichtungen, die in dem entsprechenden Bundesgesetz verankert sind, nachzukommen, jährlich ein Investitionsprogramm in ausreichendem Umfang aufzustellen. Ansonsten begehe die Landesregierung einen klaren Rechtsbruch und müsse mit Hilfe der Gerichte dazu gezwungen werden, ihren gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern nachzukommen.



Stellte das von der KGNW bei der Kanzlei Redeker Sellner Dahs & Widmaier in Auftrag gegebene Gutachten vor: Rechtsanwalt Dr. Christian-Dietrich Bracher (Mitte) neben Rechtsanwalt Thorsten Ganse, Hauptreferent in der KGNW (links), und Rechtsanwalt Dr. Thomas Roth.

Rechtsgutachten der Rechtsanwaltskanzlei Redeker Sellner Dahs & Widmaier

Die Rechtsauffassung der KGNW, die Landesregierung müsse den gesetzlichen Verpflichtungen, die in dem entsprechenden Bundesgesetz verankert sind, nachkommen, jährlich ein Investitionsprogramm in ausreichendem Umfang aufzustellen, ansonsten begehe sie einen klaren Rechtsbruch, wird durch eine gutachterliche Stellungnahme untermauert, die die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen bei der Rechtsanwaltskanzlei Redeker Sellner Dahs & Widmaier in Auftrag gegeben hat. Das Rechtsgutachten wurde von

**Rechtsgutachten
der Rechtsanwalts-
kanzlei
Redeker Sellner
Dahs & Widmaier**

30. November 2005

Resolution der Mitgliederversammlung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zum angekündigten Bewilligungsstopp der Landesregierung für Investitionsvorhaben für Krankenhäuser

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat wiederholt auf die Folgen einer für die Krankenhäuser in NRW unzureichenden Investitionsfinanzierung hingewiesen. Viele Krankenhäuser stehen nach über zehnjähriger Budgetierung und durch den verstärkten Rückzug der öffentlichen Hand aus der Investitionsfinanzierung finanziell mit dem Rücken zur Wand.

Als Folge dieser Entwicklung wird sich die Zahl der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, die von Insolvenz bedroht sind, von Jahr zu Jahr weiter erhöhen. Schon jetzt liegt das Insolvenzrisiko von Krankenhäusern signifikant höher als das von Gewerbebetrieben. Für die Gesamtwirtschaft beträgt dieser Wert etwa ein Prozent, während die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit bei den Krankenhäusern bei 1,7 Prozent bundesweit liegt. Für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser ist unter Berücksichtigung der NRW-Trägerstruktur (hoher Anteil freigemeinnütziger Träger) die Ausfallwahrscheinlichkeit sogar noch höher als im Bundesdurchschnitt.

Vor dem Hintergrund dieser dramatischen finanziellen Perspektiven darf es nicht zu dem vom nordrhein-westfälischen Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Karl-Josef Laumann mehrfach angekündigten Bewilligungsstopp für Investitionsvorhaben im Rahmen der Investitionsprogramme für Krankenhäuser für das Jahr 2006 kommen. Den ersten Schritt zur Umsetzung des Bewilligungsstopps hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) bereits getan, indem es die Versendung der von den Bezirksregierungen vorgelegten Anmelde- und Prioritätenlisten an die Beteiligten zur Stellungnahme im September ausgesetzt hat.

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen fordern die Landesregierung auf, ihrer durch Bundesgesetz begründeten Verpflichtung zur jährlichen Aufstellung eines Investitionsprogramms nachzukommen. Die in den Investitionsprogrammen bis einschließlich des Jahres 2005 ausgewiesenen Mittel und Verpflichtungsermächtigungen sind bereits durch Bewilligungen ausgeschöpft, so dass auf der Grundlage dieser Investitionsprogramme keine neuen Investitionsförderungen für das Jahr 2006 oder die Jahre danach bewilligt werden können.

Das Land ist gesetzlich verpflichtet, jährlich ein Investitionsprogramm in ausreichendem Umfang aufzustellen. Kommt die Landesregierung dieser Rechtsverpflichtung nicht nach, begeht sie einen klaren Rechtsbruch und müsste mit Hilfe der Gerichte dazu gezwungen wer-

den, ihren gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern nachzukommen.

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen fordern die Landesregierung auf, unverzüglich das unterbrochene Verfahren zum Investitionsprogramm 2006 fortzusetzen.

Aufgrund der dualen Finanzierung sind die Krankenhausträger nicht berechtigt, ihre Investitionskosten über die Leistungsentgelte zu refinanzieren. Die Ansprüche der Krankenhäuser auf Finanzierung ihrer Investitionskosten sind aufgrund der bundesrechtlichen Festlegung eine öffentliche Aufgabe des Landes und somit von diesem zu erfüllen.

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind zwingend auf diese Investitionen angewiesen. Sie müssen auch in den folgenden Jahren Anträge auf Förderung ihrer notwendigen Investitionen stellen, um damit auf Dauer die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Hinzu kommt, dass sich schon jetzt nach Berechnungen von Ernst Bruckenberg der investive „Nachholbedarf“ oder „Investitionsstau“ auf 13,1 Milliarden Euro für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser in NRW beläuft.

Gerade in der jetzigen, höchst sensiblen Umstellungsphase auf das DRG-Fallpauschalensystem ist ein Stopp für viele Krankenhäuser in NRW mit nicht kalkulierbaren Risiken verbunden. Bereits durch die bisherigen von der ehemaligen SPD-/Grünen-Landes-

regierung bereitgestellten, völlig unzureichenden investiven Mittel fehlt den Krankenhäusern Geld, um sich auf weitere Herausforderungen der Zukunft, wie z. B. ambulante Öffnung der Krankenhäuser, integrierte Versorgungsformen, Telematik-Infrastruktur, einzustellen und um damit eine wirtschaftliche, zweckmäßige, wohnortnahe und qualitativ auf hohem Niveau stehende Patientenversorgung in NRW weiterhin sicherstellen zu können.

Die hohen Wachstums- und Beschäftigungspotentiale des Krankenhausbereichs dürfen durch weitere Einschnitte bei der Investitionsfinanzierung nicht ausgezehrt werden. Es darf zu keiner weiteren Verschlechterung der finanziellen Grundlagen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser kommen, die sich sonst im von der Politik geforderten, verschärften Wettbewerb auch im Vergleich zu anderen Bundesländern nicht behaupten können.

Die Landesregierung ist gesetzlich verpflichtet ein Investitionsprogramm 2006 aufzulegen. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser mit ihren über 240.000 Beschäftigten fordern die Landesregierung mit Nachdruck auf,

- 2006 ein Investitionsprogramm mindestens im Umfang der Vorjahre aufzulegen,
- den Bewilligungsstopp sofort aufzuheben und das unterbrochene Verfahren zum Investitionsprogramm 2006 fortzusetzen.

Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein

DRG-Kalkulations- runde 2005

der Rechtsanwaltskanzlei Redecker auf der Mitgliederversammlung am 30. November 2005 den Delegierten vorgestellt und anschließend ausführlich diskutiert.

In der gutachterlichen Stellungnahme wurden die Folgen der Entscheidung des MAGS, für das kommende Jahr kein Investitionsprogramm gemäß § 20 KHG NRW aufzustellen, einer rechtlichen Bewertung unterzogen. Daraus geht hervor, dass die Landesregierung, falls sie ihren Rechtsverpflichtung zur Aufstellung eines Investitionsprogramms in ausreichendem Umfang nicht nachkomme, mit Hilfe der Gerichte dazu gezwungen werden müsste, ihre gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern zu erfüllen.

Heilmittelvertrag für den Landesteil Nordrhein

Am 11. November 2004 fand ein Verhandlungstermin mit Vertretern der Verbände der Kostenträger statt, in dessen Verlauf das Leistungsverzeichnis im Hinblick auf die seitens der KGNW neu eingebrachten Leistungen weitestgehend konsentiert wurde. Aufgrund strittiger Leistungen sowie der von der Krankenseite geforderten Preisanpassungen konnten die Verhandlungen zur Anpassung des Preis- und Leistungsverzeichnisses für den Heilmittelvertrag nach § 125 SGB V erst im Jahr 2005 fortgesetzt werden.

Am 6. Oktober 2005 fand nach Vorarbeit durch die Arbeitsgruppe „Heilmittelvertrag“ ein erneuter Verhandlungstermin mit Vertretern der Verbände der Kostenträger statt. Ziel der krankenseitigen Verhandlungskommission war es hier-

bei, eine deutliche Anhebung der Preise für bisher vereinbarte Leistung sowie eine angemessene Vergütung für neue Leistungen zu erreichen. Die Forderung der KGNW, die Preise für die bisher vereinbarten Leistungen ab 2006 um die kumulierten Veränderungs-raten der Jahre 2003 bis einschließlich 2006 anzuheben, musste noch in den Gremien der Verbänden der Krankenkassen diskutiert werden.

Auch konnte das Verhandlungsverfahren bis Ende des Jahres 2005 noch nicht abgeschlossen werden, da die Höhe der Veränderungsrate für das Jahr 2006 strittig war. Die KGNW ging von der vom BMGS im September 2005 veröffentlichten Veränderungsrate von 0,83 Prozent aus, während die Verbände der Krankenkassen eine Absenkung auf 0,63 Prozent forderten. Bis zum Jahresende war eine rechtsverbindliche Korrektur der Veränderungsrate noch nicht erfolgt.

DRG-Kalkulationsrunde 2005

2004 war es der Selbstverwaltung erstmals gelungen, sich bei dem Fallpauschalenkatalog als zentraler Baustein bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems zu einigen. Eine Einigung erfolgte zudem bei den „Abrechnungsbestimmungen“ für die Fallpauschalen und bei den „Zuschlägen für Begleitpersonen“ des Patienten.

Mit dem Jahr 2005 wirkte sich das DRG-System durch den Beginn der Konvergenzphase unmittelbar auf die Erlössituation der Krankenhäuser aus. Mit der Weiterentwicklung des DRG-Katalogs Version 2004 zur Version 2005 erfolgte eine

zunehmend sachgerechte Abbildung der Krankenhausleistungen durch Bewertungsrelationen sowie in Bezug auf die Zuordnung zu einzelnen DRGs und Fallgruppen. Der Fallpauschalenkatalog für 2005 enthält nun 878 DRG, davon konnten 845 kalkuliert werden; für 33 DRG sind keine Bewertungsrelation angegeben worden. Insgesamt haben 32 Krankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen an der Kalkulation teilgenommen.

Bei der Langlieger- und Kurzliegervergütung, im Bereich der Intensivmedizin und der Onkologie wurden große Fortschritte durch eine sachgerechten Zuordnung der Kosten und Erlöse gemacht. Hier kann eine deutliche Differenzierung durch Splitting verschiedener Fallpauschalen verzeichnet werden.

Bei den Zusatzentgelten wurden statt 26 im Jahr 2004 nunmehr 71 abrechenbar, davon 35 mit einem Festpreis. Hierbei handelt es sich überwiegend um Zusatzentgelte für onkologische Medikamente. Die Zahl der ungeteilten Basis-DRGs hat sich von 236 auf 454 fast verdoppelt. Die Spannweite von der minimalen zur maximalen Bewertungsrelation hat sich um 19 Prozent erhöht.

Im Jahr 2004 existierten insgesamt 47 sogenannte explizite Tagesfall-DRGs. Der Katalog für das Jahr 2005 enthielt nur noch 19 dieser DRGs. Dafür sind 216 implizite Tagesfall-DRGs vorhanden, in denen die Ein-Belegungstag-Fälle nach den tatsächlichen mittleren Kosten vergütet werden und der Kurzliegerabschlag direkt kalkuliert werden konnte.



Auf großes Interesse stieß der Workshop des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung und der KGNW zu den Insolvenzrisiken von Krankenhäusern vor dem Hintergrund von Basel II.

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006)

Am 24. August 2005 wurde den Partnern der Selbstverwaltung vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) das G-DRG-System für das Jahr 2006 vorgestellt. Eine Einigung der Selbstverwaltungspartner erfolgte beim Katalog, den Abrechnungsbestimmungen und bei der Festlegung von Zusatzentgelten. Damit kam – wie für das Jahr 2005 – eine Vereinbarung bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems auf

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006)

Selbstverwaltungsebene zustande. In den ersten beiden Umstellungsjahren auf das neue Entgeltsystem hatte das BMGS jeweils im Rahmen einer Ersatzvornahme eine Rechtsverordnung nach § 17 b Absatz 7 KHG erlassen, da sich die Selbstverwaltungspartner über die Abrechnungsbestimmungen und die Entgeltkataloge nicht hatten einigen können.

Für 2006 wurden mit insgesamt 83 Zusatzentgelten 12 Entgelte mehr als im Jahr 2005 vereinbart.

Zum ersten Mal haben die Selbstverwaltungspartner auch zwei DRGs für die Abrechnung von teilstationären Krankenhausleistungen mit in den Katalog aufgenommen. Künftig ist eine teilstationäre Dialysebehandlung über eine bewertete Pauschale für Erwachsene und eine unbewertete – d. h. je Krankenhaus zu vereinbarende – Pauschale für Kinder abrechnungsfähig.

Die Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen, die dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) unterliegen, erfolgt im Jahr 2006 nach der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006). Auf der Grundlage der Abrechnungsbestimmungen für das Jahr 2006 wird eine Verbesserung des leistungs- und sachgerechten Vergütungsgeschehens und eine Reduzierung potentieller Abrechnungskonflikte erreicht.

Budgetverhandlungen 2005

Die Budgetverhandlungen für das Jahr 2005 konnten aufgrund von Problemen, die mit der erstmaligen

Ermittlung des Landesbasisfallwertes verbunden waren, erst sehr spät im Jahr beginnen. Der Landesbasisfallwert für NRW wurde schließlich durch die Schiedsstelle am 1. Juni 2005 festgelegt.

Der für die Budgetverhandlung in Nordrhein-Westfalen gemäß § 4 KHEntgG für das Jahr 2005 maßgebliche landesweit gültige Basisfallwert betrug nach Abzug des Kappungsbetrages 2.679,80 Euro. Dieser Wert ergab sich aus dem festgesetzten Basisfallwert vor Kappung in Höhe von 2.734,30 Euro, von dem der Kappungsbetrag in Höhe von 54,50 Euro abzuziehen war.

KG NW und Landesverbände der Krankenkassen hatten sich in Verhandlungen trotz Übereinstimmungen in einigen Punkten nicht auf einen landesweit geltenden Basisfallwert einigen können; deshalb musste – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – die Schiedsstelle angerufen werden. Der Vorsitzende der Schiedsstelle hatte die KG NW und die Verbände der Krankenkassen im Verlauf der Schiedsstellensitzungen aufgefordert, parallel zu diesen Beratungen erneut über einen landesweit gültigen Basisfallwert zu verhandeln.

Da auch im Verlauf dieser Verhandlungen zwischen KG NW und Krankenkassen kein Konsens über die Höhe des Landesbasisfallwerts erzielt werden konnte, und der Schiedsstellenvorsitzende angekündigt hatte, diese für die Krankenhäuser außerordentlich wichtige Entscheidung am 1. Juni 2006 zu treffen, wurde nun die Entscheidung der Schiedsstelle an diesem Tag verkündet.

Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW – KHG NRW

Die Einführung des DRG-Systems als neues Entgeltsystem für Krankenhausleistungen und die fortschreitende Entwicklung hin zu einer Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung von ambulanten Leistungen durch entsprechende Änderungen im SGB V machen eine Überprüfung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen erforderlich.

Aus diesem Grund richtete der Fachausschuss für Planung und Förderung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in seiner Sitzung am 14. März 2005 eine Arbeitsgruppe ein, die sich mit der Erarbeitung von Eckpunkten für ein neues Krankenhausgesetz NRW (KHG NRW) befasst. Erste Eckpunkte der KGNW für die Novellierung des KHG NRW, die von der Arbeitsgruppe erarbeitet wurden, sollen voraussichtlich im Januar des Jahres 2006 dem MAGS zugeleitet werden.

Umsetzung des § 17 a KHG (Ausbildungsfond)

Nach dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15. Dezember 2004 sollen die Landeskrankhausgesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung

auf Landesebene einen Ausgleichsfond zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Auszubildungsvergütungen erstmals für das Jahr 2006 vereinbaren.

Dieser Ausgleichsfond wird gemäß § 17 a Abs. 5 Satz 2 KHG von der Landeskrankhausgesellschaft errichtet und verwaltet. Zur Erarbeitung der vertraglichen Grundlagen des Ausbildungsfonds haben auf Bundesebene die Geschäftsführer der Landeskrankhausgesellschaften eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aller Bundesländer eingerichtet.

Die KGNW hat sich ebenfalls intensiv mit der möglichen Umsetzung der gesetzlichen Regelung befasst. Frühzeitig wurde allerdings deutlich, dass im Zusammenhang mit der Ausgestaltung des Ausbildungsfonds wichtige steuerrechtliche Fragen seitens der Finanzbehörden des Bundes und der Länder zu klären sind. Trotz mehrfacher Interventionen der DKG ist es erst Ende Oktober 2005 zu einer steuerrechtlichen Beurteilung des für Ausbildungszwecke einzurichtenden Ausgleichsfonds durch die obersten Finanzbehörden des Bundes und der Länder gekommen. Die Beurteilung ließ aber nach wie vor einige Punkte offen. Aufgrund der finanziellen Unwägbarkeiten für die KGNW beschloss der Vorstand der KGNW am 30. November 2005, den Ausbildungsfond zum 1. Januar 2006 nicht umzusetzen.

Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW – KHG NRW

Umsetzung des § 17 a KHG (Ausbildungsfond)

Externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V / Gemeinsamer Bundesausschuss

Krankenhausorganisation, EDV und Statistik

Externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V / Gemeinsamer Bundesausschuss

Wie bereits im Jahr 2004 sind auch im Jahr 2005 zahlreiche Beschlüsse zur externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in der Besetzung nach § 91 Abs. 7 SGB V (stationäre Kammer) und die jeweiligen Unterausschüsse getroffen worden. Hier standen insbesondere folgende Themen im Vordergrund:

- Einführung zahlreicher neuer Leistungsbereiche der Transplantationsmedizin (Lebertransplantation, Leberlebendspende, Nieren-

transplantation, Nierenlebendspende) in die externe Qualitätssicherung ab dem 1. Januar 2006.

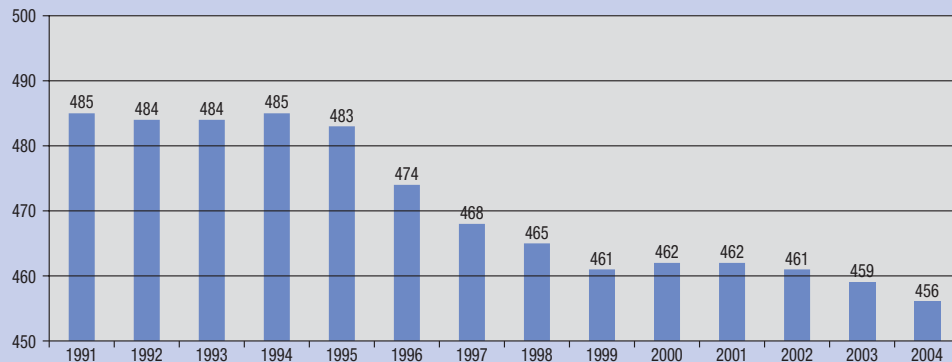
- Aussetzung der Sanktionen für den im Jahr 2005 eingeführten neuen Leistungsbereich „Ambulant erworbene Pneumonie“ im Einführungsjahr.
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen.
- Einbeziehung der DKG und der Patientenvertretungen in den Empfängerkreis für den Strukturierten Qualitätsbericht.
- Vereinbarung zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus.
- Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gemäß § 137c SGB V:
 - *Positronenemissionstomographie* beim nichtkleinzelligen Lungenkarzinom und Lungenrundherden

Krankenhäuser und Betten nach Trägern und Ländern 2004

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	105	16 297	57,6	32	9 416	33,3	32	3 176	11,2	41	3 705	13,1
Hamburg	47	11 848	68,3	10	6 014	34,7	19	4 902	28,3	18	932	5,4
Niedersachsen	206	45 518	56,9	72	23 730	29,7	77	16 862	21,1	57	4 9264	6,2
Bremen	14	5 877	88,6	5	3 590	54,1	7	1 989	30,0	2	298	4,5
Nordrhein-Westfalen	456	130 489	72,2	90	40 245	22,3	317	84 399	46,7	49	5 845	3,2
Hessen	172	37 059	60,8	64	20 794	34,1	62	12 124	19,9	46	4 141	6,8
Rheinland-Pfalz	98	25 780	63,5	20	8 999	22,2	59	15 054	37,1	19	1 727	4,3
Baden-Württemberg	316	62 387	58,2	139	43 815	40,9	76	12 736	11,9	101	5 836	5,4
Bayern	387	79 674	64,0	221	61 015	49,0	53	9 906	8,0	113	8 753	7,0
Saarland	26	7 351	69,6	11	4 455	42,2	15	2 896	27,4	-	-	-
Berlin	71	20 531	60,6	3	8 511	25,1	36	9 074	26,8	32	2 946	8,7
Brandenburg	47	15 534	60,5	22	9 714	37,8	18	3 429	13,4	7	2 391	9,3
Mecklenburg-Vorpommern	34	10 390	60,4	8	3 558	20,7	13	2 471	14,4	13	4 361	25,4
Sachsen	86	28 507	66,4	40	18 389	42,8	17	3 197	7,4	29	6 921	16,1
Sachsen-Anhalt	51	17 332	69,5	24	11 463	46,0	15	3 400	13,6	12	2 469	9,9
Thüringen	50	16 759	71,2	19	7 009	29,8	15	3 719	15,8	16	6 031	25,6
Deutschland	2 166	531 333	64,4	780	280 717	34,0	831	189 334	22,9	555	61 282	7,4

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

Anzahl der Krankenhäuser in NRW 1991–2004



Quelle: Statistische Jahrbücher 1991–2003; für 2004: Statistische Berichte, Krankenhäuser und Versorgungs- oder Rehabilitationseinrichtungen für Nordrhein-Westfalen 2004

- Protonentherapie bei Zerebralen Ateriovenösen *Mal*formationen (AVM)
- Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO)
- Einführung eines Datenvalidierungsverfahrens ab 2006.
- Finanzielle Konsequenzen bei fehlenden Sollstatistiken ab 2006.
- Verabschiedung einer Verfahrensordnung.

Auf Landesebene sind die Auswertungen des Verfahrensjahres 2004 für die 14 verpflichtenden und zehn freiwilligen Leistungsbereiche bis Mitte 2005 an die Krankenhäuser versandt worden, dabei erstmalig auch in elektronisch lesbarer Form (Excel-Format). Hierüber wurde in einer „Ergebniskonferenz“ am 29. September 2005 im Ärztehaus Düsseldorf informiert, an der mehr als 300 Vertreter aus Krankenhäusern, Krankenkassen und anderen Institutionen teilnahmen. Insgesamt haben im Verfahrensjahr 2004 in Nordrhein-Westfalen 323 Krankenhäuser an dem Qualitätssicherungsverfahren teilgenommen. Dabei wurden 560.571 Datensätze aus 322 Krankenhäusern in dem „Pflichtverfahren“ sowie 30.253 freiwillige Dokumentationen aus 150 Krankenhäusern in die Auswertung mit einbezogen. In insgesamt 3.781 Fällen wurde aufgrund statistischer Auffälligkeiten ein sogenannter „strukturierter Dialog“ zwischen den Regionalvertretungen Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie den Krankenhäusern eingeleitet.

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) zahlreiche Beschlüsse mit teilweise signifikanten Auswirkungen auf den Krankenhausbereich gefasst:

- Ergänzung der Kinderrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V mit einer Richtlinie zur Einführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings.
- Aktualisierung der Disease-Management-Programme (DMP) „Brustkrebs“ und „Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen“.
- Vergabe von Aufträgen an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Mindestmengen

Nordrhein-Westfalen beteiligte sich auch an dem Probebetrieb zur „Datenvalidierung“. Hierzu wurde für das Modul 17/2 (Hüftendoprothesen-Erstimplantation) auf der Basis von fünf Qualitätsindikatoren in 25 zufällig ausgewählten Krankenhäusern eine Überprüfung der Dokumentationen vorgenommen.

Mindestmengen

Der GBA in der Besetzung nach § 91 Abs. 7 SGB V hat im Jahr 2005 eine Mindestmenge von 50 Eingriffen für den Bereich Knie-TEP pro Krankenhaus (Betriebsstätte) pro Jahr für die Zeit vom 1. Januar 2006 beschlossen. Krankenhäuser, die im Jahr 2005 zwischen 40 und 49 Knie-TEPs erbracht haben, erhalten eine Übergangszeit von einem Jahr. Diese müssen dann aber bestimmte Qualitätsanforderungen des BQS-Verfahrens erfüllen.

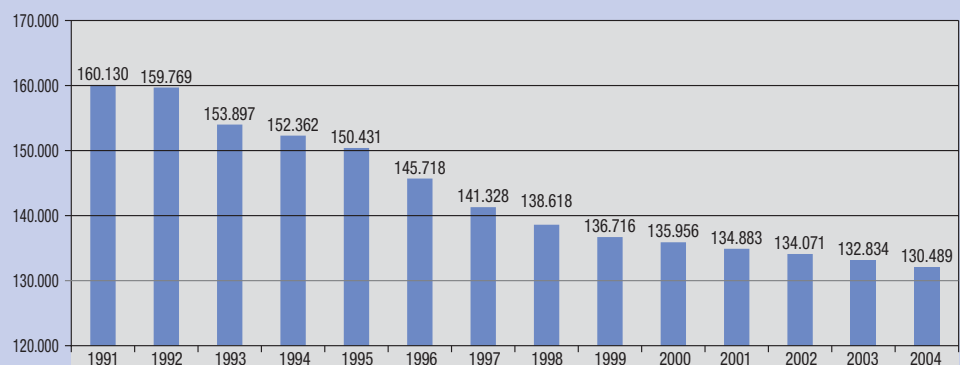
Im Oktober 2005 vorgelegte Zwischenergebnisse über Untersuchungen des IQWiG zur Berechnung von Schwellenwerten bei

Mindestmengen für Knie-TEPs haben ergeben, dass für mindestens zwei Qualitätsindikatoren der untersuchten BQS-Daten kein sinnvoller Schwellenwert ableitbar ist. Ein daraufhin von der DKG gestellter Antrag auf Aussetzung der Mindestmengenregelung für den Leistungsbereich Knie-TEP wurde im GBA mehrheitlich abgelehnt.

Im Vorfeld hatte der VdAK im Namen der Spitzenverbände der GKV und der PKV sämtliche relevanten Krankenhäuser angeschrieben und um Veröffentlichung der geforderten Mindestmenge von 50 Knie-TEPs pro Jahr gebeten. Dies ist von der KGNW aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt worden.

Außerdem hat der GBA im Jahr 2005 Anhebungen der Mindestmengen für die bereits vereinbarten Bereiche Lebertransplantationen, Nierentransplantationen, komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus, komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas, Stammzelltransplantationen mit Wirkung vom

Anzahl der Krankenhausbetten in NRW 1991–2004



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS), Statistische Jahrbücher 1991–2004, für 2004: Statistische Berichte. Krankenhäuser und Versorgungs- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2004

1. Januar 2006 beschlossen. Zudem wurde eine Neufassung der Mindestmengenvereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 3 SGB V inklusive der Anlagen 1 und 2 vereinbart.

Im Laufe des Jahres 2005 haben der AOK-Bundesverband (Krankenhaus-Navigator), der VdAK (Klinik-Lotse) sowie weitere Kassen (z. B. DAK: Krankenhaus-Kompass) eigene internetgestützte Systeme installiert, die auf der Basis von Fallzahlen ausgewählter medizinischer Themen und Diagnosen oder Behandlungen eine Klassifizierung von Krankenhäusern vornehmen. Nach Auffassung der KGNW sind diese Systeme überwiegend fehlerhaft und daher ungeeignet.

Strukturierter Qualitätsbericht

Bereits im Jahr 2004 hatte die KGNW einen Preis für den erstmals bis zum 31. August 2005 von allen Krankenhäusern zu erstellenden Qualitätsbericht ausgelobt. Der

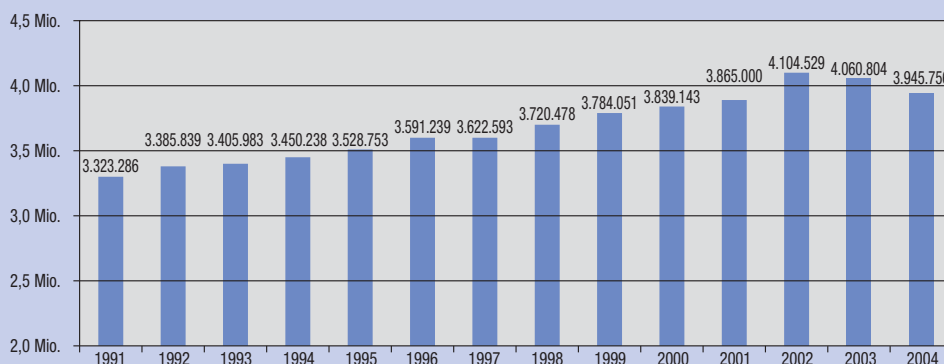
Preis sieht die Prämierung der drei besten Qualitätsberichte aus dem Bereich der Mitgliedskrankenhäuser vor.

Bis zum Stichtag hatten sich insgesamt 84 Häuser um den Preis beworben und der KGNW ihre Berichte übersandt. Ein Projektteam der Geschäftsstelle hat in enger Abstimmung mit einer ausgewählten, interdisziplinär zusammengesetzten Jury unter Vorsitz von Herrn von Thurn und Taxis, Vizepräsident der KGNW, ein umfangreiches mehrstufiges Bewertungsmodell entwickelt. Nach diesem Modell wurden die eingesandten Berichte gewichtet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Thematik von den Mitgliedskrankenhäusern sehr differenziert aufgearbeitet wurde. Die Preisverleihung soll im Februar 2006 im Rahmen des von der KGNW geplanten 1. Krankenhaus-Qualitätstages NRW erfolgen.

Außerdem beteiligte sich die KGNW-Geschäftsstelle an einer Unter-Arbeitsgruppe der GMDS

Strukturierter Qualitätsbericht

Anzahl der Krankenhauspatienten in NRW 1991–2004



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS), Statistische Jahrbücher 1991–2004, für 2004: Statistische Berichte. Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2004

**Epidemiologisches
Krebsregister /
Onkologische
Qualitätssicherung**

(Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie) zur Weiterentwicklung des Strukturierten Qualitätsberichtes.

Epidemiologisches Krebsregister / Onkologische Qualitätssicherung

Das „Gesetz zur Einrichtung eines flächendeckenden bevölkerungsbezogenen Krebsregisters in Nordrhein-Westfalen (EKR-NRW)“ ist mit Wirkung zum 1. Juni 2005 in Kraft getreten. Das Gesetz dient zur Einrichtung eines landesweiten epidemiologischen Krebsregisters in Nordrhein-Westfalen und wird verknüpft mit der „Onkologischen Qualitätssicherung“. Das Krebsregister wird getragen von den für die Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen verantwortlichen Institutionen, zu denen auch die KGNW zählt. Diese Institutionen haben zur Umsetzung des Registers eine gemeinnützige GmbH gegründet.

Die Kosten des Krebsregisters – einschließlich der Vergütung für die (direkten) Meldungen an das Krebsregister – trägt das Land Nordrhein-Westfalen. Auf eine entsprechende Regelung hatte die KGNW, u. a. in einer öffentlichen Anhörung des zuständigen Ausschusses des nordrhein-westfälischen Landtages im Januar 2005, nachdrücklich hingewirkt. Zwischenzeitlich hat sich der Aufsichtsrat der Epidemiologischen Krebsregister gGmbH und die neue Geschäftsstelle konstituiert. Sitz des Krebsregisters ist Münster. Vorgesehen ist eine sukzessive Einführung des Meldeverfahrens für das Epidemiologische Krebsregister in Westfalen-Lippe und – im Anschluss – im Landesteil Nordrhein.

Die Vorbereitungen (Einrichtung einer zentralen Datenbank bei der KV Westfalen-Lippe, Entwicklung von Qualitätsindikatoren/Erhebungsbögen usw.) zur Umsetzung der Onkologischen Qualitätssicherung im Landesteil Westfalen-Lippe waren Ende des Jahres 2005 zum



Referenten bei der KGNW-Informationsveranstaltung zur geplanten Einführung des epidemiologischen Krebsregisters und der onkologischen Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen (v. links): Prof. Dr. Leopold Balleisen, Ev. Krankenhaus Hamm; Dipl.-Verw. Jan Wiegels, Hauptreferent in der KGNW; Prinz Ferdinand von Thurn und Taxis, Vizepräsident der KGNW; Dr. Birgit Weihrauch, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie; Prof. Dr. Hans-Werner Hense, Universität Münster.

großen Teil abgeschlossen. Die Erfassung erfolgt mit Hilfe des von der KV Westfalen-Lippe erstellten Dokumentationssystem ONDIS unter Einbeziehung der bestehenden Onkologischen Schwerpunkte (OSP). Die Abstimmung des Verfahrens erfolgt in einem Lenkungsausschuss, der entsprechende Arbeitsgruppen eingesetzt hat. Diese werden von der Ärztekammer Westfalen-Lippe koordiniert. Bis Ende 2005 wurde der größte Teil der bestehenden Datenbestände bei den Onkologischen Schwerpunkten auf die zentrale Datenbank bei der KV Westfalen-Lippe übermittelt. Bis Anfang 2006 soll der überwiegende Teil der relevanten Krankenhäuser im Landesteil Westfalen-Lippe entweder direkt oder über entsprechende Kooperationen mit anderen Krankenhäusern mit der zentralen Datenbank bei der KV Westfalen-Lippe verbunden werden.

Im Landesteil Nordrhein haben die beteiligten Institutionen (Krankenkassenverbände, KGNW, Ärztekammer Nordrhein, KV Nordrhein) in zahlreichen Verhandlungen einen Vertragsentwurf weitgehend konsentiert. Im Rahmen eines Spitzengesprächs im November 2005 wurde eine weitgehende Harmonisierung mit den bereits bestehenden Qualitätssicherungsverfahren und Dokumentationsanforderungen sowie der entsprechenden Gremien vereinbart. Klärungsbedürftig waren insbesondere noch steuerrechtliche Fragestellungen (Umsatzsteuer/ Ertragssteuer), Finanzierungsregelungen (Finanzierungsvolumen, Verteilungsmechanismus auf die Leistungserbringer usw.) und die Datenübermittlung. Entsprechende Arbeitsgruppen wurden eingerichtet. Grundsätzlich wurde vereinbart,

in Analogie zu dem entsprechenden Vorgehen im Landesteil Westfalen-Lippe, zunächst eine spezifische Tumordokumentation für das Modul Mamma-CA und dann sukzessive für die Tumorentitäten Colon-CA, Prostata-CA und Bronchial-CA zu definieren.

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte/ Telematik im Gesundheitswesen

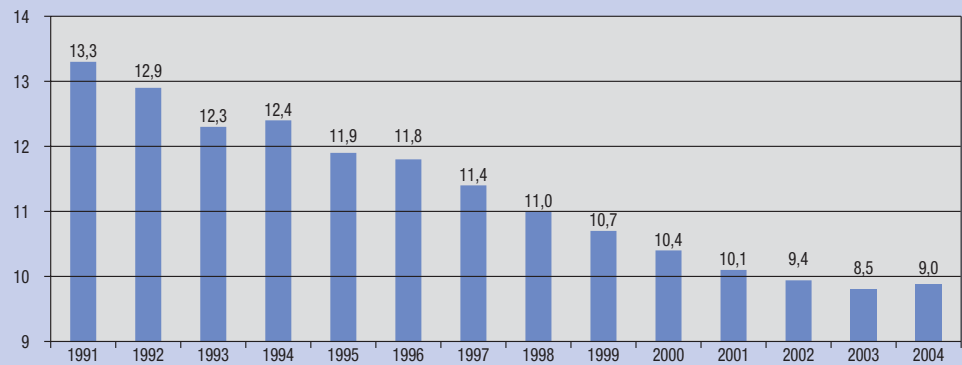
Die beabsichtigte Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im Jahr 2006 (§ 291a SGB V) hat im Jahr 2005 zu einer Vielzahl von Aktivitäten auf Bundes- und Landesebene geführt.

Auf Landesebene hat sich im November 2005 eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der Region Bochum-Essen für das Land Nordrhein-Westfalen gebildet, an der zahlreiche Kostenträger und neben der KGNW die wesentlichen Institutionen auf Seiten der Leistungserbringer beteiligt sind. Ziel ist die Anerkennung der Testregion „Bochum-Essen“ und die Durchführung von Tests zur Vorbereitung und Begleitung der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der elektronischen Heilberufs- und Berufsausweise.

In der Modellregion besteht bereits ein so genanntes Arbeitspaket „eKliniken“, in dem auch die Krankenhäuser aus der Modellregion, Vertreter der Industrie und die KGNW vertreten sind. Das Arbeitspaket leistet bundesweit Schrittmä-

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte/ Telematik im Gesundheitswesen

Verweildauer der Patienten in NRW 1991–2004



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS), Statistische Jahrbücher 1991–2004, für 2004: Statistische Berichte. Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2004

cherdienste für die Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte im Krankenhaus.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird als das derzeit größte IT-Projekt weltweit bezeichnet und zu einer Vielzahl von Änderungen und Anforderungen für sämtliche Beteiligte im Gesundheitswesen führen. Für den Krankenhausbereich ist gegenwärtig insbesondere der Aufbau einer Zertifizierungs- und Ausgabeinfrastruktur für Institutions- und Mitarbeiterausweise von Relevanz.

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 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) sowie durch die aktive Mitarbeit bei telematischen Projekten, wie z. B. der Gesundheitsplattform des Landes „Gesundheit.nrw“ und des Netzwerks Patientenberatung. Ferner

unterstützt die KGNW die Aktivitäten des MAGS und des ZTG in der „Modellregion Bochum/Essen“ als Testregion für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.

Organspende/Organtransplantationen in Nordrhein-Westfalen

Nachdem sich die Organspendesituation in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2004 deutlich verschlechtert hatte (Reduzierung um mehr als 20 Prozent auf nur noch 156 Organspenden), wurde im MGSFF unter Beteiligung der KGNW, der Krankenkassen, Ärztekammern usw. ein „Aktionsplan Krankenhaus“ entwickelt und entsprechende Arbeitsgruppen eingerichtet, in denen zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Organspende in Nordrhein-Westfalen vereinbart wurden. Außerdem fanden in der Regierungszeit der von SPD und „Die Grünen“ geführten Landesregierung unter Beteiligung von Gesundheitsministerin Birgit Fischer am 1. Februar 2005 im HELIOS Klinikum Wuppertal sowie am 30. April 2005 im Alfried Krupp

Krankenhaus in Essen Motivationsveranstaltungen für die regionalen Krankenhäuser statt. Hier wurden eine Vielzahl möglicher Ursachen und Verbesserungsvorschläge erörtert. Auch der neue Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen Karl-Josef Laumann hat sich der Thematik angenommen und in einer weiteren Veranstaltung für die Krankenhäuser im Raum Köln am 24. August 2005 im Krankenhaus Köln-Merheim eine möglichst zügige Verbesserung der Organspendesituation in Nordrhein-Westfalen gefordert. Ergänzend wurde vom MAGS eine Steuerungsgruppe „Organspende“ auf Ebene der Vorstände/Geschäftsführer der beteiligten Institutionen gegründet, in der auch die KGNW vertreten ist.

Erfreulicherweise zeichnete sich gegen Ende des Jahres 2005 eine deutliche Verbesserung der Organspenden und Transplantationszahlen in Nordrhein-Westfalen gegenüber dem Vorjahr ab.

Umweltschutz im Krankenhaus

Die KGNW hat am 29. November 2005 erstmalig einen „Krankenhaus-Umwelttag NRW“ in einem Krankenhaus in Bochum mit circa 100 Teilnehmer/innen durchgeführt. Dabei wurden in verschiedenen Vorträgen und Workshops Wege zum erfolgreichen Energie-Contracting sowie zur Gewinnung von Fördermitteln für Umweltprojekte erörtert.

Bereits Anfang 2005 hatte die KGNW in Zusammenarbeit mit der Energieagentur NRW drei Veranstaltungen in Krankenhäusern in

Düsseldorf, Bochum und Bielefeld zum Thema „E-Fit-Wochen“ durchgeführt, an denen mehr als 80 Krankenhausmitarbeiter/innen teilgenommen haben.

Die Kommission „Umweltschutz im Krankenhaus“ der KGNW hat sich im Jahr 2005 mit folgenden Schwerpunktthemen befasst:

- Vorschläge zum Bürokratieabbau im Umweltschutz
- Regelungen der Trinkwasserversorgung zum Umgang mit der Legionellengefahr
- Konsequenzen aus dem Wegfall der Verpflichtung zur Erstellung betrieblicher Abfallbilanzen und Abfallwirtschaftskonzepte
- Entwicklung von Umweltkennzahlen.

§ 301 SGB V

Im Jahr 2005 mussten in Zusammenhang mit der Vereinbarung gemäß § 301 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 wie auch im vergangenen Jahr eine Vielzahl von Schlüsselfortschreibungen und Nachträgen vorgenommen werden. Insbesondere die Entgeltverschlüsselung sowie die Anpassung der Vorschriften zur Datenübermittlung der Abrechnungen zum ambulanten Operieren standen hier im Vordergrund.

Deutsches Krankenhausverzeichnis

Das unter Federführung der Deutsche Krankenhaus Trustcenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) im Zusammenarbeit mit der DKG und allen Landeskranken-

§ 301 SGB V

Umweltschutz im Krankenhaus

Deutsches Krankenhausverzeichnis

**Netzwerk
Patientenberatung**

**Krankenhaus-
datenbank /
Auswertung der
planungsrelevanten
Daten 2004**

hausgesellschaften erstellte Deutsche Krankenhausverzeichnis, das Bestandteil der KGNW-Homepage ist, liegt seit Mitte des Jahres 2005 auch in einer englischen Version vor. Mit dieser Erweiterung gab es noch einmal eine Reihe von Krankenhäusern, die die kostenlose Gelegenheit nutzten, sich auf dieser Plattform zu präsentieren. Die Zugriffszahlen vor allem auch über das nordrhein-westfälische Gesundheitsportal belegen die zunehmende Bedeutung als wesentliche Informationsplattform über Anbieter im Gesundheitswesen. Ziel für das Jahr 2006 ist es, noch weitere Krankenhäuser dort mit ihren Leistungsangeboten aufzunehmen.

**Netzwerk Patienten-
beratung**

Im April 2001 haben sich einige Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz unter Beteiligung der KGNW zusammengeschlossen und die Arbeitsgemeinschaft „Netzwerk Patientenberatung NRW“ zur Verbesserung der Patienteninformation

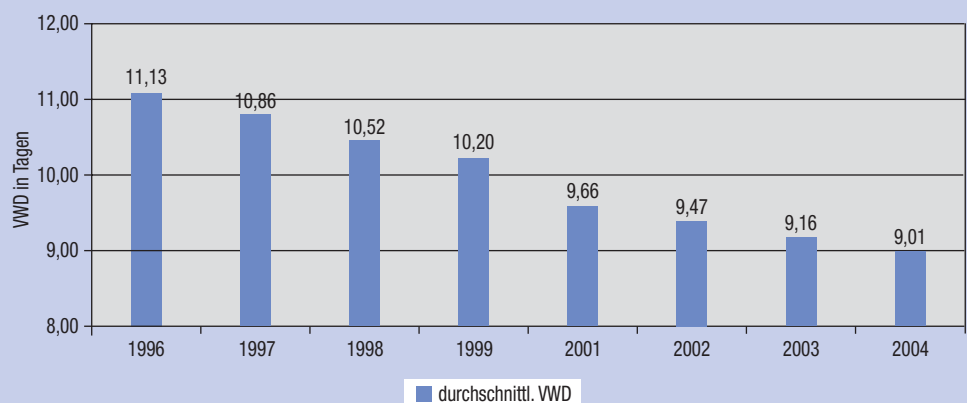
und -beratung gegründet. Die Verbesserung der gesundheitlichen Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten sind Ziele des „Netzwerks Patientenberatung NRW“. Die Ergebnisse umfangreicher Erhebungen wurden im Jahr 2002 in eine Datensammlung zusammengefasst, die im Rahmen eines Internetportals (www.netzwerk-patientenberatung-nrw.de) im Jahr 2005 der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt wurde. Zur Aktualisierung wurden von der KGNW alle gemeldeten Angebote aus dem Krankenhausbereich mittels einer Umfrage überprüft und aktualisiert sowie eine Vielzahl weiterer Angebote, die für die Allgemeinheit von Interesse sind, in die Datenbank aufgenommen.

**Krankenhausdatenbank /
Auswertung der planungs-
relevanten Daten 2004**

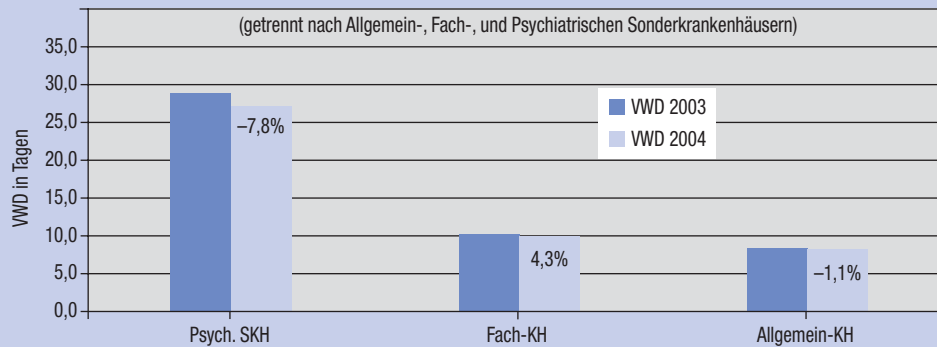
Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Daten nach der Krankenhausstatistikverordnung von den Mitgliedskrankenhäusern erhoben. Die

Abb. 1: Entwicklung der durchschnittl. Verweildauer in NRW seit 1996

(alle Krankenhäuser)



Quelle: Daten gem. KHStatV, eigene Berechnungen

Abb. 2: Verweildauer im Vorjahresvergleich

Quelle: Daten gem. KHStatV, eigene Berechnungen

überwiegende Mehrheit der Mitgliedshäuser nutzte dafür das Programm der DKG und übermittelte die Daten in elektronischer Form. Die Prüfung und Auswertung der planungsrelevanten Daten wurde im Dezember 2005 abgeschlossen und wurde im geschützten Bereich des Mitgliederservice als Download zur Verfügung gestellt.

Die wesentlichsten Ergebnisse, die teilweise von der offiziellen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und des Landesamts für Datenverarbeitung und Statistik abweichen, sind in drei Abbildungen im Überblick zusammengestellt worden:

Die durchschnittliche Verweildauer insgesamt reduzierte sich auf nunmehr 9,01 Tage (Abb. 1 auf Seite 32), wobei die Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern geringfügig um 1,1 Prozent auf durchschnittlich 8,27 Tage und in Psychiatrischen Sonderkrankenhäusern um 7,8 Prozent auf 26,85 Tage gesunken ist (Abb. 2).

Ein Vergleich der Jahre 1994 und 2004 (Abb. 3, nächste Seite) macht deutlich, in welchen Fachbereichen der Allgemeinkrankenhäuser die Verweildauer erheblich zurückgegangen ist.

Abb. 3: Verweildauerreduzierung nach Fachabteilungen, Vergleich der Jahre 1994 und 2004

Fachrichtung	Allgemeinkrankenhäuser in NRW			
	Verweildauer in Tagen 1994	Verweildauer in Tagen 2004	Reduzierung in Tagen	Reduzierung in %
Augenheilkunde	5,3	3,7	-1,6	-30,6%
Chirurgie	10,9	8,5	-2,4	-21,9%
dar.: Gefäßchirurgie	13,0	10,2	-2,7	-21,0%
dar.: Thoraxchirurgie ¹⁾	12,2	10,0	-2,2	-18,0%
dar.: Unfallchirurgie	11,0	9,0	-2,0	-18,3%
Frauenheilk. u. Geburtshilfe	7,0	5,6	-1,4	-19,5%
dar.: Frauenheilkunde	7,1	5,9	-1,2	-16,9%
dar.: Geburtshilfe	6,8	5,3	-1,5	-21,9%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4,9	4,7	-0,2	-4,7%
Haut- und Geschlechtskrankh.	12,5	8,1	-4,3	-34,7%
Innere Medizin	12,0	8,0	-4,0	-33,3%
dar.: Endokrinologie	12,2	9,5	-2,7	-21,8%
dar.: Gastroenterologie	10,5	7,1	-3,4	-32,1%
dar.: Hämatologie	8,7	7,8	-0,9	-10,7%
dar.: Kardiologie	8,4	5,9	-2,6	-30,3%
dar.: Nephrologie	9,1	7,8	-1,4	-14,8%
dar.: Lungen- und Bronchialheilk.	16,9	7,5	-9,4	-55,5%
dar.: Rheumatologie I	23,3	12,3	-11,1	-47,4%
dar.: Klinische Geriatrie	22,0	14,8	-7,2	-32,7%
Kinderchirurgie ²⁾	5,5	4,5	-1,0	-17,5%
Kinderheilkunde	7,4	5,5	-1,9	-25,4%
Kinder- und Jugendpsych.	54,6	41,2	-13,3	-24,4%
Mund- Kiefer-Gesichtschir.	6,9	5,9	-1,0	-14,9%
Neurochirurgie	11,6	9,7	-1,9	-16,3%
Neurologie	14,9	8,6	-6,3	-42,1%
Nuklearmedizin (Therapie)	6,7	4,3	-2,4	-35,7%
Orthopädie	14,4	10,0	-4,4	-30,4%
Plastische Chirurgie ²⁾	9,1	6,6	-2,5	-27,4%
Psychiatrie	30,7	24,2	-6,5	-21,1%
Psychosomatik	62,6	47,7	-14,9	-23,8%
Strahlentherapie	9,9	8,0	-1,9	-19,2%
Urologie	8,6	6,5	-2,1	-24,5%
Sonstige Fachber./Allg.-Betten	12,1	11,1	-1,0	-8,5%
Insgesamt	11,0	8,3	-2,8	-25,0%

Quelle: Daten gem. KHStatV, eigene Berechnungen

¹⁾ bis 2001 incl. Kardiovaskularchirurgie

²⁾ wurde bis 2001 als Subdisziplin der Abteilung Chirurgie geführt

Medizin

Im Juli 2005 erfolgte im Rahmen einer Umstrukturierung die Umwandlung der bisherigen Stabsstelle in das Referat Medizin. Um dem steigenden Bedarf an Beratung im medizinischen Bereich gerecht zu werden, wurde ein Pool an Fachexperten für medizinische Fragestellung aufgebaut, der in Zukunft weiter aufgestockt werden soll. Es wird die Gründung eines Fachbeirats für medizinische Themen angestrebt.

Ambulantes Operieren

Die Einführung des neuen EBM2000plus und ein neuer Vertrag gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V zum ambulanten Operieren waren die zentralen Arbeitsschwerpunkte in diesem Referat. Neben der Beratung von Krankenhäusern zu medizinischen Fragen der Abrechnung ambulanter Leistungen standen Aspekte der korrekten Leistungsabbildung der ambulanten Eingriffe im Mittelpunkt. Diese müssen überwiegend als OPS-Kode angegeben werden und können nur dann abgerechnet werden, wenn sie im Katalog „Ambulante Operationen und stationersetzenden Eingriffe im Krankenhaus“ enthalten sind.

Zum Vertrag gemäß § 115 b SGB V wollte die DKG im Oktober 2004 beim erweiterten Bundesschiedsamt eine Anschlussregelung ab dem 1. April 2005 erreichen. Im Zuge der Auseinandersetzung (siehe Krankenhausfinanzierung und -planung) hatte die DKG insbesondere im Bereich der Sachkostenerstattung gefordert, mit dem vertragsärztlichen Bereich an-

nähernd gleichgestellt zu werden. Damit sollte dem Grundsatz der gleichen Vergütung für Vertragsarzt und Krankenhaus Rechnung getragen werden.

Nach Verhandlungen im Bundesschiedsamt wurden die Anträge der DKG insgesamt zurückgewiesen. Festgesetzt wurde am 18. März 2005 letztlich ein zwischen KBV und GKV-Spitzenverbänden abgestimmter Entwurf, der in vielen Punkten von der Krankenseite nicht mitgetragen werden konnte.

Im Vorhinein konnte lediglich in der Frage der Begleitleistungen (prä-, intra- und postoperative Leistungen) und des Kataloges ambulanter Leistungen ein Kompromiss gefunden werden, der sich in der Festsetzung wieder findet.

Die DKG hat am 6. Juni 2005 Klage gegen den Beschluss des Erweiterten Bundesschiedsamts vom 18. März 2005 eingelegt und mit Schreiben vom 23. Juni 2005 den seitens des Erweiterten Bundesschiedsamts festgelegten Grundvertrag zu § 115 b Abs. 1 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2006 gekündigt (siehe Krankenhausfinanzierung und -planung).

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006)

Am 24. August 2005 wurde den Partnern der Selbstverwaltung vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) der neue Katalog für das Jahr 2006

Ambulantes Operieren

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006)

Mindestmengen

präsentiert. Erneut haben sich dabei erhebliche Umstrukturierungen der Vergütung für die Krankenhäuser im Jahr 2006 ergeben. Es erfolgte eine Einigung der Selbstverwaltungspartner beim Katalog, den Abrechnungsbestimmungen und bei der Festlegung von Zusatzentgelten. Damit kam – wie für das Jahr 2005 – eine Vereinbarung bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems auf Selbstverwaltungsebene zustande, nachdem die Verhandlungen zu den Abrechnungsbestimmungen und den Entgeltkatalogen in den ersten beiden Jahren des neuen Entgeltsystems gescheitert waren. Das BMGS hatte deshalb im Rahmen einer Ersatzvornahme eine Rechtsverordnung nach § 17 b Absatz 7 KHG erlassen.

Für 2006 wurden insgesamt 83 Zusatzentgelte vereinbart – 12 mehr als im Jahr 2005. Ebenfalls erfolgte eine Einigung zu den Deutschen Kodierrichtlinien, die die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren regeln.

Die Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen, die dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) unterliegen, erfolgt im Jahr 2006 nach der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006). Die Abrechnungsbestimmungen für das Jahr 2006 und die mit ihr erreichten Verbesserungen dienen nicht nur einer leistungs- und sachgerechten Vergütung, sondern zielen auch auf eine Reduzierung potentieller Abrechnungskonflikte ab.

Mindestmengen

Der GBA hat in seiner Sitzung am 16. August 2005 für den Bereich Knie-TEP die Festlegung einer Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Krankenhaus (Betriebsstätte) pro Jahr beschlossen. Krankenhäuser, die im Jahr 2005 zwischen 40 und 49 Knie-TEPs erbracht haben und im BQS-Verfahren des Jahres 2004 die festgelegten Referenzwerte erreichen, erhalten eine Karenzzeit von einem Jahr.

Mittlerweile hat das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) seinen Vorbericht zu den Mindestmengen bei der Knie-TEP veröffentlicht. Dieser stellt das Konzept der Mindestmengenregelung in Frage. Hier zeichnen sich erneute Auseinandersetzungen ab.

Onkologische Qualitätssicherung

Im Rahmen einer angestrebten Vereinbarung zwischen Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Ärztekammer Nordrhein, den Krankenkassenverbänden im Landesteil Nordrhein und der KGNW ist es ein vordringliches Anliegen der KGNW, eine Harmonisierung der Verfahren zur Qualitätssicherung herbeizuführen.

Eine Arbeitsgruppe von Fachexperten der KGNW erarbeitete Vorschläge zur Ausgestaltung einer Qualitätssicherung für onkologische Patientinnen, die eine sachgerechte Dokumentation ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand gewährleisten soll. Ziel ist es primär, bereits vorhandene und elektronisch erfasste Daten für die

Onkologische Qualitätssicherung

Qualitätssicherung zu verwenden, damit nicht sinnvolle Doppeldokumentationen vermieden werden können.

Heilmittel

Die Verhandlungen zu einer Fortschreibung des Preis- und Leistungsverzeichnisses für den Heilmittelvertrag nach § 125 SGB V wurden fortgeführt, nachdem von Seiten der Kostenträger aktualisierte Angebote vorgelegt worden waren. Eine Anpassung ist hier notwendig, da der Vertrag zuletzt im April 2001 adaptiert worden war (siehe Krankenhausfinanzierung und -planung).

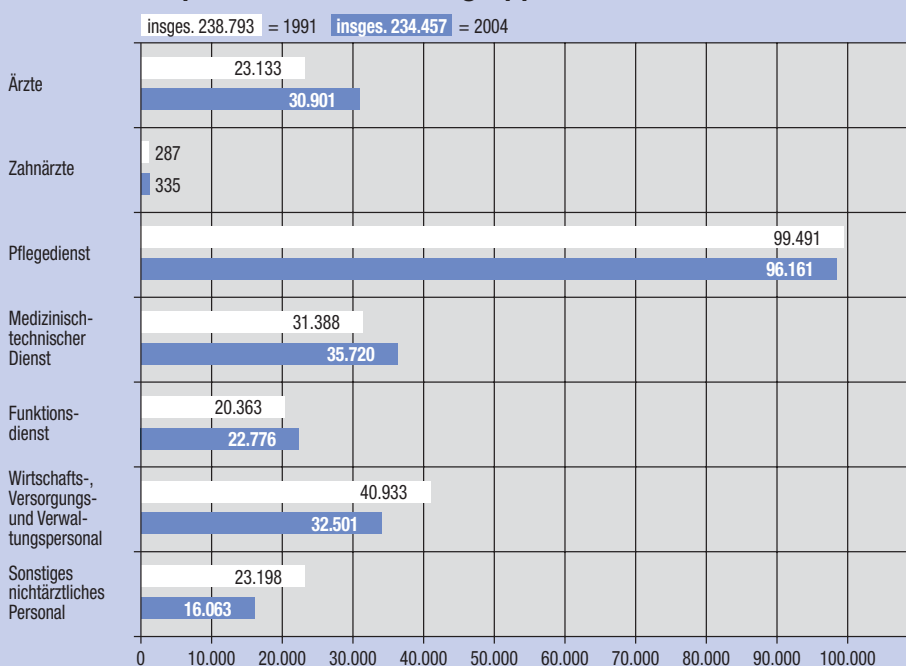
DMP „Brustkrebs“

Aufgrund der für 2006 anstehenden Reakkreditierung des DMP „Brustkrebs“ im Landesteil Nordrhein erfolgten mehrere, teils kontrovers geführte Verhandlungsrunden mit den Krankenkassenverbänden zu den Voraussetzungen für die Teilnahme von Kliniken am DMP. Von Seiten der KGNW wurde zur Vorbereitung der Verhandlungen ein Kriterienkatalog entwickelt, der die Anforderungen an den stationären Bereich definiert. Ziel der KGNW ist es, hier zu einer sachgerechten Lösung zu kommen um den Krankenhäusern Planungssicherheit für die Teilnahme an diesem DM-Programm zu geben.

DMP „Brustkrebs“

Heilmittel

Krankenhauspersonal nach Berufsgruppen 1991/2004



Quelle: Statistisches Jahrbuch und Statistische Berichte. Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2004. LDS NRW, Jahrg. 1993, eigene Berechnungen

**Schwerpunkte der
Tätigkeiten im
Jahre 2005**

Rechts-, Vertrags- und Personalwesen

Schwerpunkte der Tätigkeiten im Jahre 2005

Die gesetzlich vorgegebenen Aufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung bestimmten die Arbeitsschwerpunkte im Referat IV im Jahr

2005. In den Vordergrund traten die sich bereits in der Steuerthematik abzeichnenden Probleme zu.

Mit der Eingliederung des ehemaligen Referates III im Rahmen der Umstrukturierungsmaßnahmen hat das Referat IV darüber hinaus den Aufgabenbereich „Personalwesen“ übernommen. Hier bildeten die arbeitszeitrechtlichen Fragestel-



(Linkes Bild) Kurze Vorbesprechung vor Beginn der Mitgliederversammlung (v. links): Präsident Dr. Johannes Kramer, Geschäftsführer Richard Zimmer und Vizepräsident Pastor Günther Barenhoff.

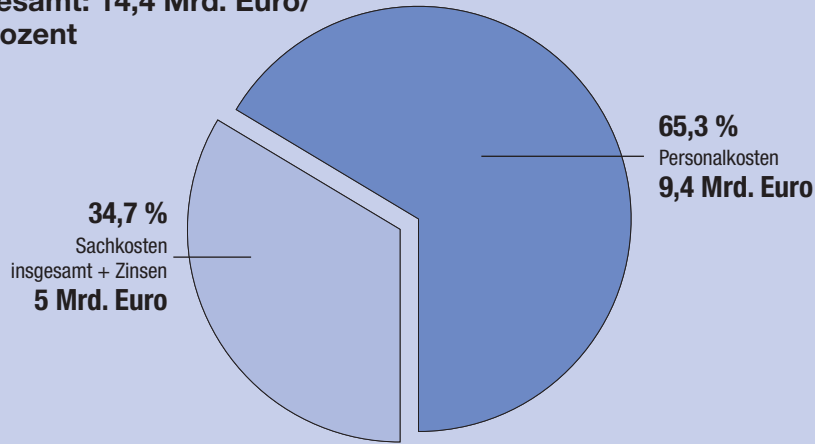
(Rechtes Bild) KGNW-Vizepräsident Prinz Ferdinand von Thurn und Taxis (links) im Gespräch mit Horst Gerbrand, Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen.

2005. Im Mittelpunkt standen dabei die Verhandlungsführung und die nachfolgende Auseinandersetzung in den Schiedsstellenverfahren zum landesweiten Basisfallwert gemäß § 10 KHEntgG und zum Landesvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. Durch zunehmende steuerrechtliche Fragen im Bereich der Selbstverwaltungsaufgaben (z. B. Ausbildungsfond gemäß § 17 a KHG, Qualitätssicherungsstellen) nahmen insbesondere in Nordrhein-West-

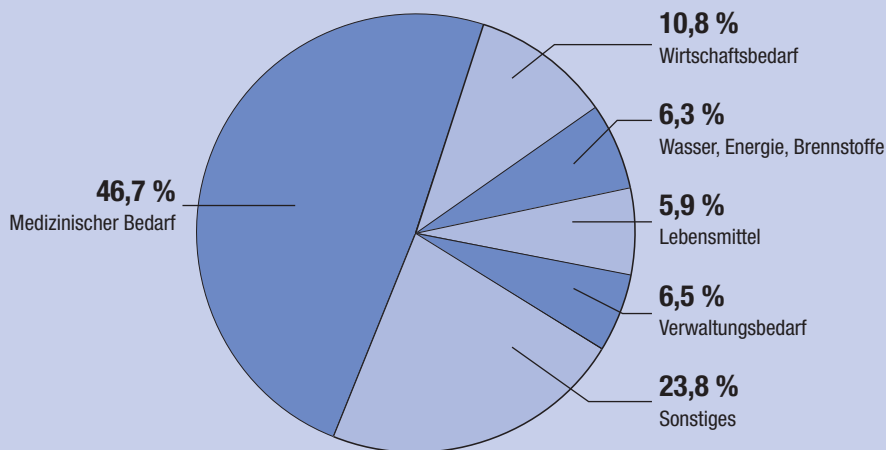
falen insbesondere mit Blick auf die zu erwartende EU-Richtlinie, die Verlängerung des § 25 Arbeitszeitgesetz und die Regelungen des MAGS in der Pflegeausbildung die Schwerpunkte.

Referatsübergreifend wurde zu Fragen zur Investitionsförderung (Bevilligungsstopp), Integrierte Versorgung, Umsetzung des Ausbildungsfonds gemäß § 17 a KHG, Novellierung des KHG sowie zu

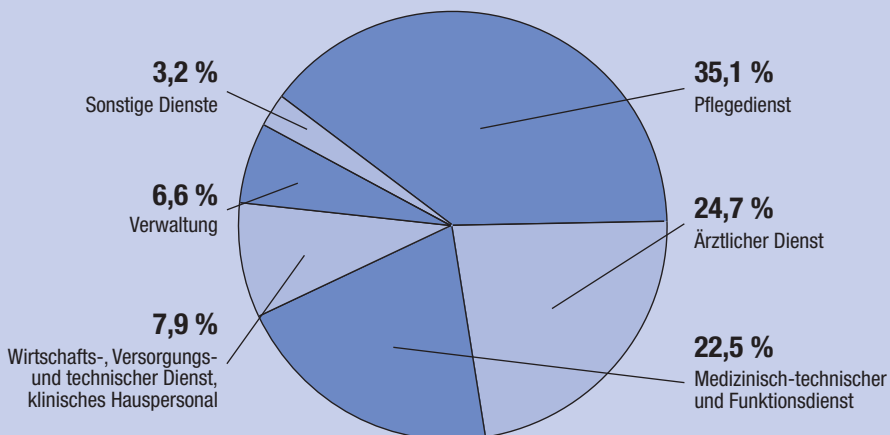
Sachkosten/Personalkosten im Krankenhaus in NRW 2004
Insgesamt: 14,4 Mrd. Euro/
in Prozent



Sachkosten im Krankenhaus in Prozent in NRW 2004



Personalkosten im Krankenhaus in Prozent in NRW 2004



Quellen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS): Statistische Berichte. Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2004; eigene Berechnungen

**Ermittlung eines
landesweiten
Basisfallwertes
für das Land NRW**

landesspezifischen Aufgaben im Bereich der Telematik (Testregionen/Mitarbeiterausweis) Stellung genommen.

Weiterhin bestand auch ein hoher Beratungsbedarf bezüglich des zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) im Bereich des Krankenhausfinanzierungsrechts.

Ermittlung eines landesweiten Basisfallwertes für das Land NRW

Die Vertragspartner auf Landesebene wurden durch den Gesetzgeber verpflichtet, erstmalig für das Jahr 2005 einen landesweit geltenden Basisfallwert gemäß § 10 Abs. 2 KHEntgG zu vereinbaren. Die Arbeitsgruppe des Hauptausschusses der KGNW hat – in insgesamt 13 Sitzungen – die sieben mit den Verbänden der Krankenkassen durchgeführten Verhandlungstermine begleitet. Anlässlich des letzten Verhandlungstermins am 1. Februar 2005 wurde von der KGNW das Scheitern der Verhandlungen erklärt, das den Verbänden der Krankenkassen mit offiziellem Schreiben vom 25. Februar 2005 mitgeteilt wurde. Am 31. März 2005 wurde mit der Einreichung des Schiedsstellenantrages bei der Schiedsstelle nach § 18 a KHG in Westfalen-Lippe das Schiedsstellenverfahren zur Ermittlung des ersten landesweiten Basisfallwertes für das Land Nordrhein-Westfalen eingeleitet. Nach fünf Beratungen der Schiedsstelle endete das Verfahren schließlich mit der Festsetzung des ersten landesweiten Basisfallwertes

in Höhe von 2.734,30 Euro vor und 2.679,80 Euro nach Kappung am 1. Juni 2005. Die Schiedsstelle hat dabei einen festen Kappungsbetrag von 54,50 Euro festgelegt, der nicht in den so genannten Fehlschätzungsausgleich aufgenommen wurde. Darüber hinaus wurde durch die Schiedsstelle festgesetzt, dass der im Rahmen der Ermittlung des Landesbasisfallwertes 2006 durchzuführende Fehlschätzungsausgleich für das Jahr 2005 zu den von der Schiedsstelle festgelegten Tatbestände auf Basis der Ist-Werte zu erfolgen hat. Dies stellt im Hinblick auf den Ausgang der Verfahren in den anderen Bundesländern eine Abweichung dar. Nach Vorstellung der Schiedsstellen in anderen Bundesländern sollen fast ausnahmslos hinsichtlich des Fehlschätzungsausgleichs auch die Vereinbarungswerte herangezogen werden.

Die „Verordnung zur Bestimmung vorläufiger Landes-Basisfallwerte im Fallpauschalensystem der Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenverordnung 2005 – KFPV 2005)“ trat am 19. Mai 2005 in Kraft. Für Nordrhein-Westfalen wurde damit im Wege einer Ersatzvornahme ein landesweiter Basisfallwert nach Kappung von 2.646 Euro festgelegt. Nach der Gesetzesbegründung kann und soll weder eine Präjudizierung der Vorgehensweise der Vertragsparteien auf Landesebene noch eine Präjudizierung der Höhe der zu vereinbarenden Landesbasisfallwerte bewirkt werden. Im Vergleich zu dem in der Ersatzvornahme festgelegten Wert wurde im Schiedsstellenverfahren am 1. Juni 2005 mit 2.679,80 Euro nach Kappung ein um 33,80 Euro höherer Wert festgesetzt.

Die Verhandlungen zwischen der KGNW und den Verbänden der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen zur Ermittlung eines landesweiten Basisfallwertes für das Land Nordrhein-Westfalen im Jahr 2006 wurden am 24. Oktober 2005 aufgenommen. Im ersten Verhandlungstermin konnte ein Konsens mit den Verbänden der Krankenkassen erzielt werden, durch eine straffe Verhandlung möglichst zeitnah den landesweiten Basisfallwert für das Jahr 2006 zu ermitteln.

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

In den Verhandlungen in der Landesschiedsstelle gemäß § 114 SGB V zur Festsetzung des neuen Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V hatte die Landesschiedsstelle am 13. April 2005 in der nicht öffentlich geführten Sitzung keinen neuen Landesvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V festgesetzt. Die Parteien wurden unter Beachtung der von der Schiedsstelle dargelegten Grundsätze zur weiteren Verhandlung aufgefordert. Die Schiedsstelle wies die Vertragsparteien zudem darauf hin, dass der bisherige Vertrag aus dem Jahre 1998 ab dem 13. April 2005 bis zum 31. Oktober 2005 weiter umgesetzt werden soll. Diesem Hinweis sind die Vertragsparteien nachgekommen und der Landesvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wurde vom 13. April 2005 bis zum 31. Oktober 2005 von allen Parteien verbindlich weiter angewendet.

Am 15. Juli 2005 wurden die Verhandlungen mit den Verbänden der Krankenkassen wieder aufgenommen. In den nachfolgenden Verhandlungen konnte die KGNW mit

den Verbänden der Krankenkassen einvernehmlich auf Arbeitsebene vereinbaren, dass die Neufassung bzw. Änderung des Landesvertrags nur noch die wesentlichen Kernaspekte (Kostenübernahmeerklärung, Dokumentation und Daten, Rechnungslegung / Frist / Zinsen / Mahnung / Verrechnung und Vertragsausschuss) umfassen sollte. Da die Verhandlungsparteien im Oktober noch davon ausgegangen waren, dass bis zum Ende des Jahres eine Einigung erzielt werden könnte, wurde eine weitere Verlängerung der Anwendbarkeit des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V bis zum 31. Dezember 2005 vereinbart. In den weiteren Verhandlungen wurde mit Ausnahme der Höhe des Zinssatzes in den genannten Bereichen im Grundsatz ein Konsens erreicht. Am 14. November 2005 sollten auf Basis dieser konsentierten Grundsätze die Vertragsänderungen getextet werden.

Zu Beginn dieser Sitzung wurde jedoch seitens der Krankenkassen klargestellt, dass sie ohne Aufnahme des von ihnen geforderten Zinssatzes (in Höhe von vier Prozent) keine Vertragsänderung abschließen könnten. Der Vorschlag der KGNW, die bereits im Grundsatz geeinten Punkte abzuschließen und nur die Höhe des Zinssatzes in die Schiedsstelle einzubringen, wurde von den Verbänden der Krankenkassen kategorisch abgelehnt. Darüber hinaus lehnten die Verbände der Krankenkassen auch eine weitere Verlängerung der Anwendbarkeit des Landesvertrages über den 31. Dezember 2005 hinaus ab. Der KGNW-Vorschlag, in die Schiedsstelle nur die in der Verhandlungsrunde beschränkten Kernaspekte einzubringen, muss noch in den

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

Steuerliche Behandlung der Krankenhäuser

Gremien der Krankenkassen beraten werden. Die KGNW wird aber bei der Schiedsstelle beantragen, dass der Landesvertrag bis zur Festsetzung des neuen Landesvertrages anwendbar bleibt.

Steuerliche Behandlung der Krankenhäuser

Durch die immer weiter ausufernde steuerrechtliche Belastung durch die restriktive Auslegung der Finanzbehörden nahmen die steuerrechtlichen Themenstellungen an Bedeutung zu. Im Bereich der individuellen Besteuerung von Krankenhäusern wurde die KGNW in die intensiven Beratungen der auf Bundesebene eingeführten Steuer-

arbeitsgruppe eingebunden und begleitet darüber hinaus ein für den gesamten Krankenhausbereich äußerst bedeutsames Musterverfahren in NRW.

Da das Finanzministerium Nordrhein-Westfalen in der Frage der Besteuerung der Krankenhäuser auf Bundesebene federführend ist, wurde seitens der KGNW die neue Landesregierung für die steuerrechtlichen Fragestellungen sensibilisiert. Es wurde in Abstimmung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der auf Bundesebene tätigen Steuerarbeitsgruppe der DKG und der Landeskrankenhausgesellschaften ein Diskussionsprozess mit dem Finanzministerium Nordrhein-Westfalen zu aktuellen steuerrechtlichen Problemstellungen begonnen, um den auf Bundesebene eingeleiteten aber schwerfälligen Diskussionsprozess zu unterstützen. Letztlich waren insbesondere im zweiten Halbjahr neben den krankenhaushausindividuellen Steuerthemen auch die steuerrechtliche Behandlung der Selbstverwaltungsinstitute und der Krankenhausgesellschaft im Rahmen der gesetzlichen Aufgabe der Einrichtung und Verwaltung des Ausbildungsfonds gemäß § 17 a KHG zentrale Arbeitsschwerpunkte.



Wahlleistung Unterkunft

Krankenhauspolitik aus Bundes- und Landessicht (v. links): Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Ingo Morell, Präsidiums- und Vorstandsmitglied der KGNW; Dr. Rudolf Kösters, Präsidiums- und Vorstandsmitglied der KGNW und zukünftiger DKG-Präsident, sowie Joachim Stapper-Muer, Geschäftsführer der Caritas-Trägerschaft Nord, Ahlen.

Wahlleistung Unterkunft

Die Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung der DKG und der PKV zur Einstufung und Akzeptanz von Komfortelementen war in der Anfangsphase mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Daneben hat die PKV seit Mitte 2004 die Berechnung des in der Gemeinsamen Empfehlung festgelegten Basispreises ab dem 1. Januar

2005 wegen der Umstellung auf das DRG-System (Wegfall des Kostenabzugs nach K 6 Nr. 9 der LKA) in Frage gestellt. Der PKV-Verband strebt einen bundesweit einheitlichen Basispreis an, während die DKG und auch die KGNW an der sachgerechten und einzig praktikablen individuellen Fortschreibung der Basispreise festhalten.

Die KGNW hat eine der ersten gerichtlichen Auseinandersetzungen mit der PKV vor dem Landgericht Düsseldorf und auch das Berufungsverfahren vor dem OLG intensiv begleitet. Das Landgericht Düsseldorf hat am 4. Februar 2005 (Az.: 15 O 222/04) über eine in der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) dargelegte Erhöhung der Bezugsgröße Unterkunft (BZU) von 2002 auf 2003 in einem frühzeitig auf das neue DRG-System umgestiegenen Krankenhaus entschieden. Danach ist die Angemessenheitsprüfung gemäß § 22 Abs. 1 Satz 5 BPfIV auf die von dem Krankenhausträger berechtigten Komfortzuschläge beschränkt und umfasst die Prüfung des Basispreises nicht mit. Das LG Düsseldorf hatte damit festgesetzt, dass der nicht zwingend darzulegende Teil der LKA, der die Bezugsgröße Unterkunft erfasst, zivilrechtlich nicht überprüfbar sei und als zwingendes Preiselement im Sinne der BGH-Rechtsprechung auch für die optierenden Krankenhäuser festgelegt werde. Das OLG hat im Berufungsverfahren die Rechtsauffassung des LG Düsseldorf nach KGNW-Informationen bestätigt. Die schriftlichen Urteilsgründe wurden aber noch nicht vorgelegt. Da sich die Feststellung des LG Düsseldorf als auch des OLG jedoch nur auf Sachverhalte für 2003 beziehen,

berät die KGNW derzeit intern die Rechtsituation mit den sich daraus ab dem 1. Januar 2005 ergebenden Konsequenzen.

Arbeitszeit im Krankenhaus

Novellierung der EU-Arbeitszeit-Richtlinie

Im Jahr 2005 war das Verfahren zur Novellierung der Europäischen Arbeitszeit-Richtlinie 2003/88/EG ein beherrschendes Thema in der politischen Diskussion. Die KGNW hatte im Zusammenhang mit dem Vorschlag der EU-Kommission zur Änderung der Richtlinie und den Beratungen des zuständigen Ausschusses des Europäischen Parlaments sowie der Entschließung des Parlaments darauf hingewiesen, dass das Parlament das opt-out mit einer Auslaufrist von drei Jahren vollständig abschaffen wolle. An einer vollständigen Bewertung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit solle festhalten werden. Im Hinblick auf konjunkturelle Besonderheiten eines Wirtschaftszweigs sollten aber unter engen Voraussetzungen Abweichungen tariflich vereinbart werden können.

Schon im Vorfeld der Beschlüsse des Parlaments hatte die KGNW in Abstimmung mit der DKG und allen anderen LKGen Informationsmaterial an alle Mitglieder versandt und diese dazu aufgerufen, den persönlichen Kontakt zu den Parlamentariern des Europäischen Parlaments zu suchen, um sie für die Situation im Krankenhausbereich zu sensibilisieren. Vertreter der KGNW haben an mehreren Gesprächen teilgenommen, in denen ein großes Informationsbedürfnis der beteiligten Abgeordneten deutlich wurde.

Arbeitszeit im Krankenhaus



Arbeitszeit im Krankenhaus

Vertreter der kommunalen Spitzenverbände im Gespräch (v. links): Hans-Werner Schaumann, Lüdenscheid; Lutz Decker, Städtetag Nordrhein-Westfalen und Horst Gerbrand, Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen.

Als Reaktion auf die ablehnende Entschließung des Parlaments hatte die Kommission Ende Mai 2005 einen revidierten Vorschlag vorgelegt. Dieser Vorschlag sieht die Möglichkeit einer Pauschalierung der inaktiven Zeit während des Bereitschaftsdienstes und bei prinzipieller Abschaffung des opt-out innerhalb von drei Jahren eine Weiterführung aufgrund einer Sondergenehmigung der Kommission vor. Arbeitsmarktpolitische Gegebenheiten sollen hierbei aber berücksichtigt werden können.

Nachdem der Europäische Ministerrat aufgrund der Kürze der Zeit in seiner Sitzung Anfang Juli 2005 keine Entscheidung getroffen hat, informierte die KGNW ihre Mitglieder, dass angesichts dieses Zeitplans mit einer Verabschiedung der

Richtlinie in diesem Jahr nicht mehr zu rechnen sei, und wies darauf hin, die Bemühungen um Gespräche mit Parlamentariern des Europäischen Parlaments und des Deutschen Bundestags zu verstärken.

Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 Arbeitszeitgesetz (ArbZG)

Als eine der ersten Krankenhausgesellschaften hatte die KGNW auf Bundesebene bereits im Mai 2005 auf eine Verlängerung des § 25 ArbZG um ein bis zwei Jahre gedrängt, um die Novellierung der Europäischen Arbeitszeit-Richtlinie, die damit verbundene Folgeänderung des deutschen ArbZG sowie die auf dieser Grundlage zu vereinbarenden tariflichen und AVR-Regelungen geordnet abschließen zu können. Zur Verlängerung des § 25 ArbZG über den 31. Dezember 2005 hinaus hatte die SPD/Die Grünen geführte Regierung keine klare Auffassung vertreten.

Die DKG hatte alle Ministerpräsidenten der Länder angeschrieben und sie um Unterstützung einer Bundesratsinitiative gebeten. Die KGNW hatte ebenfalls den nordrhein-westfälischen Ministerpräsidenten sowie den neuen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann angeschrieben und in Gesprächen mit Minister Laumann und der neuen Landesregierung die Verlängerung des § 25 eindringlich gefordert.

Die Koalitionsvereinbarung auf Bundesebene sieht eine Verlängerung um ein Jahr vor, der Freistaat Bayern hat eine Gesetzesinitiative im Bundesrat zur Verlängerung um

zwei Jahre eingebracht. Auch aus dem MAGS gibt es positive Signale in diese Richtung, wobei dort die Entscheidungsfindung noch nicht abgeschlossen ist.

NRW-Regelungen des MAGS in der Pflegeausbildung

Die KGNW hat die Bemühungen des NRW-Gesundheitsministeriums zur Weiterentwicklung der Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen kritisch und konstruktiv begleitet. Dabei konnte zu Beginn des Jahres 2005 eine vom Ministerium hervorgerufene konfliktträchtige Situation mit einem für die Krankenhäuser und Krankenpflegeschulen erfreulichen Ergebnis beendet werden.

Das – damalige – MGSFF hatte im Jahr 2004 den Krankenpflegeschulen per Erlass diverse rechtlich unhaltbare Vorgaben gemacht. So wurde eine Regelklassengröße von 25 Schülern vorgeschrieben, eine Pflichtstundenzahl von 25 Stunden für die Lehrer angeordnet und von den Schulen verlangt, die vom Land NRW erlassene „Ausbildungsrichtlinie“ zwingend umzusetzen. Schließlich wurden Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschulen verpflichtet, jeweils einen Teil ihrer Schüler mit anderen Schulen auszutauschen, um während der ersten zwei Jahre die vom Gesetz verlangte einheitliche Ausbildung zu garantieren („Schüler mischen“). Nach massiven Protesten der KGNW – die u. a. Gesundheitsministerin Fischer und Ministerpräsident Steinbrück angeschrieben hatte – und mehreren von Schulträgern angestrebten

Widerspruchsverfahren hat das MGSFF seine Positionen in einem Erlass vom 6. Januar 2005 weitestgehend zurückgenommen. Der Erlass des „Schüler mischens“ konnte somit verhindert werden.

Durch die Bereitschaft der Schulen, ihre Rechte auch auf juristischem Wege durch Widerspruchsverfahren zu vertreten, wurde die politische Einflussmöglichkeit der KGNW erheblich verstärkt.

Nach dem Regierungswechsel will das MAGS in zwei Bereichen durch neue Regelungsentwürfe die Krankenpflegeausbildung in NRW in seinem Sinne weiter entwickeln. So hat das MAGS einen Entwurf für eine „Durchführungsverordnung zum Krankenpflegegesetz“ vorgestellt. Die KGNW hat hier begrüßt, die Details der Krankenpflegeausbildung erstmals auf die rechtssichere Grundlage einer Rechtsverordnung zu stellen und diese Fragen nicht durch interne Erlasse zu regeln. Gleichzeitig hat die KGNW aber die Absicht des Ministeriums deutlich kritisiert, in der geplanten Rechtsverordnung die zur Ausbildung der hauptamtlichen Lehrkräfte zur Verfügung stehenden Hochschulen auf drei Standorte in NRW und einen bestimmten Studiengang zu begrenzen. Auch hat die KGNW zusammen mit anderen beteiligten Verbänden die vom MAGS beabsichtigte Neustrukturierung der Ausbildung in der Krankenpflegehilfe (KPH) und die Änderung der Berufsbezeichnung abgelehnt. Die neuen Regelungen seien mit den Finanzierungsvorschriften des § 2 Nr. 1a) KHG nicht kompatibel und auch die genauen Inhalte der neu strukturierten Ausbildung seien noch nicht bekannt. Es mache des-

NRW-Regelungen des MAGS in der Pflegeausbildung

Bemühungen um eine gesetzliche Regelung der OTA-Ausbildung

halb keinen Sinn, zunächst nur die Berufsbezeichnung zu ändern, wurde die Ablehnung durch die KGNW begründet.

Bemühungen um eine gesetzliche Regelung der OTA-Ausbildung

Die KGNW hat die Bemühungen der DKG für eine gesetzliche Regelung der OTA-Ausbildung – neues Berufsgesetz und Aufnahme in den Finanzierungskatalog des § 2 Nr. 1a) KHG – durch entsprechende Aktivitäten gegenüber dem MAGS unterstützt. Das Verfahren stockt allerdings zurzeit aus politischen Gründen auf der Ebene der Gesundheitsministerkonferenz.

Hebammen-Umlage in NRW

Das MAGS hatte der KGNW Anfang 2005 in Aussicht gestellt, die Hebammen-Umlage im Hinblick auf die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung auf den Ausbildungsfonds gemäß § 17a KHG ab 2005 nicht mehr zu erheben. Die KGNW hatte daraufhin eine Weiterführung der Umlage für 2005 verlangt, da der Ausbildungsfonds nach § 17a KHG im Jahr 2005 noch nicht eingerichtet werden konnte. So müssten auch die Träger, die Umlagebeträge zahlen, ohne selbst auszubilden, das Recht haben, für diese Umlagebeträge ein eigenes Ausbildungsbudget zu bilden.

Die Bemühungen der KGNW haben dazu geführt, dass die Umlage auch für 2005 weiter erhoben wurde. Zum Jahresende 2005 hat das MAGS erneut angekündigt, die Umlageverordnung zum 31. De-

zember 2005 aufzuheben. Eine offizielle Anhörung der KGNW hierzu ist bislang aber noch nicht erfolgt und in den KGNW-Gremien wird diese Ankündigung des MAGS zurzeit intensiv diskutiert.

Über die nachfolgenden Gerichtsurteile und Beschlüsse sowie ihre Auswirkungen hat die KGNW ausführlich per Rundschreiben informiert:

- **Beschluss des Sozialgerichts Saarland vom 14.12.2004, Az.: S 2 ER 89/04 KA**
Beschluss des Landessozialgerichts Brandenburg vom 01.11.2004, Az. L 5 B 105/04 KA ER zur Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung nach § 140 d SGB V
KGNW-Rundschreiben Nr. 066/2005 vom 28.02.2005
- **Urteil des Bundesgerichtshofes vom 16.11.2004, Az.: VI ZR 328/03 zu Folgen unterlassener therapeutischer Aufklärung**
KGNW-Rundschreiben Nr. 081/2005 vom 08.03.2005
- **Urteil des Landgerichts Hamburg vom 12.11.2004, Az.: 332 O 305/04 zur Wahlleistungsvereinbarung – Stellvertretervereinbarung**
KGNW-Rundschreiben Nr. 111/2005 vom 31.03.2005
- **Urteil des Landgerichts Düsseldorf vom 04.02.2005, Az.: 15 O 242/04 zur Wahlleistung Unterkunft**
KGNW-Rundschreiben Nr. 119/2005 vom 11.04.2005
- **Urteil des Landgerichts Düsseldorf vom 04.02.2005, Az.: 15 O**

Hebammen-Umlage in NRW

242/04 zur Angemessenheit der Preise für die Wahlleistung Unterkunft

KG NW-Rundschreiben Nr. 212/2005 vom 20.07.2005

- **Urteil des Bundessozialgerichts vom 12.05.2005, Az.: B 3 KR 32/04 R zur Verjährung von Vergütungsansprüchen zwischen Krankenhaus und gesetzlicher Krankenkasse**

KG NW-Rundschreiben Nr. 239/2005 vom 28.07.2005

- **Urteil des Bundesgerichtshofs vom 28.04.2005, Az.: III ZR 351/04 zur Selbstzahlerklausel**

KG NW-Rundschreiben Nr. 283/2005 vom 19.09.2005

- **Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 31.08.2005, Az.: 5 AZR 517/04 zu Arbeitsrechtliche Gleichbehandlung nach einem Betriebsübergang zu für den einzelnen Arbeitnehmer unveränderten Arbeitsbedingungen**

KG NW-Rundschreiben Nr. 292/2005 vom 26.09.2005

- **Urteil des Bundesfinanzhofs vom 06.04.2005, Az.: I R 85/04 zu Ertragssteuerliche Bewertung der entgeltlichen Großgeräteüberlassung**

KG NW-Rundschreiben Nr. 309/2005 vom 11.10.2005

- **Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 29.09.2005, Az.: 8 AZR 571/04 zu Arbeitgeber machen sich nicht schadensersatzpflichtig, wenn sie einen gekündigten oder befristet ein-**

gestellten Arbeitnehmer nicht über seine Pflicht zur unverzüglichen Arbeitslosmeldung informieren

KG NW-Rundschreiben Nr. 319/2005 vom 21.10.2005

- **Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 07.10.2005, Az.: I-7 U 58/05 zur Angemessenheitsprüfung der Entgelte für die Wahlleistung Unterkunft**

KG NW-Rundschreiben Nr. 350/2005 vom 05.12.2005

- **Urteil des Bundesfinanzhofs vom 05.10.2005, Az.: VI R 152/01 zur Lohnsteuerpflichtigkeit von Chefarzteinnahmen aus der Erbringung wahlärztlicher Leistungen**

KG NW-Rundschreiben Nr. 357/2005 vom 06.12.2005

- **Urteil des Bundesfinanzhofs vom 14.09.2005, Az.: VI R 32/04 zu Sanierungsgeldzahlungen an Zusatzversorgungskassen (ZVK) nicht lohnsteuerpflichtig**

KG NW-Rundschreiben Nr. 361/2005 vom 09.12.2005

- **Urteil des Bundessozialgerichts vom 07.07.2005, Az.: B 3 KR 40/04 R zur Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung**

KG NW-Rundschreiben Nr. 375/2005 vom 21.12.2005

- **Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 01.12.2005, Az. C-14/04 zu Arbeitszeit**

KG NW-Rundschreiben Nr. 376/2005 vom 21.12.2005

Politik / Presse

Nach der Umstrukturierung der KGNW-Geschäftsstelle und der damit verbundenen Zusammenlegung der Bereiche Politik und Presse/Öffentlichkeitsarbeit standen die Begleitung bundesweiter gesundheits- und krankenhauspoltischer Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Landesebene im Mittelpunkt der Arbeit des neuen Referats. Darüber hinaus wurden die Gespräche mit der alten und neuen Landesregierung, den politischen Parteien sowie Vertretern anderer Institutionen im Gesundheitswesen intensiviert.

Weitere Themenschwerpunkte waren die Umsetzung der Ergebnisse des innerverbandlichen Diskussionsprozesses zum Eckpunktetpapier „Herausforderungen annehmen! Wie muss die KGNW aufgestellt sein, um die Interessen der Krankenhäuser in NRW schlagkräftig vertreten zu können?“, die Erarbeitung und Vorstellung der Agendaliste der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zur

Krankenhauspolitik in NRW sowie die konzeptionelle Entwicklung eines abgestuften Aktionsprogramms gegen den vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann angekündigten Bewilligungsstopp für Investitionsvorhaben des Landes für Krankenhäuser für das Jahr 2006.

Mit den Besuchen von Vertreterinnen hochrangiger japanischer Krankenpflegeorganisationen am 3. März 2005 sowie einer Delegation chinesischer Gesundheitsexperten am 17. Oktober 2005 in der Geschäftsstelle der KGNW wurden die Bemühungen der KGNW in der politischen Außendarstellung intensiviert. 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 mit Unterstützung durch Referat I.

Landesgesundheitskonferenz

Ein wesentlicher Bestandteil der politischen Arbeit der KGNW ist die Mitwirkung in der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen. Hier hat sich die KGNW in die Erarbeitung der Entschließung der 14. Landesgesundheitskonferenz,

KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer (rechts) bei einem Interview mit dem Westdeutschen Rundfunk am Rande der Mitgliederversammlung.

Landesgesundheitskonferenz





KGW-Geschäftsführer Richard Zimmer (Mitte) und KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer begrüßen die Staatssekretärin des Gesundheitsministeriums NRW Cornelia Prüfer-Storcks beim KGNW-Frühjahrsempfang.

die am 7. Dezember 2005 in Düsseldorf verabschiedet wird, eingebracht. Die EntschlieÙung steht unter dem Motto: „Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität“. Mit dieser EntschlieÙung soll die gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt und weiterentwickelt sowie die Herausforderungen bewältigt werden, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben.

Pressemitteilungen / Pressekonferenzen

Zentrale Themen, die in Pressemitteilungen und auf Pressekonferenzen thematisiert wurden, waren die Vorstellung der Agendaliste zur Krankenhauspolitik in NRW, der von den Krankenhäusern in NRW abgelehnte Bewilligungsstopp für Investitionsvorhaben, der erstmals

festgelegte landesweite Basisfallwert, das steigende Insolvenzrisiko der Krankenhäuser in Zusammenhang mit den sich vergrößernden finanziellen Problemen, der Umstieg der Krankenhäuser auf das neue DRG-Vergütungssystem sowie die Folgen der Budgetierung. Die Medien wurden außerdem umfassend über die bürokratische Überregulierung und die Fortschritte der Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Krankenhäusern informiert.

Die Studie „Insolvenzrisiken der deutschen Krankenhäuser – Bewertung und Transparenz unter Basel II“ für Nordrhein-Westfalen, die vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und der Unternehmensberatung ADMED erstellt wurde, sowie eine Sonderauswertung für Nordrhein-Westfalen wurden am 3. März 2005 in Essen im Rahmen einer

**Presse-
mitteilungen /
Pressekonferenzen**

Veranstaltung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit dem RWI und der ADMED der Öffentlichkeit präsentiert. In der gemeinsamen Pressekonferenz stellte KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer die Hauptergebnisse der Studie vor:

- Bis 2008 wird sich dieser Wert voraussichtlich auf 2,2 Prozent erhöhen.
- Für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sind die Ergebnisse der Studie wenig erfreulich, da unter Berücksichtigung der NRW Trägerstruktur (hoher Anteil freigemeinnütziger Träger) die Ausfallwahrscheinlichkeit leicht höher ist als im Bundesdurchschnitt.



Manfred Witkowski, Geschäftsführer des Ev. Krankenhauses Hamm, und KGNW-Vorstandsmitglied Jochen Brink, Stiftungsvorstand des Ev. Krankenhauses Lippstadt, im Gespräch mit Thomas Fritz, Geschäftsbereichsleiter der AOK Westfalen-Lippe (v. links) beim KGNW-Frühjahrsempfang.

- Die Zahl der Krankenhäuser, die von Insolvenz bedroht sind, wird sich in den kommenden Jahren weiter erhöhen.
- Das Insolvenzrisiko von Krankenhäusern liegt signifikant höher als das von Gewerbebetrieben.
- Für die untersuchten Kliniken liegt die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit bei 1,7 Prozent; für die Gesamtwirtschaft beträgt dieser Wert etwa ein Prozent.

Dr. Kramer ging darüber hinaus auf die dramatische finanzielle Situation vieler Krankenhäuser ein, die nach über zehnjähriger Budgetierung finanziell mit dem Rücken zur Wand stünden. Hinzu käme, dass die Krankenhäuser sich wegen des erwarteten Rückzugs der öffentlichen Hand zunehmend verschulden müssen.

Einerseits stiegen die Kosten, andererseits stünden nur begrenzte investive Fördermittel durch das Land zur Verfügung, hob der KGNW-Präsident hervor. Nach Berechnungen der Landesbank Sachsen gebe es in den Krankenhäusern in Deutschland einen Investitionsstau von circa 50 Milliarden Euro. Hier von seien die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen besonders betroffen, weil Nordrhein-Westfalen bei der Krankenhausförderung von 1972–2002 mit 126 583,- Euro pro Bett das Schlusslicht aller Bundesländer bilde, wies Dr. Kramer auf das Problem der Krankenhausförderung durch das Land hin.

Im Zeitraum 1992 bis 2001 habe das Land Nordrhein-Westfalen das Haushaltsvolumen für Krankenhausinvestitionen im Bereich der Einzelförderung auf rund 316 Mio. Euro um mehr als die Hälfte redu-

ziert. Für Einzel- und Pauschalförderung zusammen seien nur noch rund 26 Euro pro Kopf der Bevölkerung aufgewandt worden, verglich der KGNW-Präsident die Lage der NRW-Krankenhäuser mit der in anderen Bundesländern. NRW habe damit im Vergleich der 16 Bundesländer das Schlusslicht gebildet. Die anderen Bundesländer hätten im Mittel mehr als 46 Euro pro Kopf der Bevölkerung für Krankenhausinvestitionen aus.

Das bisher zur Verfügung gestellte Investitionsvolumen für die Krankenhäuser in NRW sei weiterhin viel zu niedrig ist, so der KGNW-Präsident. Dieses Geld fehle den Krankenhäusern, um sich auf die Herausforderungen der Zukunft, wie z. B. DRG-System, ambulante Öffnung der Krankenhäuser, Telematik-Infrastruktur, einzustellen.

Im Zuge der Diskussion um den von der Landesregierung angekündigten Bewilligungsstopp hatten Präsidium und Vorstand der KGNW im September ein abgestuftes Aktionsprogramm gegen dieses Vorhaben der Landesregierung beschlossen. Im Mittelpunkt dieses Programms sollten verstärkte Medienaktivitäten, die Durchführung einer Umfrage bei den Krankenhäusern zu den Auswirkungen des Bewilligungsstopps sowie der Verabschiedung einer Resolution der KGNW-Mitglieder an die Landesregierung zur Aufstellung eines Investitionsprogramms stehen.

Im Rahmen dieses Aktionsprogramms wurden die Auswirkungen des Bewilligungsstopps immer wieder gegenüber den Medien und in Pressekonferenzen sowie auf dem

KGNW-FORUM am 10. November 2005 in Düsseldorf eingehend thematisiert. Der Bewilligungsstopp durch die Landesregierung stand im Mittelpunkt einer Pressekonferenz der KGNW am 2. September 2005, bei der auch die Grundsatzpositionen der KGNW zur Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik in NRW vorgestellt wurden. Diese Themen waren auch Schwerpunkte einer weiteren Pressekonferenz im Rahmen des KGNW-FORUMS am 10. November 2005.

Die Ankündigung des neuen NRW-Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann, in den kommenden beiden Jahren keine neuen Bewilligungsbescheide für Krankenhäuser mehr auszustellen, wurde von Dr. Kramer gegenüber den Medien immer wieder scharf kritisiert. Einen Bewilligungsstopp für Investitionsvorhaben der Krankenhäuser durch die Landesregierung dürfe es nicht geben, kommentierte der Präsident der KGNW die Ankündigung des neuen NRW-Gesundheitsministers

Dr. Kramer brachte sein Unverständnis auf diese Aussagen des Ministers zum Ausdruck und verwies auf den bestehenden Investitionsstau in Höhe von 13 Millionen Euro in NRW sowie die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch das Land NRW. Die Ankündigungen seien zudem unter betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Gesichtspunkten für die Krankenhäuser unannehmbar und in der Sache nicht nachvollziehbar. Nach Kramers Worten müsse im Detail geprüft werden, ob ein Stopp überhaupt notwendig sei, da z. B. bewilligte Investitionsmaßnahmen von der Bewilligung bis zum

Abschluss einige Jahre dauern und deshalb die Haushaltsmittel nur in entsprechenden Raten abfließen.

Auch in mehreren Gesprächen mit Gesundheitsminister Laumann, Staatssekretär Prof. Winter und der Opposition wurde seitens der KGNW auf die Auswirkungen eines Bewilligungsstopps hingewiesen und der Rechtsanspruch der Krankenhäuser bekräftigt.

Als ein Ergebnis der KGNW-Forderungen hat die SPD-Fraktion in der Plenarsitzung am 15. September 2005 in einem Antrag die Umsetzung eines Krankenhaus-Investitionsprogramms 2005 gefordert. Der Antrag wurde durch einen wei-

tergehenden Ergänzungsantrag der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN unter Berücksichtigung einiger KGNW-Positionen ergänzt.

Wie im Aktionsprogramm vorgesehen wurde auf der Mitgliederversammlung am 30. November 2005 eine Resolution zum angekündigten Bewilligungsstopp der Landesregierung für Investitionsvorhaben für Krankenhäuser vorgelegt, die von den Delegierten der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser einstimmig verabschiedet wurde (siehe S. 18/19).

Hierin wurde die Landesregierung aufgefordert, ihren gesetzlichen Verpflichtungen, die in dem entsprechenden Bundesgesetz verankert sind, nachzukommen, jährlich ein Investitionsprogramm in ausreichendem Umfang aufzustellen, ansonsten begehe sie einen klaren Rechtsbruch und müsse mit Hilfe der Gerichte dazu gezwungen werden, ihren gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern nachzukommen.

Diese Rechtsauffassung der KGNW wurde durch eine gutachterliche Stellungnahme, die die KGNW bei der Rechtsanwaltskanzlei Redeker Sellner Dahs & Widmaier in Auftrag gegeben hat, untermauert. In dem Gutachten wurden die Folgen der Entscheidung des MAGS für das kommende Jahr, kein Investitionsprogramm aufzustellen, einer rechtlichen Bewertung unterzogen.

Vor dem Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme und vor dem Hintergrund der dramatischen finanziellen Perspektiven für die Krankenhäuser mit ihren über 240.000 Beschäftigten in NRW



Gäste der KGNW beim KGNW-Frühjahrsempfang: Geschäftsführer Rolf Lübke (v. links), LV Marburger Bund NRW/Rheinland Pfalz; Rudolf Henke, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion; Prof. Dr. Ingo Flenker, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, und Diözesan-Caritasdirektor Volker Odenbach.

wurde die Landesregierung in der Resolution noch einmal mit Nachdruck aufgefordert,

2006 ein Investitionsprogramm mindestens im Umfang der Vorjahre aufzulegen,

den Bewilligungsstopp sofort aufzuheben und das unterbrochene Verfahren zum Investitionsprogramm 2006 fortzusetzen,

um damit auch zukünftig eine wirtschaftliche, zweckmäßige, wohnortnahe und qualitativ auf hohem Niveau stehende Patientenversorgung in NRW weiterhin sicherstellen zu können.

Unterschiedliche Themenbereiche der Agendaliste der KGNW wurden von KGNW-Präsident Dr. Kramer und KGNW-Geschäftsführer Richard Zimmer in den Pressekonferenzen am 2. September 2005 und 10. November 2005 vorgestellt. Die KGNW-Vertreter brachten ausdrücklich die Dialog- und Kooperationsbereitschaft der KGNW gegenüber der CDU-/FDP-geführten Landesregierung zum Ausdruck.

So befürwortete die KGNW die Absicht der Landesregierung die Krankenhausplanung in NRW unter Beteiligung der Selbstverwaltungspartner zu novellieren. Dabei sieht die KGNW die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag weiter beim Land Nordrhein-Westfalen.

Einen hohen Stellenwert räumen die Krankenhausträger in ihrer Agendaliste der Ausbildung ein. Aus dieser Verantwortung heraus dürfe es keinesfalls zu einem

Abbau von Ausbildungsplätzen – auch nicht im Einzelfall – kommen, soweit Krankenhäuser auf Basis der vereinbarten Feststellungen Ausbildungen anbieten und Ausbildungswillige zur Verfügung stehen.

Massiven Handlungsbedarf sieht die KGNW in den Grundsatzpositionen in der Beseitigung der bürokratischen Überregulierung, unter der das Gesundheitswesen und die Krankenhäuser leiden und durch die kostbare Ressourcen der direkten Gesundheitsversorgung und Patientenbehandlung entzogen werden. Hier sind für die KGNW ein radikaler Stopp und eine Umkehrung dieser Entwicklung dringend geboten. Zahlreiche bürokratische Regelungen beim Arbeitsschutz, Medizinproduktegesetz, dem Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen sowie zahlreiche Verwaltungsvorschriften müssen aus KGNW-Sicht ersatzlos gestrichen werden. Eine dringende Notwendigkeit sieht die KGNW in der Agendaliste bei der anstehenden Umsetzung der onkologischen Qualitätssicherung nach dem Krebsregistergesetz. Hier müssten die vielfältigen Dokumentationsanforderungen in der Qualitätssicherung harmonisiert und in ein übergreifendes und einheitliches Landesgremium eingebunden werden.

Ebenfalls muss nach KGNW-Vorstellung durch eine verbindliche gesetzliche Regelung eine durchsetzbare Anspruchsgrundlage für die Krankenhäuser zum Abschluss zweiseitiger Verträge geschaffen werden, damit die in § 116 b SGB V vorgegebene ambulante Öffnung der Krankenhäuser endlich in die Praxis umgesetzt wird.

Veranstaltungen

Gegensteuern will die KGNW bei systemwidrigen steuerlichen Zugriffen auf Krankenhäuser. Die KGNW hat festgestellt, dass die Finanzverwaltungen immer mehr Sektoren im Krankenhaus der Besteuerung unterwerfen – dies führe zu einer nicht mehr hinnehmbaren finanziellen Belastung der Krankenhäuser insbesondere in NRW. Die ausufernde steuerliche Belastung der Krankenhäuser müsse gestoppt und die steuerlichen Vorgaben müssten an die grundlegend veränderte Krankenhausstruktur und die gesetzlichen Aufgaben der Selbstverwaltung systemgerecht angepasst werden.

Die KGNW unterstützt in ihrem Positionspapier weiterhin nachdrücklich die Absicht der Europäischen Kommission, im Zuge der anstehenden Novellierung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie (Richtlinie 2003/88/EG) für Bereitschaftsdienste eine eigene arbeitsrechtliche Differenzierung einzuführen. Dies sei der richtige Weg, um den Besonderheiten im Gesundheitswesen gerecht zu werden.

Die EU-Arbeitszeitrichtlinie wird voraussichtlich erst 2006 verabschiedet, so dass eine Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 ArbZG bis Ende 2006 notwendig ist. Diese Verlängerung sollte von NRW im Bundesrat nachdrücklich unterstützt werden.

Eine grundlegende Reform der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung hält die KGNW in ihrer Agendaliste für dringend erforderlich. Da die Finanzierung der sozialen Sicherung und damit auch des Gesund-

heitswesens in Deutschland heute alleine auf dem Faktor Arbeit beruht, muss aus KGNW-Sicht eine vom individuellen Arbeitsverhältnis abgekoppelte Finanzierungsregelung – bei gleichzeitiger Wahrung der solidarischen Elemente der GKV – Ziel dieser Reform sein.

Veranstaltungen

KGNW-Frühjahrsempfang

Zahlreiche Mitglieder des Bundes- und Landtags, der Gremien und Spitzenverbände der KGNW sowie Vertreter der Ministerien, der Bezirksregierungen, der Stadtverwaltung Düsseldorf, der Krankenkassen, der Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Apotheken waren der Einladung der KGNW zu ihrem zweiten Frühjahrsempfang am 15. März nach Düsseldorf gefolgt. Besonders begrüßt wurde die Staatssekretärin des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums, Cornelia Prüfer-Storcks, als Vertreterin der Landesregierung.

Mit diesem Empfang knüpfte die KGNW an den begonnenen verstärkten Dialog mit den Beteiligten des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens an.

KGNW-FORUM 2005 im Radisson SAS Hotel Düsseldorf

Das diesjährige KGNW-FORUM fand am 10. November 2005 mit über 350 Teilnehmern im Radisson SAS Hotel in Düsseldorf statt. Im Rahmen des diesjährigen Krankenhaustages diskutierten Vertreter der KGNW und mit Experten der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Gesundheitswesens zu

Veranstaltungen

den Themenschwerpunkten „Die Zukunft der Krankenhäuser im Wettbewerb!“ und „G-DRGs und Versorgungskonsequenzen“ die Situation der Krankenhäuser angesichts der gesundheitspolitischen Herausforderungen und den damit verbundenen tief greifenden Auswirkungen auf die Wettbewerbssituation der Krankenhäuser. Ein weiteres Thema war der aktuelle Stand der Einführung des neuen DRG-Vergütungssystems.

Nach der Begrüßung durch KGNW-Präsident Dr. Johannes Kramer, in der er noch einmal auf die Kernaussagen der Grundsatzpositionen der KGNW zur Weiterentwicklung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen einging, beschrieb der Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Prof. Bert Rürup, in seinem Vortrag „Zukunft des Krankenhauswesens zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung“ die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens.

Dr. Kramer bedauerte in seiner Begrüßungsansprache, dass die neue Regierungskoalition in Berlin die dringend notwendige grundlegende Reform der Finanzierung des Gesundheitswesens kurzfristig nicht angehen werde. Dies zeigten die ersten Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen.

Der KGNW-Präsident wies in Zusammenhang mit der Krankenhausplanung auch auf die sich abzeichnende Konkretisierung und Bildung von weiteren Schwerpunktzentren hin. Der Prozess der Etablierung von Brustzentren sei in Nordrhein ins Stocken geraten.

Trotz zahlreicher ungeklärter Situationen und nicht abgeschlossenen Entscheidungsprozessen bei Brustzentren bestünden aber bei den Landesregierungen bereits Überlegungen zur Bildung und Etablierung von weiteren Zentren, z. B. zur Behandlung von Darmkrebs – so Dr. Kramer. Bevor es zur weiteren Etablierung von Schwerpunktzentren komme, müsse aber zuerst nach wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten Kriterien evaluiert werden, ob mit dieser Zentrenbildung – wie vermutet – eine Qualitätsverbesserung in der Behandlung verbunden sei.

Im Mittelpunkt des Vortrags von Prof. Dr. Rürup standen die Entwicklung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im niedergelassenen und stationären Bereich sowie die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf das Gesundheitswesen. Prof. Rürup verdeutlichte die Folgen der steigenden Inanspruchnahme der Patienten mit zunehmendem Alter sowie die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben.

Anschließend diskutierte der Vorsitzende des Sachverständigenrates unter der Moderation von Dr. Preusker mit dem Vorstandsvorsitzenden des AOK Bundesverbandes Dr. Hans Jürgen Ahrens und dem Vizepräsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft Dr. Rudolf Kösters über die Zukunft der Krankenhäuser im Wettbewerb. Für den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Köhler, der erst kurz vor Veranstaltungsbeginn seine Teilnahme

KG NW-Präsident Dr. Johannes Kramer (links) und KG NW-Geschäftsführer Richard Zimmer (rechts) im Vorgespräch mit Prof. Bert Rürup, Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Gesamtwirtschaftliche Entwicklung (Foto rechts).

Über 350 Teilnehmer verfolgten die Vorträge und Diskussion im fast bis auf den letzten Platz gefüllten Veranstaltungssaal.



Impressionen vom KG NW-FORUM 2005

Nutzen das KG NW-FORUM zu Terminabstimmungen: (von links) Norbert Killewald, Mitglied der SPD-Landtagsfraktion im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW; Barbara Steffens, Gesundheitspolitische Sprecherin der Landtagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen; KG NW-Vizepräsident Pastor Günther Barenhoff und Rainer Bischoff, Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Landtagsfraktion.





Kurze Abstimmung zwischen Dr. Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbundes (Zweiter von links), und KGNW-Geschäftsführer Richard Zimmer (Zweiter von rechts), Prinz Karl Ferdinand von Thurn und Taxis (links) und Prof. Bert Rürup (rechts).



Der designierte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum (rechts) im Gespräch mit dem zukünftigen DKG-Präsidenten Dr. Rudolf Kösters (Mitte); Dr. Julius Siebertz, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (links).



Rudolf Henke, stv. Vorsitzender der CDU-Landtagsfraktion (links) und Norbert Killewald, Vertreter der SPD-Landtagsfraktion im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW.



Referenten und Diskussionsteilnehmer zur Einführung des DRG-Systems und den damit verbundenen Versorgungskonsequenzen (v. links): Dr. Wulf Leber, Geschäftsführer des Bereichs Gesundheit beim AOK-Bundesverband; Prof. Norbert Roeder, Universität Münster; Dr. Michael Schmidt, Abteilungsleiter im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und Dr. Peter Steiner, DKG-Geschäftsführer.

am KGNW-FORUM absagen ließ, vertrat der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Dr. Leonard Hansen, die Positionen der niedergelassenen Ärzte zu diesem Thema.

Vorträge mit anschließender Podiumsdiskussion zum G-DRG-System und dessen Auswirkungen auf die Versorgung bildeten am Nachmittag die Schwerpunkte des KGNW-FORUMs. Dr. Michael Schmidt, Abteilungsleiter im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), erläuterte die maßgeblichen Bausteine des Klinik-Fallpauschalensystems 2006 und des neuen DRG-Katalogs. Dr. Schmidt ging ebenfalls auf die neuen Abrechnungsbestimmungen und Zusatzentgelte ein.

Die Einflüsse der Änderungen auf die Krankenhäuser stellte Prof. Dr. Norbert Roeder von der Universität Münster heraus. Während Dr. Wulf-Dietrich Leber als Geschäftsführer des Bereichs Gesundheit beim AOK Bundesverband und Dr. Peter Steiner als Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Weiterentwicklung und die damit verbundenen Auswirkungen aus Sicht der Krankenkassen und Krankenhäuser beschrieben.

Zuvor hatte KGNW-Geschäftsführer Richard Zimmer in seiner Einführung die Einführung des DRG-Vergütungssystems als den größten Paradigmenwechsel und als Zeitenwende in der Finanzierung der Krankenhäuser seit Bestehen der Bundesrepublik bezeichnet.

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 20.07.2003)
Prof. Dr. Dr. Wilfried Schlüter
(Nachbenennung ab 27.04.2004)
- **1. Stellvertreter**
Prof. Dr. Raimund Waltermann
- **2. Stellvertreter**
Prof. Dr. Dr. Wilfried Schlüter
(bis einschließlich 26.04.2004)
– das Nachbenennungsverfahren

konnte bis zum Ende des Berichtszeitraumes / der 5. Amtsperiode nicht abgeschlossen werden –

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

- **Vorsitzender**
Vorsitzender Richter am
Oberlandesgericht Hamm i. R.
Horst-Werner Schröder
- **1. Stellvertreter**
Vorsitzender Richter am
Landesozialgericht Essen i. R.
Rudi Schmidt
- **2. Stellvertreter**
Vorsitzender Richter am
Landesozialgericht Essen
Dr. Thomas Sommer

Im Berichtszeitraum wurden von der Kostenträgerseite bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland sowie auch bei der Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe keine Anträge eingereicht.

Im Jahr 2005 konnten, wie auch in den Vorjahren, viele 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 Verfahrens war oftmals bis

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

Schiedsstelle-KHG Rheinland

Übersicht über die bei den Schiedsstellen nach dem KHG noch aus den Jahren 2003 / 2004 anhängigen bzw. im Jahr 2005 eingereichten Anträge sowie über deren Abschluss

Schiedsstelle-KHG Rheinland

● noch anhängige Verfahren / Widerspruchsverfahren aus den Jahren 2003 / 2004	
– insgesamt	7
– Zurückweisungen von Widersprüchen	5
– Verfahren ohne Abschluss	2
● im Jahr 2005 für die Jahre 2004 und 2005 eingegangene Anträge auf Festsetzung der Pflegesätze nach § 18 a KHG i. V. m. § 13 KHEntgG sowie nach § 12 Abs. 3 BPfIV	
– insgesamt	11
● im Jahr 2005 für die Jahre 2003, 2004 und 2005 eingegangene Anträge auf Festsetzung der Vergütung gem. § 18 a KHG i. V. m. § 120 Abs. 2 und 4 SGB V	
– insgesamt	21
● Widerspruchsverfahren	3
– Festsetzungen durch die Schiedsstelle	3
– Vergleiche/Einigungen vor der Schiedsstelle	1
– Rücknahmen durch die Parteien	4
– Verfahren ohne Abschluss	27

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe

● noch anhängige Verfahren aus dem Jahr 2004	Pflegesatzzeitraum 01.01. bis 31.12. 2004
– insgesamt	6
– Festsetzungen durch die Schiedsstelle	4
– Vergleiche/Einigungen vor der Schiedsstelle	2
– Rücknahmen durch die Parteien	–
– Verfahren ohne Abschluss	–
● im Jahr 2005 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. 2005
– insgesamt	8
– Festsetzungen durch die Schiedsstelle	2
– Vergleiche/Einigungen vor der Schiedsstelle	1
– Rücknahmen durch die Parteien	5
– Verfahren ohne Abschluss	–

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 aufgegebenen 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.

Eine durch die Schiedsstelle Westfalen-Lippe getroffene Entscheidung – zu dem bereits an anderer Stelle ausführlich erläuterten Antrag der KGNW auf Festsetzung des landesweiten Basisfallwertes – war erst nach fünf langwierigen mündlichen Verhandlungen möglich.

Ein wesentlicher Inhaltspunkt der 2005 anhängigen Verfahren war bei beiden Schiedsstellen 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.

Die bereits 2002 für das Jahr 2003 bei der Schiedsstelle-KHG Rheinland eingegangenen Anträge auf Festsetzung gem. § 120 Abs. 2 und 4 SGB V waren größtenteils auch noch im Jahr 2005 anhängig. Streitpunkt dieser Verfahren stellte die Ermittlung der Höhe der Vergütung für die Hochschulambulanzen (Humanmedizin, Klinische Psychologie, Zahnmedizin) der fünf 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 überwiegend 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 beschreiten 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.

Zwischenzeitlich wurden hierzu seitens der Parteien bei den jeweils örtlich zuständigen Sozialgerichten

insgesamt neun Klagen eingereicht. Da mit Entscheidungen zu diesen anhängigen Gerichtsverfahren erfahrungsgemäß erst nach mehreren Jahren zu rechnen ist und der Rechtsweg nach erstinstanzlicher Entscheidung auch noch nicht ausgeschöpft ist, wurde die Schiedsstelle im Berichtszeitraum auch für die Festsetzung der Vergütungen für die Jahre 2004 und 2005 angerufen.

Mitgliedschaftsstruktur und Gremien der KGNW

Gemäß der am 9. Juni 1997, in der geänderten Fassung vom 28. Dezember 2005, beschlossenen Satzung gehören neben den Spitzenverbänden die Träger von Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) als Mitglieder an. Derzeit sind in der Gesellschaft 348 Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen (Stand 31. Dezember 2005). 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

Mitglieder- versammlung

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:

30. 11. 2005 in Neuss

Vorstand

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

Präsident:

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH

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 Trägersgesellschaft 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

Vorstandsvorsitzender Dr. Rudolf Kösters
St. Franziskus-Stiftung Münster

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 Schlax
Zweckverband kath. Klinikum Duisburg
(† am 27. 07. 2005)

Geschäftsführer Werner Strotmeier
St. Josef-Stift Sendenhorst

Von den Verbandsmitgliedern benannte Mitglieder:

Peter Bollermann
Caritasverband für das Bistum Aachen

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

Brigitte von Germeten-Ortmann
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(ab 21. 09. 2005)

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

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen
(ab 21. 09. 2005)

Landesrat Rainer Kukla
Landschaftsverband Rheinland

Assessor Klaus-Rüdiger Leimbach
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(bis 05. 07. 2005)

Caritasdirektor Andreas Meiwes
Caritasverband für das Bistum Essen
(bis 05. 07. 2005)

Assessor Benedikt Merten
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Ditgrim Reene
Verband der Privatkrankenanstalten
Nordrhein-Westfalen

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessolek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

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

Präsidium

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:

23. 02. 2005 in Düsseldorf
27. 04. 2005 in Düsseldorf
05. 07. 2005 in Düsseldorf
21. 09. 2005 in Düsseldorf
30. 11. 2005 in Neuss

Präsidium

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

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

Präsident

Geschäftsführer 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

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

Vorstandsvorsitzender Dr. Rudolf Kösters
St. Franziskus-Stiftung Münster

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

Sitzungen:

23. 02. 2005 in Düsseldorf
27. 04. 2005 in Düsseldorf
11. 05. 2005 in Düsseldorf (Sondersitzung)
05. 07. 2005 in Düsseldorf
23. 08. 2005 in Düsseldorf (Sondersitzung)
21. 09. 2005 in Düsseldorf
30. 11. 2005 in Neuss

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

Esther van Bebbler
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(ab 21. 09. 2005)

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

Hauptausschuss

Assessor Thomas Nentwig
Arbeitsgemeinschaft kommunaler
Krankenhäuser Westfalens, Dortmund

Geschäftsführer Dr. Georg Rüter
Franziskus-Hospital gGmbH, Bielefeld

Verwaltungsdirektor Helmut Stickdorn
Johannes-Krankenhaus Bielefeld

Geschäftsführer Franz Streyll
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
(bis 12. 09. 2005)

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

Sitzungen:

09. 02. 2005 in Düsseldorf
18. 02. 2005 in Düsseldorf (Sondersitzung)
12. 04. 2005 in Düsseldorf
21. 06. 2005 in Düsseldorf
12. 09. 2005 in Düsseldorf
16. 11. 2005 in Düsseldorf

Fachausschüsse und Kommissionen/ Arbeitsgruppen

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

- **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 67/68

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:

06. 10. 2005 in Düsseldorf

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 Krankenhäuser Münsterland und Ostwestfalen, Münster

Geschäftsführer Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Dr. Hans Rossels
Kreis Krankenhaus Mechernich GmbH

Geschäftsführer Hans-Jürgen Winkelmann
Zweckverband der Krankenhäuser
Südwestfalen, Siegen

Sitzungen:

10. 01. 2005 in Düsseldorf
20. 01. 2005 in Olpe
15. 02. 2005 in Düsseldorf
29. 03. 2005 in Düsseldorf
12. 09. 2005 in Düsseldorf
14. 10. 2005 in Düsseldorf
28. 10. 2005 in Düsseldorf
16. 11. 2005 in Düsseldorf
08. 12. 2005 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe zur Verhandlung 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

Rechtsanwalt Christian Lüder
St. Marien-Hospital GmbH, Köln
(ab 01. 04. 2005)

Geschäftsführer Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Hauptausschuss

Arbeitsgruppe Heilmittelvertrag

Arbeitsgruppe zur Verhandlung des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SBG V

Arbeitsgruppe Landesbasisfallwert

Fachausschuss für Planung und Förderung

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:

01. 04. 2005 in Düsseldorf

13. 07. 2005 in Düsseldorf

09. 12. 2005 in Düsseldorf

Fachausschuss für Planung und Förderung

Vorsitzender:

Dr. Michael Conrads
Diakonisches Werk der Evangelischen
Kirche im Rheinland

a) Mitglieder aus dem Kreis der Einzel- mitglieder:

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 Schlaw
Zweckverband kath. Klinikum Duisburg
(† am 27. 07. 2005)

b) Mitglieder aus dem Kreis der Verbände:

Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(ab 21. 09. 2005)

Jacob A. Bijkerk
Verband der Privatkrankenanstalten
Nordrhein-Westfalen
(ab 30. 11. 2005)

Marion van der Boeken
Caritasverband für das Bistum Aachen

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland

Klaus Bremen
Deutscher Paritätischer Wohlfahrts-
verband, 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

Assessor Tapio Knüvener
Caritasverband für das Bistum Essen

Assessor Klaus Rüdiger Leimbach
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(bis 06. 07. 2005)

Ulrike Lubek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Assessor Benedikt Merten
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln

Geschäftsführer Dr. Michael Philippi
Verband der Privatkrankenanstalten
Nordrhein-Westfalen
(bis 30. 11. 2005)

Dipl.-Päd., Dipl.-Theol. Christel Plenter
Caritasverband für die Diözese Münster

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Heinz Ulbrich
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen

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

Annemie Frenzel
Landschaftsverband Rheinland

Hauptreferent Horst Gerbrand
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-
Westfalen

Geschäftsführer Wilhelm Henneking
Verband der Privaten Krankenhaus-
anstalten Nordrhein-Westfalen

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

c) Sonstige Mitglieder als krankenhau- seitige Mitglieder des Landesaus- schusses für Krankenhausplanung

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Vorstandsvorsitzender 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
Krankenhausgesellschaft
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

Arbeitsgruppe zur Novellierung des KHG NRW

Dipl. Oec.troph. Sabine Hüsemann
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen
(ab 01. 09. 2005)

Geschäftsführer Dieter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Sitzungen:

14. 03. 2005 in Düsseldorf
20. 06. 2005 in Düsseldorf
07. 12. 2005 in Düsseldorf

Arbeitsgruppe zur Novellierung des KHG NRW

Pastor Günther Barenhoff
Diakonisches Werk der Evangelischen
Kirche von Westfalen

Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn

Dr. Michael Conrads
Diakonisches Werk der Evangelischen
Kirche Rheinland

Lutz Decker
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Domkapitular Dieter Geerlings
Caritasverband für die Diözese Münster

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

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Köln, Bonn
und Region

Beigeordneter Dr. Martin Klein
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

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

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

Vorstandsvorsitzender Dr. Rudolf Kösters
St. Franziskus-Stiftung Münster

Geschäftsführer Dr. Johannes Kramer
Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH

Geschäftsführer Frank Lillteicher
Zweckverband freigem. Krankenhäuser
Münsterland und Ostwestfalen

Assessor Benedikt Merten
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Geschäftsführer Ingo Morell
Gemeinnützige Gesellschaft der
Franziskanerinnen zu Olpe mbH

Geschäftsführer Franz-Josef Rehfisch
St.-Marien-Hospital gGmbH

Krankenhausdirektor Huber Retzsch
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Heinz Rüter
St. Vincenz Krankenhaus Vestische
Caritas-Kliniken GmbH

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

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

Sitzungen:

14. 07. 2005 in Düsseldorf
20. 10. 2005 in Düsseldorf
09. 12. 2005 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

Arbeitsgruppe Krankenhauspla- nung

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
Verband der Privatkrankenanstalten
Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:

Verwaltungsdirektor Rudolf Berghöfer
Caritasverband für das Bistum Aachen
(ab 27. 04. 2005)

Geschäftsführer Clemens Breulmann
Caritasverband für die Diözese Münster

Stiftungsvorstand Jochen Brink
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von
Westfalen

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

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
(bis 27. 04. 2005)

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

Thorn Plöger
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Sitzungen:

18. 04. 2005 in Düsseldorf
19. 09. 2005 in Düsseldorf

Kommission für Umwelt- schutz im Krankenhaus

Vorsitzender:

Geschäftsführer Clemens Breulmann
St. Vinzenz-Hospital, Coesfeld

Mitglieder:

Helmut Ahrweiler
Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Annegret Deitmar-Hünnekens
Städt. Kliniken Neuss,
Lukaskrankenhaus GmbH

*Fachausschuss
für Krankenhaus-
organisation*

*Kommission für
Umweltschutz im
Krankenhaus*

Fachausschuss für Personalwesen

Kommission Qualitätsmanagement

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

Dr. Sebastian Lemmen
Universitätsklinikum Aachen

Gerd Schäfer
Berufsgenossenschaftliche Kliniken
„Bergmannsheil“, Universitätsklinik,
Bochum

Kirsten Schulte
Klinikum Essen-Mitte

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

Sitzungen:

02. 06. 2005 in Düsseldorf
24. 11. 2005 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

Christine Niehues
Malteser Krankenhaus St. Josef, Hamm
(ab 07. 09. 2005)

Dipl.-Wirtschaftsing. Carsten Thüsing
Kliniken der Stadt Köln

Jürgen Schaulies
Elisabeth-Krankenhaus, Essen

Geschäftsführerin Bettina Schmidt
Klinikum Dortmund gGmbH

Elke Wöhrmann
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln

Sitzungen:

24. 02. 2005 in Düsseldorf
12. 05. 2005 in Düsseldorf
07. 09. 2005 in Düsseldorf
12. 12. 2005 in Düsseldorf

Fachausschuss für Personalwesen

Vorsitzender:

Geschäftsführer Gerold Eckardt
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Mitglieder:

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

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
St. Franziskus-Stiftung Münster

Heidemarie Rotschopf
Verband Evangelischer Krankenhäuser
Rheinland/Westfalen/Lippe

Verwaltungsdirektor Harald Schmitz
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Landesverw.-Direktor Martin Skorzak
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Martina Wenzel-Jankowski
Landschaftsverband Rheinland

Sitzungen:

07. 03. 2005 in Düsseldorf

30. 06. 2005 in Düsseldorf

24. 11. 2005 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:

Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(ab 21. 09. 2005)

Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen
(ab 05. 07. 2005)

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
(bis 06. 07. 2005)

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

**Landesausschuss
für Krankenhaus-
planung**

Landespflegesatz- ausschuss

Stellvertretende Mitglieder für die kommunalen Spitzenverbände:

Geschäftsführer Horst Imdahl
Städtetag Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer Peter Schwarze
Landkreistag Nordrhein-Westfalen

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

Vorstandsvorsitzender 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:

17. 03. 2005 in Düsseldorf (MGSFF)
13. 12. 2005 in Düsseldorf (MGSFF)

Landespflegesatzausschuss

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

Dem Landespflegesatzausschuss 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
Kreis Krankenhaus Mechernich GmbH

Rechtsanwalt Klaus Schoch
Caritasverband für die Diözese Münster

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

Stellvertreter der krankenseitigen Mitglieder:

Rechtsanwalt Matthias Blum
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen
(ab 05. 07. 2005)

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

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

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

Sitzung:

keine

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 Auftrags Erfüllung
auf Landesebene zu bilden.

KGNW-seitige Mitglieder:

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

Esther van Bebber
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(ab 13. 09. 2005)

Assessor Klaus Rüdiger Leimbach
Caritasverband für das Erzbistum
Paderborn
(bis 12. 09. 2005)

Geschäftsführer Martin Heumann
Krankenhauszweckverband Köln, Bonn
und Region

Geschäftsführer Franz Streyll
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**



Krankenhauspolitik in NRW

**Agendaliste der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
(KGNW)**

Düsseldorf, 31. August 2005

Inhalt

	Seite
I. Kernpunkte	80
II. Agendaliste	
1. Gesundheitswesen und Krankenhäuser in NRW: Ein Wachstums- und Beschäftigungsmotor	81
2. Investitionsstau auflösen	82
3. Krankenhausplanung modernisieren	84
4. Kein Abbau von Ausbildungsplätzen	85
5. Gesundheitswesen entbürokratisieren	86
6. Auf Bundesebene durchzusetzen	88
6.1 Trennung der ambulanten und stationären Sektoren aufheben	88
6.2 Systemwidrigen steuerlichen Zugriff auf Krankenhäuser verhindern	89
6.3 Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 Arbeitszeitgesetz (ArbZG)	92
6.4 Finanzierungsgrundlagen der GKV neu regeln	93

Kernpunkte

I. Kernpunkte

- Die hohen Wachstums- und Beschäftigungspotentiale des Krankenhausbereichs dürfen nicht ausgezehrt, die Budgetierung der Krankeneinnahmen muss abgeschafft werden.
- Der Investitionsstau von 13,1 Mrd. Euro in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern muss aufgelöst werden. Es darf nicht dazu kommen, dass in NRW die Investitionen des Landes für seine Krankenhäuser weiter zurückgeschraubt werden. Eine Förderung von Investitionen darf grundsätzlich nicht gefährdet oder gar ausgesetzt werden.
- Die KGNW befürwortet eine Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW. Eine Vielzahl von Regelungen insbesondere bei der Krankenhausplanung muss abgeschafft oder angepasst werden. Dabei sieht die KGNW die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag weiter beim Land Nordrhein-Westfalen.
- Die Krankenhausträger nehmen ihre Verantwortung für die Ausbildung wahr und räumen ihr einen hohen Stellenwert ein. Es darf keinesfalls zu einem Abbau von Ausbildungsplätzen – auch nicht im Einzelfall – kommen, soweit Krankenhäuser auf Basis der vereinbarten Feststellungen Ausbildungen anbieten und Ausbildungswillige zur Verfügung stehen. Eine volle Finanzierung der Ausbildungskosten muss gesichert werden.
- Ein radikaler Stopp und eine Umkehrung der bürokratischen Überregulierung ist dringend geboten. Zahlreiche bürokratische Regelungen beim Arbeitsschutz, Medizinproduktegesetz, dem Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen sowie zahlreiche Verwaltungsvorschriften müssen ersatzlos gestrichen werden. Zudem ist es dringend geboten, bei der anstehenden Umsetzung der onkologischen Qualitätssicherung nach dem Krebsregistergesetz endlich die vielfältigen Dokumentationsanforderungen in der Qualitätssicherung zu harmonisieren und in ein übergreifendes und einheitliches Landesgremium einzubinden.
- Durch eine verbindliche gesetzliche Regelung muss eine durchsetzbare Anspruchsgrundlage für die Krankenhäuser zum Abschluss zweiseitiger Verträge geschaffen werden, damit die in § 116 b SGB V vorgegebene ambulante Öffnung der Krankenhäuser endlich in der Praxis umgesetzt wird.
- Die Finanzverwaltungen unterwerfen immer mehr Sektoren im Krankenhaus der Besteuerung – dies führt zu einer nicht mehr hinnehmbaren finanziellen Belastung der Krankenhäuser insbesondere in NRW. Diese zusätzlichen Belastungen sind im derzeitigen Krankenhausfinanzierungssystem

nicht berücksichtigt. Die ausufernde steuerliche Belastung der Krankenhäuser muss gestoppt und die steuerlichen Vorgaben müssen an die grundlegend veränderte Krankenhausstruktur und die gesetzlichen Aufgaben der Selbstverwaltung systemgerecht angepasst werden.

- Die KGNW unterstützt weiterhin nachdrücklich die Absicht der Europäischen Kommission, im Zuge der anstehenden Novellierung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie (Richtlinie 2003/88/EG) für Bereitschaftsdienste eine eigene arbeitsrechtliche Differenzierung einzuführen. Dies ist der richtige Weg, um den Besonderheiten im Gesundheitswesen gerecht zu werden. Die EU-Arbeitszeitrichtlinie wird voraussichtlich erst 2006 verabschiedet, so dass eine Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 ArbZG bis Ende 2006 notwendig ist – und sollte von NRW im Bundesrat nachdrücklich unterstützt werden.
- Die Finanzierung der sozialen Sicherung und damit auch des Gesundheitswesens ruht in Deutschland heute alleine auf dem Faktor Arbeit. Es muss dafür Sorge getragen werden, dass die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend reformiert werden. Ziel einer solchen Reform muss eine vom individuellen Arbeitsverhältnis abgekoppelte Finanzierungsregelung bei gleichzeitiger Wahrung der solidarischen Elemente der GKV sein.

II. Agendaliste

1. Gesundheitswesen und Krankenhäuser in NRW: Ein Wachstums- und Beschäftigungsmotor

Das Gesundheitswesen in NRW hat sich zu einer Branche mit erheblichem Wachstums- und Innovationspotential entwickelt. In Nordrhein-Westfalen arbeiten nach neuesten Berechnungen über eine Million Menschen in der Gesundheitswirtschaft – das sind mehr als in den meisten anderen Branchen!

Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in NRW ist der Krankenhaussektor mit 459 Krankenhäusern und knapp 240.000 Beschäftigten. Mit einem Jahresumsatz von über 12 Milliarden Euro landesweit sind die Krankenhäuser ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und als leistungsstarker Beschäftigungsanbieter in vielen Städten der größte Arbeitgeber mit vielfältigen Ausbildungsplätzen. Die Krankenhäuser in NRW beschäftigen z. B. jeweils mehr Menschen als das Versicherungsgewerbe und die Autobranche.

Die hohen Wachstums- und Beschäftigungspotentiale des Krankenhausbereichs werden aber durch die Budgetierung der Krankenseinnahmen zunehmend ausgezehrt. Die über zehnjährige Festschreibung der Krankenhausausgaben an die Steigerungsrate der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (z. B. 2003 +0,556 %, 2004 +0,020 %) hat zu real sinkenden Budgets geführt.

Die 1994 eingeführte Budgetierung hat dazu geführt, dass in den Kran-

Agendaliste

Gesundheitswesen und Krankenhäuser in NRW: Ein Wachstums- und Beschäftigungsmotor

Investitionsstau auflösen

kenhäusern in NRW nach offiziellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes immer mehr Patienten (über 600.000) von immer weniger Personal (-8.700) bei fast stagnierenden Einnahmen behandelt werden müssen (siehe Anlage 1, S. 94). Diese Entwicklung in den vergangenen Jahren zeigt deutlich, dass in den Krankenhäusern keine Wirtschaftslichkeitsreserven mehr vorhanden sind: Eine Umfrage im Rahmen der Ermittlung des Landesbasisfallwertes hat ergeben, dass ca. 80 % der Krankenhäuser im von der GKV finanzierten Budget „rote Zahlen“ schreiben und bereits ca. 25 % gezwungen sind ihren Mitarbeitern das Weihnachtsgeld zu streichen.

Vor diesem Hintergrund hat die KGNW als Vertretung der Krankenhäuser in NRW folgende Agendaliste aufgestellt, um die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser als einen der wichtigsten Wachstums- und Beschäftigungssektoren in NRW mit der neuen Landesregierung positiv mitzugestalten.

Dabei verkennen wir keineswegs die haushaltspolitische Lage und die daraus erwachsenden Zwänge. Gleichwohl sieht auch die Landesregierung trotz Rekordverschuldung die Notwendigkeit einer differenzierten Reaktion – z. B. für den Schulbereich. Diese differenzierte Antwort muss auch für den Krankenhausbereich gefunden werden. Dabei bieten wir ausdrücklich unsere konstruktive Mitarbeit an – zumal durch Vereinfachung und radikale Entbürokratisierung heute noch vielfach völlig unnötig verursachte Kosten eingespart werden können.

2. Investitionsstau auflösen

Die Krankenhäuser in NRW starten im Vergleich zu den Krankenhäusern in den anderen Bundesländern mit einem gewaltigen Handicap in das neue DRG-Zeitalter. So geht Dr. Ernst Bruckenberger (Hannover) in seiner neuesten Veröffentlichung (Zeitschrift *Arzt und Krankenhaus* 7/2005, S. 207 – 212) von einem investiven „Nachholbedarf“ oder „Investitionsstau“ von 13,1 Milliarden Euro für die Krankenhäuser in NRW aus (vgl. Anlage 2, S. 94).

Die CDU selbst beziffert den Investitionsstau in ihrem Zukunftsprogramm vom 5. März 2005 auf 11 Mrd. Euro und deshalb darf es nicht dazu kommen, dass in Nordrhein-Westfalen die Investitionen des Landes für ihre Krankenhäuser weiter zurückgeschraubt werden oder dass eine Förderung von dringenden Investitionsvorhaben in den nächsten Jahren substanziell gefährdet oder gar ausgesetzt wird. Im Gegenteil – eine deutliche, möglicherweise befristete Ausweitung der Finanzierung wäre notwendig, um den Kliniken in NRW bis zum Ende der Umstellungsphase auf das Fallpauschalensystem im Jahr 2009 überhaupt die Chance zur notwendigen Umstrukturierung zu geben.

Die fortlaufend erforderliche Instandhaltung und Modernisierung der Krankenhäuser und zudem die Umsetzung des neuen Fallpauschalensystems verbunden mit dem erstmals festgelegten Landesbasisfallwert für NRW (Anlage 3, S. 95) erfordert von vielen Krankenhäusern große Anstrengungen. Die Krankenhäuser müssen durch Investitionsmaßnahmen Betriebsabläufe optimieren und Synergien

erzielen, um Betriebskostenverbesserungen zu erreichen:

Durch die Benachteiligung der Krankenhäuser in NRW bei der Finanzierung ihrer Investitionen seit 1974 ist die Insolvenzwahrscheinlichkeit und der Kreditbedarf der Krankenhäuser in NRW überproportional hoch (Quelle: Gutachten „Insolvenzrisiken von Krankenhäusern – Bewertung und Transparenz unter Basel II“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI)/der Unternehmensberatung ADMED). Vor diesem Hintergrund würde ein Stopp oder eine Reduzierung der Krankenhausinvestitionsförderung bis 2007 die Benachteiligung der Krankenhäuser in NRW nochmals verschärfen.

Die Krankenhäuser haben nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einen Rechtsanspruch auf die Bereitstellung von Investitionsmitteln durch das Land Nordrhein-Westfalen, so dass ein Stopp der Investitionsförderung durch die Landesregierung im dualistischen Finanzierungssystem einen Eingriff in die Eigentumsgarantie des Artikel 14 GG darstellt.

Ein Bewilligungsstopp der Landesregierung für neue Investitionsmaßnahmen (Anlage 4, S. 96) würde diese dringend notwendigen Modernisierungen in den Krankenhäusern um ca. zwei Jahre verschieben und die Krankenhäuser in NRW damit nochmals im Vergleich zu anderen Krankenhäusern in Deutschland in nicht hinnehmbarer Weise benachteiligen, denn NRW hat im Durchschnitt der letzten Jahre nur 26 Euro pro Kopf der Bevölkerung für die Krankenhausförderung ausgegeben – in den übrigen

Bundesländern waren es im Durchschnitt mit 46 Euro fast doppelt soviel.

Die Krankenhausgesellschaft erklärt sich ausdrücklich bereit, an der bereits von der Koalition angekündigten Straffung der Verfahren bei der Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser durch die Landesregierung mitzuwirken.

So müssen die hohen Hürden sowie der Verwaltungsaufwand bei der Prüfung der Anträge und bei der Prüfung der Verwendungsnachweise erheblich reduziert werden, damit so auch zu einer notwendigen Beschleunigung des Verfahrens beigetragen wird. Wenn eine kurzfristige Finanzierung durch das Land nicht möglich ist, muss auch die Zwischenfinanzierung mit Fremdmitteln ermöglicht werden, um eine notwendige zeitnahe Realisierung der Maßnahmen zu ermöglichen.

Notwendig ist auch eine Finanzierung die sich an wirtschaftlichen Lösungen im Bauablauf orientiert. Die bisherige Förderpraxis in über Jahre gestreckte Bauabschnitte ist aus Sicht der KGNW zu hinterfragen. Auch muss das Thema der „Sicherung eventueller Rückzahlungsansprüche“ auf den Prüfstand. Die Verwaltungsvorschriften zur dinglichen Sicherung ermöglichen es schon jetzt vielen Krankenhäusern nicht mehr, im erforderlichen Umfang Darlehen von den Banken zu erhalten und erhöhen das Insolvenzrisiko der Krankenhäuser. Diese Vorschriften müssen ersatzlos entfallen.

Es müssen auch alternative Finanzierungsformen wie z. B. Förder-

möglichkeiten für Zins- und Tilgungsleistungen (Darlehnfinanzierung und Modelle von „Public-Private-Partnerships“), die dann auch mit Fördermitteln kombiniert werden können, möglich gemacht werden, um Investitionen leichter realisieren zu können.

Überarbeitungsbedarf besteht nicht nur bei den Regelungen zur Einzelförderung, sondern auch bei den Vorschriften für die pauschalen Fördermittel. Derzeit werden im Rahmen der Pauschalförderung durch feste jährliche Beträge kurzfristige Anlagegüter und sonstige förderfähige Maßnahmen unterstützt, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben im KHG NW festgelegte Höchstwerte nicht überschreiten.

Auch hält die KGNW die derzeitige Gewichtung der Punktwerte für einzelne Fachabteilungen zur Ermittlung der Anforderungsstufen für die Pauschalmittel für nicht zielführend und nach den heutigen Erkenntnissen auch nicht mehr für zeitgemäß. Die veralteten Richtwerte müssen angepasst werden.

Um absehbare zukünftige Entwicklungen zu berücksichtigen, sollte das weitere Verfahren zur Investitionsförderung auch künftige Versorgungsformen mit berücksichtigen.

3. Krankenhausplanung modernisieren

Die Landesregierung will die Krankenhausplanung in NRW unter Beteiligung der Selbstverwaltungspartner vereinfachen und im Um-

fang reduzieren. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hält eine Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW (KHG NRW) für notwendig. Das KHG NRW enthält hinsichtlich der Krankenhausplanung eine Vielzahl von Regelungen und Überregulierungen, die abgeschafft oder angepasst werden müssen. **Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen erklärt sich ausdrücklich bereit, aktiv an einer Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW mitzuwirken. Es sollte in diesem Zusammenhang auch geprüft werden, ob andere Kriterien nach der Einführung des neuen Fallpauschalensystems im Rahmen der Krankenhausplanung angemessener sind.**

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sieht die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag weiterhin beim Land Nordrhein-Westfalen. Die sozialstaatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge verbietet es, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung allein dem freien Spiel des Wettbewerbs zu überlassen.

Mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems auf der Basis von Fallpauschalen (Diagnosis-Related-Groups) wird den Krankenhäusern bis zum Ende der Umstellungsphase 2009 eine enorme administrative Belastung zugemutet. Es geht hier um eine komplette Umstellung der betriebswirtschaftlichen Grundlagen und diese erfolgt bei laufendem Versorgungsbetrieb. Es gibt kaum eine Branche, die etwas Vergleichbares zu schultern hatte.

Deshalb muss die Modernisierung des KHG NRW wegen der Auswirkungen der Umstellung der Finanzierungsgrundlagen auf die Krankenhausplanung mit Augenmaß erfolgen. Die Erkenntnisse über die tatsächliche Wirkung des DRG-System müssen bei der konkreten Ausgestaltung sowie der Aufgabenfestlegung bei der zukünftigen Krankenhausplanung in NRW berücksichtigt werden.

Weiterhin müssen die regelmäßige und zeitgerechte Fortschreibung des Krankenhausplans sowie die Entbürokratisierung des Planungsverfahrens zukünftig stärker bei der Umsetzung der Krankenhausplanung berücksichtigt und bei einer Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW beachtet werden.

4. Kein Abbau von Ausbildungsplätzen

Die Krankenhausträger nehmen ihre Verantwortung für die Ausbildung wahr und räumen ihr einen hohen Stellenwert ein. Die Zahl der Auszubildenden in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern lag im Jahr 2003 über 26.000.

So werden in den von den Krankenhäusern betriebenen Schulen u.a. Gesundheits- und Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Hebammen, Entbindungshelfer, Ergotherapeuten, Diätassistenten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Logopäden, medizin-technische Laboratoriums- und Radiologieassistenten sowie Operationstechnische Assistenten ausgebildet. Die Krankenhäuser haben ihre teilweise kleinen Schulen in weiten Teilen

aufgegeben und verstärkt große Verbundschulen gegründet, um so eine qualitativ hochwertigere und wirtschaftlichere Ausbildung anbieten zu können. Bei der momentan stattfindenden Ausbildungsplatz-Planungsrunde ist es aus Sicht der KGNW dringend geboten, besetzte Ausbildungsplätze nicht abzubauen. Die Landesverbände der Krankenkassen im Landesteil Nordrhein haben aber genau dies vorgeschlagen. Das Ministerium ist hier gefordert, dem entgegenzuwirken.

Es darf keinesfalls zu einem Abbau von Ausbildungsplätzen – auch nicht im Einzelfall – kommen, soweit Krankenhäuser auf Basis der vereinbarten Feststellungen Ausbildungen anbieten und Ausbildungswillige zur Verfügung stehen. Die von der neuen Landesregierung NRW hervorgehobene Aussage, jedem ausbildungsfähigen und ausbildungsbereiten Jugendlichen einen Ausbildungsplatz zur Verfügung zu stellen, wird von der KGNW im Gesundheitsbereich ausdrücklich begrüßt.

In der Ausbildung im Gesundheitswesen sind zukünftig Rahmenbedingungen erforderlich, die den Trägern der Ausbildungsstätten eine qualitätsgesicherte Ausbildung ermöglichen. Solange die Ausbildungskosten allein aus den Einnahmen der Krankenhäuser finanziert werden, müssen die Träger verstärkt den eigenen mittelfristig benötigten Bedarf an Personal in den Blick nehmen. Es ist daher notwendig, die entsprechenden politischen Rahmenbedingungen zu ändern. Eine volle Finanzierung der Ausbildungskosten muss gesichert werden.

Kein Abbau von Ausbildungsplätzen

Gesundheitswesen entbürokratisieren

Hier bedarf es zudem einer rückhaltlosen Überprüfung der bisher sehr detailliert beschriebenen Vorschriften zur Einrichtung sowie Unterhaltung von Ausbildungsplätzen und hiermit verbunden die strenge Überwachung von Kennziffern wie z. B. die Schüler-Lehrer-Relation und das Verfahren zur Anerkennung von Schulleitungen. Auch kann es in Zeiten knapper Ausbildungsplätze keinen Sinn machen, die Klassengröße strikt auf 25 Schüler zu begrenzen.

Weiterhin müssen die praktische Ausbildung erhöht, die theoretische Ausbildung demgegenüber verringert und bestehende Fachabteilungen z. B. HNO, Urologie, Intensivmedizin wieder als Ausbildungs- und Einsatzort vorgesehen werden. Dazu muss die Ausbildungsordnung angepasst werden.

Auch sollte die Kinderkrankenpflege als integrierte Ausbildung, die sich erst im letzten Ausbildungsjahr von der allgemeinen Krankenpflegeausbildung unterscheidet, durchgeführt werden. Unbedingt erforderlich ist eine ortsnahe Ausbildung in der Nähe von Kinderkliniken mit neonatologischer Versorgung, die auch außerhalb der Ballungsräume in Nordrhein-Westfalen im sog. ländlichen Raum erfolgt. Auf diese Weise können z. B. auch in der Praxis bereits gegründete klinikenübergreifende, große Krankenpflegeschulen auch die Kinderkrankenpflege zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen gewährleisten.

Die KGNW bietet der neuen Landesregierung an, die Tradition des Dialogs über die Situation der Pflege und der Ausbildung im Gesundheitswesen konstruktiv

fortzuführen und sich engagiert an der Umsetzung von Problemlösungen zu beteiligen.

5. Gesundheitswesen entbürokratisieren

Unser Gesundheitswesen und damit auch unsere Krankenhäuser leiden immer mehr unter einer bürokratischen Überregulierung. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI e. V.) hat in einer Studie festgestellt, dass jeder Krankenhausarzt heute pro Arbeitstag ca. drei Stunden mit administrativen Tätigkeiten befasst ist – mit ständig steigender Tendenz. Nach einer Studie des BMGS beklagen 86 % aller Ärzte zu Recht, dass sie täglich zuviel Zeit mit Verwaltungsarbeit verbringen müssen.

Damit werden kostbare Ressourcen der direkten Gesundheitsversorgung und Patientenbehandlung entzogen und durch eine vielfach sinnlose Überbürokratisierung verbraucht. Hier sind ein radikaler Stopp und eine Umkehrung dieser Entwicklung dringend geboten.

a) Qualitätssicherung

Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die dringende Notwendigkeit eines Stopps und eine notwendigen Umkehr der derzeit zur Umsetzung anstehenden onkologischen Qualitätssicherung nach dem Krebsregistergesetz:

Die Krankenhäuser in NRW müssen sich bereits heute im Bereich der Krebsbehandlung mit folgenden bereits nebeneinander bestehen-

den vier obligatorischen und zwei fakultativen Qualitätssicherungsverfahren befassen:

Externe vergleichende Qualitätssicherung gem. § 137 SGB V

- Qualitätssicherung „Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs“
- Zertifizierungsverfahren für Brustzentren nach Landesrecht
- Epidemiologisches Krebsregister NRW/onkologische Qualitätssicherung
- Dokumentation des Westdeutschen Brustcentrums (fakultativ)
- Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft/ Deutschen Gesellschaft für Senologie (OnkoZert) (fakultativ).

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen plädiert deshalb nachdrücklich dafür, dass vor der Einführung von weiteren Modulen der onkologischen Qualitätssicherung grundsätzlich eine Harmonisierung mit den bereits bestehenden vertraglich vereinbarten und gesetzlich geforderten Dokumentationsanforderungen unter möglichst großer Nutzung der in anderen Qualitätssicherungsverfahren erhobenen Daten erreicht sein muss (externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, DMP Brustkrebs, Qualitätssicherung im Rahmen der Brustzentren). Die Onkologische Qualitätssicherung muss deshalb in ein übergreifendes und einheitliches Landesgremium zur Qualitätssicherung eingebunden werden. Immer neue Parallelstrukturen und eine damit verbundene inflationäre Ausweitung von Gremien, Ausschüssen und Arbeitsgruppen (siehe Anlage 5, S. 97) müs-

sen auch hier als sinnlose und kostenträchtige Überbürokratisierung verhindert werden. Wir fordern die Landesregierung auf, dieses Anliegen nachdrücklich zu unterstützen.

b) Arbeitsschutz und Medizinproduktegesetz

Dies gilt ebenso für zahlreiche weitere bürokratische Regelungen wie beispielsweise bei der Überprüfung und Überwachung gesetzlicher Vorschriften des Medizinproduktegesetzes sowie zum Arbeits- und Strahlenschutz. Diese Regelungen müssen wegen des damit verbundenen Aus- und Übermaßes an Detailregulierung überprüft werden.

c) KHG NRW

Auch gehören die bürokratischen Auswirkungen gesetzlicher Regelungen des KHG NRW auf den Prüfstand und können teilweise vollständig entfallen, wie z. B.

- § 2 Abs. 2 KHG NRW, der ein Verbot von Privatstationen enthält und die betriebliche Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser einschränkt,
- §§ 13 ff. KHG NRW, die Regelungen hinsichtlich der Bekanntgabe eines Feststellungsbescheides an ein Krankenhaus enthalten und dabei die durch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 14. Januar 2004 aufgezeigten Rechte konkurrierender Krankenhäuser nicht abschließend berücksichtigen,
- § 33 KHG NRW die Handlungsfähigkeit des Krankenhausträgers einschränkt, in dem er ein Verbot in der Doppelvorhaltung

Auf Bundesebene durchzusetzen

Trennung der ambulanten und stationären Sektoren aufheben

von medizinischen Abteilungen normiert,

- § 35 KHG NRW zur Leitung und Organisation ist überflüssig, da die Organisation und Bestimmung seiner Leitungsebene in die Eigenverantwortung eines Krankenhauses fallen muss sowie
- § 36 KHG NRW, der als sehr restriktive Vorschrift die Behandlung von Patienten durch Ärzte verhindert, die nicht an einem Krankenhaus hauptamtlich angestellt sind. Hierdurch werden in der Praxis vielfach wirtschaftlich notwendige Kooperationen zugelassener Vertragsärzte mit Krankenhäusern, insbesondere im Bereich des ambulanten Operierens entgegen der Vorgabe des Bundesgesetzgebers, verhindert.

d) Verwaltungsvorschriften zum Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen

Die Verwaltungsvorschriften zum KHG NRW enthalten zahlreiche bürokratische Regelungen (z. B. die dingliche Sicherung, vgl. hierzu unter „1. Investitionsstau auflösen“) sowie kostenintensive Elemente der Einrichtungs- und Bauverwaltung. Die gesamten Regelungen müssen aufgrund des damit verbundenen Aufwandes dringend überprüft sowie schnellstmöglich überarbeitet werden und können teilweise vollständig entfallen.

6. Auf Bundesebene durchzusetzen

6.1 Trennung der ambulanten und stationären Sektoren aufheben

Eine der wichtigsten Herausforderung für die Krankenhäuser stellt die Aufhebung der strikten Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor dar. Die Abschottung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verhindert die Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung! Durch die Aufhebung der Sektorengrenzen muss auch eine größere Kontinuität der Versorgungsketten erreicht werden. Die Krankenhäuser sollten sich zu „Integrierten Dienstleistungszentren“ weiterentwickeln können, die eine Gesamtversorgung aus einer Hand anbieten – diese garantiert auch mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität.

Das GKV-Modernisierungsgesetz beinhaltet hier eine Reihe von Regelungen, die größere Chancen einer sektorübergreifenden Versorgung und eine stärkere wettbewerbliche Orientierung des Vertragsrechts beinhalten. Mit diesem Gesetz wurden für Krankenhäuser Möglichkeiten geschaffen, stärker in der ambulanten Versorgung der Patienten tätig werden zu können.

So weisen eine Reihe von chronischen Erkrankungen Merkmale auf, die sie im Prozess der Verbesserung von Qualität und Wirtschaft der Versorgung dazu prädestinieren, im Krankenhaus ambulant behandelt zu werden, z. B. Tumorerkrankungen, Chronische Schmer-

zen. Eine interdisziplinäre Behandlungsnotwendigkeit oder der Einsatz von Behandlungsteams sind charakteristische Merkmale, die Krankenhäuser zu einer ambulanten Behandlung qualifizieren. Darüber hinaus ist die Vorhaltung aufwändiger Apparate, die für eine auf hohem medizinischen Niveau liegende auch ambulante Patientenbehandlung notwendig sind, und die Umsetzung interdisziplinärer Behandlungsmöglichkeiten meist nur am Krankenhaus möglich.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz sollte den Krankenhäusern die Öffnung für ambulante Leistungen (Integrierte Versorgung § 140 a – d SGB V; Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf §116 b Abs. 2 SGB V; bei regionaler Unterversorgung/befristet 116 a SGB V) ermöglicht werden. Die KGNW muss mehr als ein Jahr nach Inkrafttreten des GMG allerdings feststellen, dass die Öffnungstatbestände

- in Teilen praktisch nicht umsetzbar sind,
- von den Krankenkassen nicht genutzt werden sowie
- an der Blockadehaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern.

Es gibt praktisch keine Verträge über ambulante Versorgung durch Krankenhäuser nach dem Katalog für bestimmte Diagnosen und Behandlungen. Dies ist nicht mehr mit Anlaufschwierigkeiten zu begründen.

Die Krankenhäuser haben den politischen Willen akzeptiert und stellen sich dem Wettbewerb.

Die Landesregierung ist deshalb aufgefordert, sich über den Bundesrat dafür einzusetzen, dass mittels einer verbindlichen gesetzlichen Regelung eine durchsetzbare Anspruchsgrundlage für die Krankenhäuser zum Abschluss zweiseitiger Verträge geschaffen wird, damit die in § 116 b SGB V vorgegebene ambulante Öffnung der Krankenhäuser endlich in der Praxis umgesetzt wird.

6.2 Systemwidrigen steuerlichen Zugriff auf Krankenhäuser verhindern

Die zahlreichen Gesetzesänderungen (Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992, GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999, GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 sowie Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002, Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17.07.2003 und 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15.12.2004) haben durch die damit beginnenden Öffnungen der traditionellen sektoralen Grenzen im Bereich der Leistungserbringung, das sozialrechtlich festgesetzte Rechtskonstrukt „Krankenhaus“ in den letzten 13 Jahren entschieden verändert, ohne dass dabei gleichzeitig die steuerrechtlichen Vorgaben an diese Veränderung (sukzessiv) angepasst wurden. Diese grundsätzlichen Veränderungen im Krankenhaussystem werden erst seit ca. 3 Jahren von den Finanzverwaltungen intensiver geprüft.

Bei der krankenhausesindividuellen Besteuerung ergeben sich jedoch bereits heute sowohl ertragssteuerliche als auch umsatzsteuerrechtliche Fragestellungen, die durch die

Systemwidrigen steuerlichen Zugriff auf Krankenhäuser verhindern

restriktive Rechtsauslegung einiger Finanzverwaltungen insbesondere in NRW auf Basis der „veralteten steuerrechtlichen Vorgaben“ zu einer steuerlichen Überlastung der Krankenhäuser führen und gleichzeitig die gesundheitspolitischen Ziele von Bund und Ländern konterkarieren. Diese Suche nach neuen Steuerquellen wird vehement vorangetrieben. Die nunmehr im Rahmen der Betriebsprüfungen rückwirkend betrachteten Sachverhalte werden – ohne, dass es in der Vergangenheit rechtliche oder gesetzliche Anhaltspunkte gab – durch die Finanzverwaltungen mit erheblichen finanziellen Auswirkungen zum Nachteil der Krankenhäuser ausgelegt. Die sich ausweitende steuerliche Überprüfung der Krankenhäuser führt mangels deutlicher Klarstellungen und der notwendigen Anpassung des Steuersystems an das hoch komplexe Krankenhausfinanzierungssystem durch die obersten Finanzbehörden oder den Gesetzgeber derzeit im Bereich der Besteuerung zu einer unkalkulierbaren Situation.

Kernproblem ist die sezierende Sichtweise der Finanzverwaltung in Verbindung mit der fehlenden Anpassung des Steuerrechts u.a. an die neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Der Krankenhausbetrieb wird nunmehr in seinen Einzelteilen begutachtet, wobei nur noch die klassische stationäre Behandlung die Voraussetzung sowohl für die Umsatzsteuerbefreiung als auch für die Behandlung als gemeinnützige Tätigkeit erfüllen soll.

Mehrere bislang nicht ansatzweise betroffenen Leistungsbereiche, insbesondere die gesetzlich veranker-

ten „Belegleistungen“, § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder Leistungen der „Wahlleistung Unterkunft“, § 17 KHEntgG – die finanzierungstechnisch im GKV-System eingebunden sind – stehen in der Diskussion der Umsatz- und Ertragssteuer unterworfen zu werden. Dies führt gerade im Bereich der Wahlleistung Unterkunft – in dem durch Kostenabzüge aus dem Krankenhausbudget (§ 7 Abs. 2 Nr. 7 BPfIV) eine enge Verknüpfung mit der Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen besteht – zu einer systemwidrigen steuerlichen Zuordnung von Krankenhausleistungen.

Neben diesen Leistungsbereichen werden von Finanzverwaltungen auch andere Ansatzpunkte zu neuen Steuereinnahmen gesucht. So wurde seitens einer Finanzverwaltung die Auffassung vertreten, dass die Organentnahme beim Spender umsatzsteuerpflichtig sein soll, da hier – im Gegensatz zum Einsetzen des Organs beim Spender – keine Heilbehandlung vorläge.

In nahezu allen Bereichen der einzelnen Krankenhäuser werden evident die grundlegenden Vorgaben des über Jahrzehnte gewachsenen Krankenhausfinanzierungssystems verkannt. Eine Besteuerung hat in diesem hoch komplexen System wegen der vielen Verknüpfungen unweigerlich Auswirkungen auf das Finanzierungssystem und wird regelmäßig wegen einer notwendigen Anpassung auch die Solidargemeinschaft (GKV-System) zusätzlich belasten.

Neben den steuerrechtlichen Problemstellungen in der krankenhau-sindividuellen Besteuerung ergeben

sich vermehrt auch finanzielle Belastungen im **Bereich der durch die Selbstverwaltung wahrgenommenen hoheitlichen Aufgaben**. Im Bereich der Selbstverwaltung wird derzeit die Besteuerung der „gesetzlich vorgegebenen“ Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung und der Entgeltentwicklung (DRG) gerichtlich geprüft.

Die dadurch aufgeworfenen steuerrechtlichen Fragen bei der Besteuerung von Selbstverwaltungsaufgaben führen derzeit dazu, dass die für die Landeskrankengesellschaften in § 17 a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgegebene Aufgabe der Verwaltung des Ausbildungsfonds aufgrund der unkalkulierbaren steuerlichen Risiken derzeit nicht ausführbar ist. In Nordrhein-Westfalen bemisst sich die Höhe des Ausbildungsfonds im dreistelligen Millionenbereich, so dass eine nachträgliche Umsatzsteuerforderung gegenüber der Landeskrankengesellschaft Nordrhein-Westfalen (Fondsverwalter) zunächst zu einer sofortigen Zahlungsunfähigkeit des Verbandes führen würde.

Darüber hinaus ist bisher noch nicht geklärt, ob eine entsprechende Besteuerung dieses von der GKV finanzierten Fonds als zusätzlich aufzubringender Betrag zu Lasten der GKV zu Buche schlägt und damit die finanziellen Mittel der GKV zusätzlich belasten würde. Alternativ könnte eine Besteuerung sich zu Lasten des Fonds selbst auswirken, was im Ergebnis zur Folge hätte, dass die für die Ausbildung in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung stehenden Mittel um den für die Steuer abzuführenden

Betrag gemindert würden. Dies ginge zwangsläufig zu Lasten der eigentlich notwendigen Ausbildungsmöglichkeiten der von den Krankenhäusern auszubildenden Berufe.

Eine solche offensichtliche Abzweigung von Mitteln aus dem Sozialbudget in die allgemeinen Steuertöpfe des Bundes ist nicht sachgerecht und politisch nicht vertretbar.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in ihrem Grundsatzpapier im Einzelnen erläutert, welche Gesetzesänderungen bzw. Änderungen der Umsatzsteuerrichtlinien 2005 sowie Klarstellungen seitens des Bundesministeriums für Finanzen notwendig sind, um den politischen Widerspruch zwischen Gesundheits- und Steuerpolitik sowohl für den individuellen Bereich des Krankenhauses als auch für die Selbstverwaltung aufzulösen.

Diese offensichtliche Diskrepanz zwischen Steuer- und Sozialrecht im Krankenhausbereich schafft aktuell eine erhebliche Unsicherheit. Gleichzeitig stellt der laufenden Systemwechsel auf eine Finanzierung mit Fallpauschalen (DRG-System) und die Anpassung an die neuen Arbeitszeitrichtlinien höchste Anforderungen an die Organisations- und Finanzplanung der Betriebe. Insoweit müssen die notwendigen systemgerechten Änderungen sofort vorgenommen werden, um sicherzustellen, dass diese Umstellungen ohne negative Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung bewältigt werden können.

Die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen ist deshalb dringend gefordert, die ausufernde

Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 Arbeitszeitgesetz (ArbZG)

steuerliche Belastung der Krankenhäuser zu stoppen und auf eine systemgerechte Anpassung der steuerlichen Vorgaben an die grundlegend veränderte Krankenhausstruktur und die gesetzlichen Aufgaben der Selbstverwaltung gerade im Hinblick auf die sich immer weiter verschlechternde Finanzsituation der Krankenhäuser hinzuwirken.

6.3 Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 Arbeitszeitgesetz (ArbZG)

Der Personalbereich im Krankenhaus steht vor enormen Herausforderungen. Immer kürzere Verweildauern verbunden mit der Einführung des DRG-Systems gehen mit einer erheblichen Leistungsverdichtung für das Krankenhauspersonal einher. In dieser Situation ist die seit 2004 geltende Festlegung des ArbZG, wonach Bereitschaftsdienste im Krankenhaus zu 100% als Arbeitszeit zu werten ist, kontraproduktiv und verschärft die personalwirtschaftliche Situation zusätzlich.

Eine undifferenzierte Wertung von Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit stellt die Krankenhäuser nicht nur vor das Problem, auf dem engen Arbeitsmarkt für Ärzte tausende neuer Mitarbeiter für eine Tätigkeit im Krankenhaus gewinnen zu müssen, sondern schafft darüber hinaus auch einen zusätzlichen erheblichen Finanzierungsbedarf, dessen Refinanzierung verbindlich und dauerhaft geregelt werden müsste. Eine volle Anrechnung der Bereitschaftsdienste auf die Arbeitszeit muss daher in jedem Fall vermieden werden.

Vor diesem Hintergrund unterstützen die Krankenhäuser weiterhin nachdrücklich die Absicht der Europäischen Kommission, im Zuge der anstehenden Novellierung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie (Richtlinie 2003/88/EG) für Bereitschaftsdienste eine eigene arbeitsrechtliche Differenzierung einzuführen. Dies ist der richtige Weg, um den Besonderheiten im Gesundheitswesen gerecht zu werden.

Die EU-Arbeitszeitrichtlinie wird voraussichtlich erst 2006 verabschiedet, so dass eine Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 ArbZG notwendig ist. Andernfalls müssten die Krankenhäuser in kurzer Zeit voraussichtlich zwei Neuregelungen umsetzen. Dieses „Hin und Her“ würde den Krankenhausbereich unnötig belasten und zudem Kosten für die doppelte Umstellung verursachen – ein bürokratischer Aufwand, der völlig überflüssig ist und mit Hilfe der Landesregierung verhindert werden muss.

Hintergrund ist, dass gemäß § 25 ArbZG Abweichungen von den Vorgaben des ArbZG auf der Grundlage derzeit nachwirkender Tarifverträge bis Ende 2005 zulässig sind. Diese Regelung ist in das Gesetz eingefügt worden, um den Tarifvertragsparteien Zeit zu geben, die vom ArbZG eröffneten Spielräume auszunutzen. Eine Umsetzung der Vorgaben des derzeitigen ArbZG hat bislang nur im Bereich der Kommunen und des Bundes (neuer „Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst“) stattgefunden. Im Bereich der Länder und der Kirchen sind bislang von den Tarifparteien noch keine Regelungen geschaffen wor-

den. Aufgrund des Auslaufens der Übergangsregelung zum Jahresende müsste also auf Länderebene und in den kirchlichen Häusern – die in Nordrhein-Westfalen einen Anteil von etwa 70 % der Kliniken ausmachen – bis zum Jahresende eine provisorische Regelung gefunden werden. Sollte die anstehende EU-Richtlinie im nächsten Jahr verabschiedet werden und die Umsetzung in das nationale ArbZG erfolgen, wäre im nächsten Jahr dementsprechend eine Neuverhandlung der entsprechenden tariflichen Bestimmungen aufgrund der dann novellierten europäischen Vorgaben notwendig.

Im Hinblick auf die aktuellen Verhandlungen über die Europäische Arbeitszeitrichtlinie ist daher eine Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 ArbZG bis Ende 2006 notwendig – und sollte von NRW im Bundesrat nachdrücklich unterstützt werden.

6.4 Finanzierungsgrundlagen der GKV neu regeln

Die Finanzierung der sozialen Sicherung und damit auch des Ge-

sundheitswesens ruht in Deutschland heute alleine auf dem Faktor Arbeit. Dies hat dazu geführt, dass die Lohnzusatzkosten in keinem anderen Industriestaat so hoch sind wie in Deutschland. Damit gehen vor dem Hintergrund der Globalisierung täglich circa 1000 Arbeitsplätze in Deutschland verloren. Dies führt zu einer Erosion der Beitragseinnahmen und damit der Finanzierungsgrundlagen unseres Gesundheitswesens. Unser zentrales Problem im Gesundheitswesen ist nicht eine Kostenexplosion, sondern eine Einnahmeplosion.

Deshalb ist die Landesregierung dringend aufgefordert über den Bundesrat mit dafür Sorge zu tragen, dass die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend reformiert werden. Ziel einer solchen Reform muss eine vom individuellen Arbeitsverhältnis abgekoppelte Finanzierungsregelung bei gleichzeitiger Wahrung der solidarischen Elemente der GKV sein.

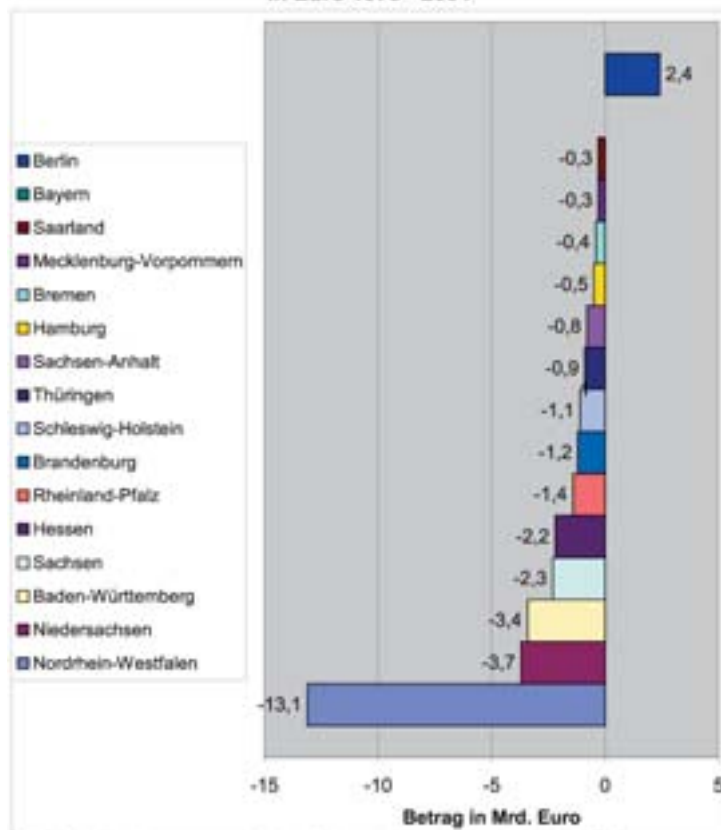
Finanzierungsgrundlagen der GKV neu regeln

Anhang zur Agendaliste

Anhang zur Agendaliste / Anlagen



Investitionsstau der Plankrankenhäuser In Euro 1973 - 2004

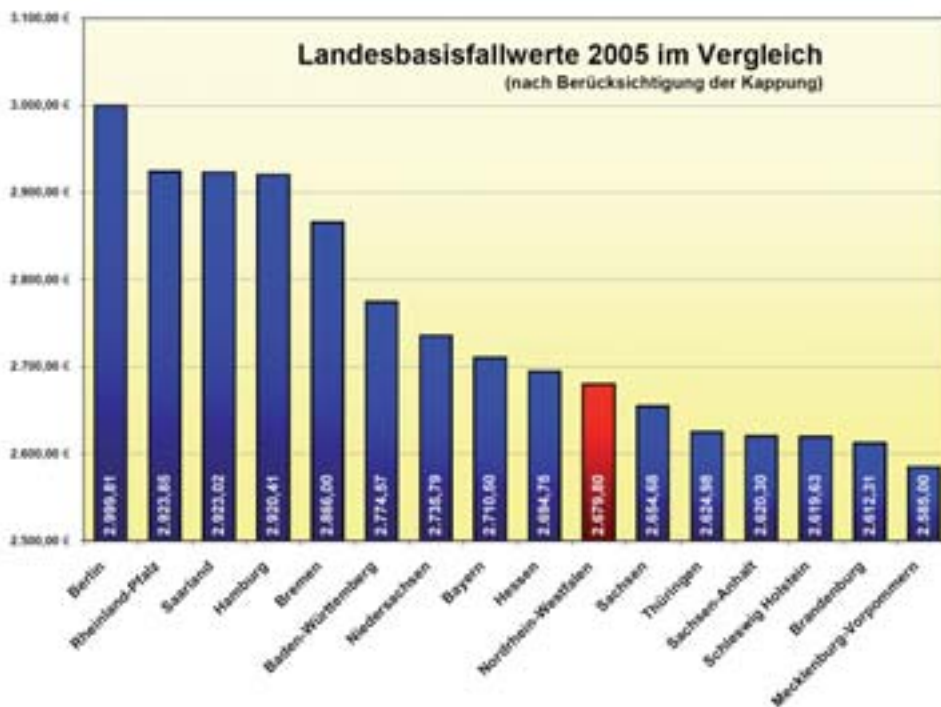


Quelle: E. Bruckenberg aus: Zeitschrift Arzt und Krankenhaus 7/2005, S. 207



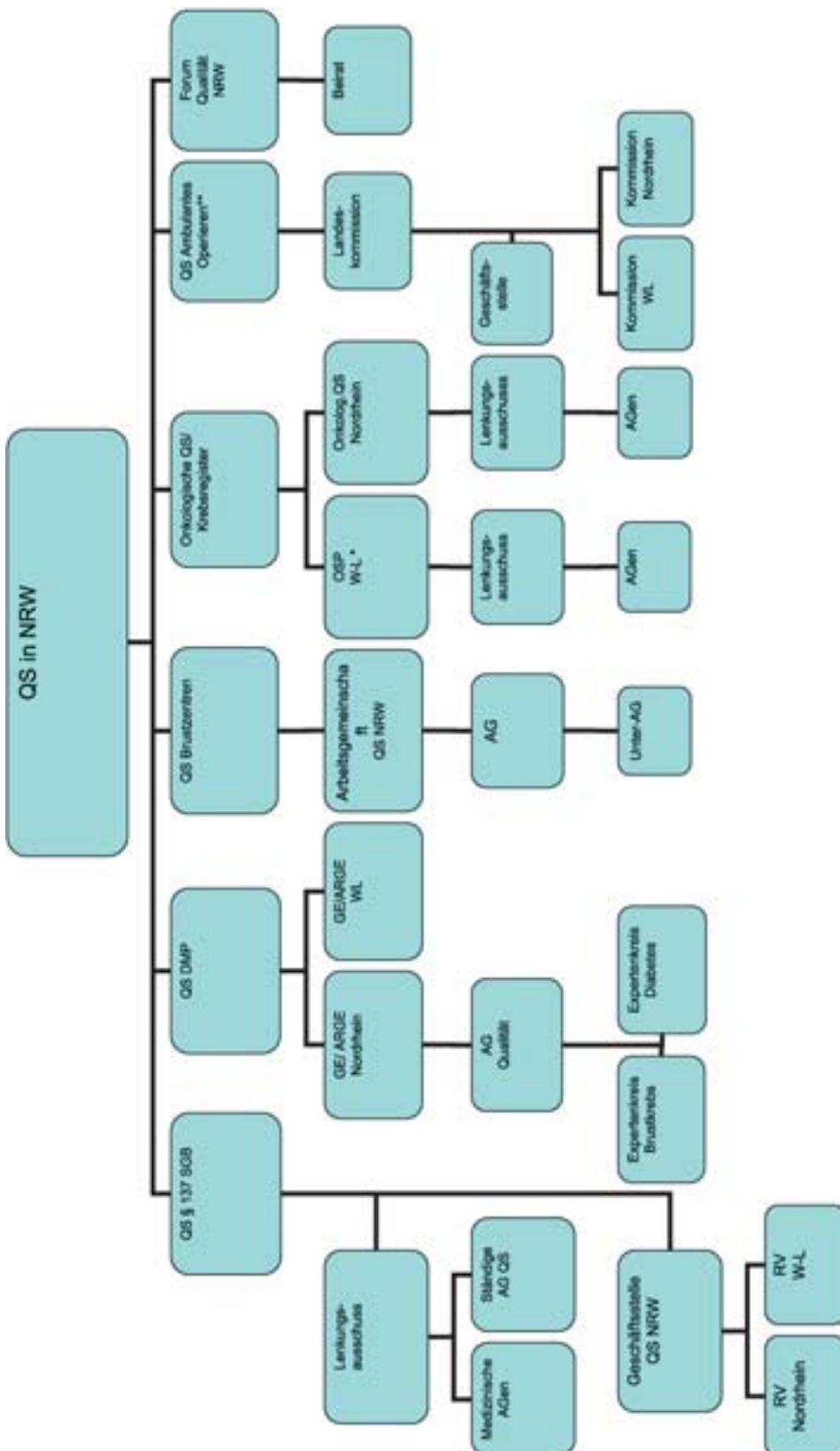
Übersicht über die vereinbarten/festgesetzten Landesbasisfallwerte nach Kappung

Bundesland	LBFW
Berlin	2.999,81 €
Rheinland-Pfalz	2.923,85 €
Saarland	2.923,02 €
Hamburg	2.920,41 €
Bremen	2.866,00 €
Baden-Württemberg	2.774,57 €
Niedersachsen	2.735,79 €
Bayern	2.710,50 €
Hessen	2.694,75 €
Nordrhein-Westfalen	2.679,80 €
Sachsen	2.654,68 €
Thüringen	2.624,98 €
Sachsen-Anhalt	2.620,30 €
Schleswig Holstein	2.619,63 €
Brandenburg	2.612,31 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.585,00 €



Anlage 4 Krankenhaus-Investitionsprogramme NRW

		2000	2002	2003	2004	2005
		in Euro	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro
1	Zur Finanzierung stehen folgende Mittel zur Verfügung					
1.1	Ausgabemittel	454.538.482	473.821.500	473.822.300	479.822.200	479.822.200
1.2	Verpflichtungsermächtigung	163.613.402	255.646.000	255.646.000	255.000.000	255.000.000
	Summe	618.151.884	729.467.500	729.468.300	734.822.200	734.822.200
2	Die unter 1. genannten Mittel werden wie folgt verplant:					
	Weiterfinanzierung der vor dem Jahr (jeweils aktuelles Jahr) begonnenen Krankenhausbaumaßnahmen					
2.1	- Ausgabemittel - Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid notwendigen Anlagegütern (§21 Abs. 1 Nr. 2 und 3 KHG NRW) - Anlage A -	157.989.191	168.638.500	168.638.500	168.638.500	168.638.500
2.21	Bewilligung sonstiger dringender Maßnahmen außerhalb des Investitionsprogramms (jeweils entsprechendes Jahr) (§21 Abs. 1 Nr. 2 und 3 KHG NRW) - Anlage B -	138.190.436	216.850.000	231.788.000	229.141.000	228.307.000
2.22	zusammen 2.21 und 2.22	138.190.436	216.850.000	231.788.000	229.141.000	228.307.000
2.23	Bewilligung von Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 KHG NRW im Rahmen des Mittelkontingents der Bezirksregierungen					
2.3	Fördererhöhungen (Mehrkostenbewilligungen bei Baumaßnahmen der Investitionsprogramme bis einschließlich (jeweils entsprechendes Vorjahr)	25.422.966	38.796.000	23.858.000	25.859.000	26.693.000
2.4	Für die Pauschale Förderung (§§ 25 und 26 KHG NRW) - Anlage C -	296.549.291	305.183.000	305.183.800	311.183.700	311.183.700
	Summe	618.151.884	729.467.500	729.468.300	734.822.200	734.822.200



**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
- **Verordnung über die Bildung des Schlichtungsausschusses nach § 17c Abs. 4 KHG in Nordrhein-Westfalen (Schlichtungsvereinbarung)**
seit 01.12.2004 in Kraft
KGNW-RS Nr. 202/2005 vom 13.07.2005

Name und Sitz

Zweck und Aufgaben

Mitglieder

Satzung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

– beschlossen am 09.06.1997, in der geänderten Fassung vom 28.12.2005 –

§ 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 sowie Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz). 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 Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz des Vorjahres zu übermitteln. Auf dieser Grundlage sind von der Geschäftsstelle gemäß Abs. 3 die jeweiligen Stimmen der 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 28.12.2005 wirksam und lösen die Regelungen der Satzung in der Fassung vom 09.06.1997 ab.

In-Kraft-Treten

Auflösung

§ 15 Auflösung

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

§ 16 Übergangsregelung

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

Übergangsregelung

Abkürzungsverzeichnis

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
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
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
BMVBW	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Wohnungswesen
BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BSG	Bundessozialgericht
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	Bundemantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen
etc	et cetera

EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
FAQ	Frequently asked Questions
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	Heilmittelwerbeengesetz
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 Endprothese
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KrPflArPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenpflege
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
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
PfLG NW	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen
PKV	Private Krankenversicherung
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
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VG	Verwaltungsgericht
vgl.	vergleiche
v. H.	vom Hundert
Ziff.	Ziffer
ZTG	Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH

Organisationsplan der KGNW

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

Geschäftsführer

Geschäftsbereich I
Richard Zimmer Staatssekretär a. D.

Sekretariat
 Dorothea Grabhorn
 Beate Schiwy

Tel.Durchw
 -51
 -52

- Präsidium
- Vorstand
- Mitgliederversammlung
- Verbandspolitik
- Leitung der Geschäftsstelle
- DKG-Vorstandsanliegenheiten
- DKG-Finanzierungsausschuss
- DKG-Haushaltsausschuss
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Bundesschiedsstelle
- Landesgeschäftsleiterkonferenz
- Landesgesundheitskonferenz
- Landespflegeausschuss

Geschäftsführung

Geschäftsbereich II
Rechtsanwalt Matthias Blum

Sekretariat
 Stefanie Vallone

Tel.Durchw
 -41

- Stellvertretung des Geschäftsführers
- Hauptausschuss der KGNW
- Gemeinsame Arbeitsgruppe KGNW/GKV und § 18a KHG

Tel.Durchw.
 -40

- DKG-Fachausschuss Recht und Verträge
- Schiedsstellen nach § 114 SGB V und § 18a KHG

Stellv. Geschäftsführer

Referat Politik/Presse

Referatsleiter
 Lothar Kratz

Referent
 Dipl.-Pol. Mirko Milinewitsch

Sekretariat
 Beate Schiwy

Tel.Durchw.
 -54
 -53
 -52

- Gesundheitspolitik
- Landesgesundheitskonferenz
- Grundsatzen des Krankenhauswesens
- Europäisches Krankenhauswesen
- Medienkontakte/Pressemeldungen
- Veröffentlichungen/Internet
- KGNW-Kompakt
- Geschäftsbericht
- Organisation von Veranstaltungen
- DKG AG Presse-u. Öffentlichkeitsarbeit

Referat Krankenhausorganisation, EDV/Statistik

Referatsleiter
 Dipl.-Verw.wiss. Jan Wiegels

Referenten
 Dipl.-Wirtschaftsmath. Robert Fätber
 Dipl.-Verwaltungsw. Susanne Hoffschulte

Sachbearbeitung Datenverarbeitung
 Astrid Großer
 Manfred Bellenbaum

Sekretariat
 Olivia von Meurers

Tel.Durchw.
 -20
 -22
 -23
 -24
 -25
 -21

- Qualitätssicherung, Zertifizierung
- Arzneimittelwesen, Blutversorgung, -produkte, Gefahstoffe, Gefahrgüter
- Rettungsdienst
- Krankenhaustechnik, Medizinprodukte, Arbeitssicherheit
- Umweltschutz, Abfallwirtschaft, Krankenhaushygiene
- EDV im Krankenhaus
- Internet, Multimedia, Telemedizin, Datenschutz und -sicherheit, Datenübermittlung
- Krankenhausvergleiche, Statistik
- Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte
- 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 Hygiene im Krankenhaus

Verwaltung und Geschäftsstelle

Innerer Dienst / Buchhaltung
 Rosemarie Rehm
 Sachbearbeitung/Sekretariat
 Melanie Berns
 Verena Würde

Tel.Durchw.
 -60
 -61
 -62

- Personalwesen
- Beschaffungs- / Rechnungswesen
- Vorbereitung Buchhaltung
- Budgetkontrolle / Wirtschaftsplan
- Vorbereitung Jahresabschluss
- Miet- und Versicherungsangelegenheiten

Älterer Dienst
 Bernhard Felste
 Peter Agen

Tel.Durchw.
 -65
 -65

- Empfang, Telefonzentrale
- Poststelle, Kopierzentrale
- Fahrdienst

Referat Finanzierung/Planung

Referatsleiter
 N. N. -10

Referenten
 Dipl.-Verwaltungsw. Ralf Cjapien
 Dipl.-Ges.Oec. Thomas Specker
 Dipl.-Ges.Oec. Annette Achenbach

Sekretariat
 Henriette Nickel

Tel.Durchw.
 -12
 -13
 -14
 -11

- Krankenhausfinanzierung
- Pflegeatzfragen
- Bundespflegesatzverordnung
- Krankenhausentgeltgesetz
- Abrechnungszfragen
- Neue Leistungs-u. Entgeltformen
- Integrierte Versorgung
- Wirtschaftlichkeitsfragen im KH
- Landesbasisfallwert
- Ausgleichs fonds gem. § 17 a KHG
- Vereinbarung landesweiter Entgelte
- Leistungs- und Kostenaufstellung
- Krankenhausplanung u. -förderung
- Landeskrankenhausplan
- Pauschalförderung
- Einzelförderung
- Disease-Management-Programme
- Finanzierung spezieller Leistungen
- Sozialpädiatrische Zentren
- Pathologie
- Hilfsmittel
- Gremienbetreuungen
- Gremienbetreuungen
- Fachausschuss für Planung und Förderung
- Arbeitsgruppe Hilfsmittelvertrag
- DKG
- Kommission Leistungsentgelte
- Kommission Rechnungswesen

Referat Rechts-, Vertrags- und Personalwesen

Referatsleiter
 Rechtsanwält Thorsten Ganse

Referenten
 Assessor Joachim Klähm
 Assessor Richard Kösters

Sekretariat
 Stefanie Vallone

Tel.Durchw.
 -44
 -45
 -46
 -41

- Rechts- und Vertragswesen
- Rechtsberatung der Mitgliedsverbände / Krankenhäuser
- Rechtsfragen zum Krankenhausfinanzierungsrecht (KHG, KHEntGG, BPHV, FPV) und Sozialrecht (SGB, RVO, etc.)
- Belegarzt- und Konsiliararztwesen
- Kooperationsverträge
- Allgemeines Wirtschaftsrecht
- Steuerrecht
- Allgemeine Vertragsbedingungen
- Satzungsfragen
- Auswertung Rechtsprechung
- Personalwesen
- Grundsatzen zum Arbeitsrecht
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Ausbildungsstätten
- Ärztliches Berufsrecht,
- ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- Bundes- und Landesverträge sowie Rahmenempfehlungen
- Schlichtungsausschuss nach § 17c KHG
- Gremienbetreuungen
- Fachausschuss für Personalwesen der KGNW
- DKG
- Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation

Geschäftsstelle der Schiedsstelle KHG – Rheinland

Schlichtungsausschusses

Sachgebietsleitung
 Rosemarie Rehm

Sachbearbeitung/Sekretariat
 Melanie Berns
 Verena Würde

Teil-Durchwahl
 -60
 -61
 -62



Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

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

Herausgeber: Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen (KGNW)

Redaktion: Referat
Politik/Presse
Lothar Kratz
Mirko Miliniewitsch

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: Juli 2006