

## Umstellung der Krankenhausförderung bei zwei Anhörungen kritisch diskutiert

Durch einen gemeinsamen Änderungsantrag hat die Regierungskoalition von CDU und FDP die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS NRW) angekündigte Umstellung der Einzelförderung auf eine Baupauschale in das Gesetzgebungsverfahren des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW eingebracht.

In der dadurch notwendig gewordenen Expertenanhörung im Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Einführung der Baupauschale am 17. Oktober 2007 sowie der Anhörung zum Haushaltsentwurf 2008 im Haushalts- und Finanzausschuss einen Tag später hat KGNW-Präsident Karsten Gebhardt noch einmal die Zielsetzung des Gesetzes grundsätzlich begrüßt. Gebhardt hob hervor, dass die Landesregierung durch die Straffung und Streichung einer Vielzahl von Regelungen mit diesem Entwurf zu einer Entbürokratisierung und zu einer Reduzierung von Überregulierungen im Krankenhausbereich beitrage. Positiv bewerte die KGNW auch die vorgesehene grundlegende Zielrichtung bei der Überarbeitung der Planungskriterien mit dem Verzicht auf die bisherige Detailplanung zu Gunsten einer Rahmenplanung sowie dem Wegfall der Schwerpunkt- und Teilgebieteplanung.

Grundsätzlich trägt die KGNW die vorgesehene Umstellung der Pauschalförderung sowie der Einzelförderung auf die zukünftige Planungsgrößen Fallzahlen und Schweregrad der Erkrankungen bei den Patienten im einzelnen Krankenhaus (Casemix) mit.

Auf der einen Seite gibt diese fundamentale Weichenstellung in der Krankenhausförderung den Krankenhäusern mehr unternehmerische Freiheit bei der Verwendung der Mittel, auf der anderen Seite aber wird der investive Bedarf durch den Casemix nicht hinreichend abgebildet und die Streubreite zwischen Gewinnern und Verlierern ist noch zu breit. Deshalb darf diese Umstellung nicht im Blindflug umgesetzt werden.

Diese Position der KGNW wurde auch in der Anhörung im Landtag am 17. Oktober 2007 von zahlreichen Experten unterstützt, die mit der KGNW übereinstimmten, dass die offenen Fragen und die Folgenabschätzung bei der Umstellung durch ein fundiertes Gutachten, das den investiven Bedarf der einzelnen DRGs kalkuliert, umfassend geklärt werden müsste.

- **Umstellung der Krankenhausförderung bei zwei Anhörungen kritisch diskutiert**
- **30. Deutscher Krankenhaustag: Politik muss Krankenhäuser als leistungsfähige Branche stärken**
- **Krankenhausbarometer 2007: Kürzungspolitik erreicht Patienten und Mitarbeiter**
- **Fünfte Ergebniskonferenz Externe Qualitätssicherung NRW: Hohes Qualitätsniveau in NRW-Krankenhäusern**
- **Nachhaltige Zukunftssicherungsstrategien im Umweltschutz**
- **RFH-Hospital-Innovation-Preis 2007 für innovative Krankenhaus-Manager**

Um die eventuell gravierenden Friktionen der abrupten Umstellung zu bewältigen, hat die KGNW gemeinsam mit den Ärztekammern einen entsprechenden „Feuerwehrtopf“ gefordert, um entstehende Notlagen unbürokratisch zu lösen.

Die Gesamtauswirkungen des neuen pauschalen Fördersystems auf die Krankenhäuser im ländlichen und großstädtischen Bereich, auf bestimmte Abteilungen und Fachkrankenhäuser sowie auf die Kreditwürdigkeit und das Rating der einzelnen Krankenhäuser sind noch völlig offen. Zu dieser Thematik hat die Anhörung im Landtagsausschuss am 17. Oktober 2007 letztlich ergeben, dass hier derzeit keine seriöse Folgenabschätzung möglich ist. Hervorgehoben wurde, dass NRW mit dieser Systemumstellung Neuland betritt.

Im Ergebnis waren sich auch hier die Experten einig, dass dieser konsequente und radikale Übergang mit einem umfassenden Monitoring begleitet und die wesentlichen Änderungen im KHGG kodifiziert werden müssen.

Von KGNW-Präsident Karsten Gebhardt wurden zudem folgende Punkte vertreten:

Die Änderungen dürfen nicht über eine allgemeine Ermächtigung in eine Verordnung verschoben werden, da damit die parlamentarische Beratung und Kontrolle ausgeschaltet wäre.

Weiterhin ist zu prüfen, inwieweit die Kreditfähigkeit der Krankenhäuser durch eine Landesbürgschaft und ein spezielles Förderprogramm der KfW-Förderbank und/oder der NRW Bank mit vergünstigten Zinssätzen bezüglich der darlehensfinanzierten Projekte zur Erhaltung und zum Ausbau der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in NRW zu unterstützen ist und die Zinsbelastungen zu vermindern sind. Es muss verhindert werden, dass die zur Verfügung stehenden Investitionsvolumina nicht deutlich geschmälert werden. So ergibt sich z. B., dass bei nur fünf Prozent Zinsen und 20 Jahren Kreditlaufzeit rund 40 Prozent der Fördersumme als Zinsen an die Banken fließen würden.

Eine Nettoverringerung der bereitgestellten Fördermittel muss auch deshalb verhindert werden, weil die Landesregierung nach 2006 auch für dieses Jahr den Krankenhäusern Finanzmittel für dringend notwendige Investitionsvorhaben im Rahmen eines Investitionsprogramms verweigert.

Dieses erneute Aussetzen für 2007 ist weiterhin absolut ungerechtfertigt und nicht nachvollziehbar. Dieses Geld steht den Krankenhäusern für neue Investitionsmaßnahmen zu und wird angesichts des Investitionsstaus dringend benötigt.

Neben der Umstellung der Pauschal- und Einzelförderung bestimmen eine Vielzahl anderer interner und externer Einflussfaktoren (Alter, Struktur, Bausubstanz, Leistungsspektrum, Lage, Umfeld, Führung, Management etc.) die Entwicklung der einzelnen Krankenhäuser und damit der Krankenhauslandschaft und die Qualität der Versorgung. Den Auswirkungsumfang einzelner Faktoren isoliert zu eruieren ist nicht möglich.

Die Kernforderungen der KGNW zur Krankenhausförderung in NRW lauten deshalb:

- Bewilligungsstopp 2007 aufheben
- Substanzielle Erhöhung der Mittel

- Mittelfristiger Abbau des Investitionsstaus
- Umstellungsphase mit Monitoring begleiten
- Feuerwehrtopf, um Friktionen in der Umstellungsphase abzufedern
- Gutachten zu DRG-bezogenem Investitionsbedarf
- Grundsätzlicher Teil ins KHGG und weniger per Verordnung regeln
- Krankenhausplanung nicht den Banken überlassen
- \* Mehr Mittel für die Krankenhäuser, weniger für die Banken: Landesbürgschaft, zinsgünstige Kredite und Förderprogramm durch KfW und NRW-Bank
- Fraktionsübergreifender Entschließungsantrag als politisches Bekenntnis zur Krankenhausförderung in Nordrhein-Westfalen

Damit das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen zum 1. Januar in Kraft treten kann, soll die Schlussberatung und Verabschiedung innerhalb der Plenarsitzungen vom 5. bis 7. Dezember 2007 stattfinden. Nach Information der KGNW sollen kurzfristig noch Änderungsanträge zu den Themen Qualitätssicherung, Organisation der Betriebsleitung und Organspende verabschiedet werden.

Patienten sollen künftig die Qualität sowie die Leistung der verschiedenen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen direkt vergleichen können. Über Verfahren und Form der Veröffentlichungen sollte der Landesausschuss für Krankenhausplanung Vorschläge unterbreiten. Diese können dann durch Vereinbarungen der Krankenhausgesellschaft NRW, den Krankenkassen und der Ärztekammer umgesetzt werden.

Entgegen vorheriger Planung soll weiterhin die Organisation der Betriebsleitung im Gesetz geregelt werden. Die Betriebsleitung soll sich weiterhin aus einer Dreierspitze aus ärztlichem Dienst, Verwaltung und Pflege zusammensetzen.

Um dem Mangel an Spenderorganen und der im Bundesvergleich geringen Anzahl von Transplantationen in NRW entgegenzuwirken, soll es in allen Krankenhäusern mit Intensivbetten verpflichtend einen Transplantationsbeauftragten geben. Dieser soll bei allen Fragen, Abläufen und Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Organspende als qualifizierter Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

### **30. Deutscher Krankenhaustag: Politik muss Krankenhäuser als leistungsfähige Branche stärken**

„Hohe Patientenzufriedenheit, hohe Qualität in der Leistungserbringung und ein gutes Image stehen in der Zielhierarchie für die Krankenhäuser ganz oben“, erklärte Kongresspräsidentin Irene Maier im Rahmen der Eröffnungspressekonzferenz des 30. Deutschen Kran-

kenhaustages in Düsseldorf. Damit sei ein wesentlicher Schritt in Richtung Qualitätswettbewerb erreicht worden. Gleichwohl betonte Maier, Pflegedirektorin am Universitätsklinikum Essen, dass diese Ziele nur mit zufriedenen und motivierten Mitarbeitern erreichbar wären.

Umso Besorgnis erregender sei der Abbau von 50.000 Stellen im Pflegedienst in den letzten 10 Jahren. Sie forderte die Politik nachdrücklich auf, für eine angemessene Personalausstattung der Krankenhäuser zu sorgen.

Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), machte deutlich, dass die Krankenhäuser in den letzten Jahren enorm an Effizienz zugelegt hätten. International belegten sie beim wirtschaftlichen Einsatz des Krankenhauspersonals einen Spitzenplatz: 11 Krankenhausmitarbeiter je 1.000 Einwohner sichern in Deutschland die stationäre Versorgung. In anderen Gesundheitssystemen – etwa in Österreich (15,3) oder USA (16,1) – lägen die Werte wesentlich höher. Kösters betonte gleichzeitig, dass sich die Erosion der finanziellen Basis seit Jahren fortsetze. Das aktuelle Krankenhaus-Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts belege, dass 2008 rund 80 Prozent der Kliniken eine schlechtere wirtschaftliche Situation als 2007 bzw. eine Stagnation

erwarten. Diese prekäre Lage zwingt die Krankenhäuser zu weiterem Stellenabbau. Vor dem Hintergrund der sprudelnden Steuereinnahmen forderte Kösters die Politik auf, die Sanierungsabgabe der Krankenhäuser im Rahmen der Gesundheitsreform für das Jahr 2008 zu streichen.

Heinz Kölking, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren (VKD), wies darauf hin, dass bereits heute ein Drittel der Kliniken vor dem Ruin stünden, da die Kostensteigerungen durch die Kliniken nicht in die Preise weitergegeben werden könnten. In Zukunft müsse es hingegen gewährleistet werden, dass die Finanzierung von Krankenhausleistungen an die gesamte wirtschaftliche Entwicklung, insbesondere an die Tarifentwicklung gekoppelt werde. Der VKD fordere deshalb, die Anbindung an die Einnahmen der GKV durch einen Index zu ersetzen, der die Preisentwicklung abbilde. Kölking: „Dies ist eine elementare Forderung für die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für 2009“.



v.l.n.r.: Dr. Andreas Priefer, Pressesprecher der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Irene Maier, Pflegedirektorin am Universitätsklinikum Essen, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), Heinz Kölking, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren (VKD).

Der Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, hob die neuen Möglichkeiten und Chancen der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung hervor. Mit der Gesundheitsreform 2007 sei die Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen gelungen. Diese an sich sinnvolle Intention des Gesetzgebers drohe jedoch auf Drängen der Krankenkassen und Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Gemeinsa-

men Bundesausschuss (G-BA) konterkariert zu werden. Der G-BA wolle nahezu für den gesamten Katalog hohe Mindestmengen vorgeben. Dies hätte die fast flächendeckende Nichteinbeziehung der Kliniken mit entsprechenden Negativkonsequenzen für die Patientenversorgung zur Folge. „Es gilt dafür zu kämpfen, dass die Krankenhäuser – wie vom Gesetzgeber gewollt – ohne große Hürden in diesem Bereich an der ambulanten Versorgung teilnehmen können“, machte Weiser deutlich.

## **Krankenhausbarometer 2007: Kürzungspolitik erreicht Patienten und Mitarbeiter**

In mehreren Interviews haben eine Vielzahl von Geschäftsführern nordrhein-westfälischer Krankenhäuser sowie Vertreter der KGNW-Geschäftsstelle nach der Veröffentlichung des Krankenhaus-Barometers 2007 auf die gravierenden Auswirkungen der Sparzwänge der Kliniken auf Grund gesetzlicher Regelungen hingewiesen. Die finanziellen Belastungen seien nicht zu verkraften und die Politik müsse sich der absolut unzureichenden Finanzausstattung der Krankenhäuser annehmen, sonst drohe eine schlechtere Versorgung und Stellenabbau, hieß es. Das Krankenhaus-Barometer wurde am 8. Oktober 2007 offiziell vom Deutschen Krankenhausinstitut e. V. (DKI) und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf einer Pressekonferenz in Berlin vorgestellt.

Im Krankenhaus-Barometer 2007 hat das Deutsche Krankenhausinstitut e. V. (DKI) die Ergebnisse der diesjährigen Jahresumfrage des Krankenhaus-Barometers ausgewertet. Die Ergebnisse beruhen auf der Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern, die in der Zeit von April bis Juni 2007 durchgeführt wurde. Daran

teilgenommen haben insgesamt 304 Krankenhäuser.

Wesentliches Ziel des Krankenhaus-Barometers ist, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnah Informationen zum aktuellen Krankenhausgeschehen zur Verfügung zu stellen. Das vollständige Krankenhaus-Barometer kann auf der Internetseite der KGNW ([www.kgnw.de](http://www.kgnw.de)) im Downloadbereich heruntergeladen werden.

Themenschwerpunkte sind in diesem Jahr insbesondere

- die Veränderungen in der strategischen Ausrichtung der Krankenhäuser
- die Struktur von Chefarztverträgen und
- das Entlassungsmanagement in den Krankenhäusern.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Umfrage 2007 zusammengefasst.

### **1. Wirtschaftliche Lage schlecht – Pessimismus verstärkt sich**

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser wird zunehmend schlechter. Die

Grenzen der finanziellen Belastbarkeit sind, nicht zuletzt für die kleineren Kliniken, erreicht.

#### Im Jahr 2006

- schrieben ca. 30 Prozent der Krankenhäuser Verluste
- wiesen 15 Prozent ein ausgeglichenes Ergebnis auf

Für das **Jahr 2007** erwarten die Krankenhäuser insgesamt eine Verschlechterung ihrer Jahresergebnisse.

- ca. 30 Prozent der Krankenhäuser erwarten ein negatives Ergebnis
- nur noch 38 Prozent der Kliniken rechnen mit Überschüssen (2006: 55 Prozent).

#### Bei den Aussichten für 2008

- erwarten 42 Prozent der Krankenhäuser nochmals eine schlechtere wirtschaftliche Situation als 2007

Der DKI-Krankenhausindex zeigt, dass die Kliniken seit Einführung des Fallpauschalensystems im Jahr 2003 wieder deutlich pessimistischer in die Zukunft blicken.

**Die Ursachen** liegen im Wesentlichen in dramatischen Kostensteigerungen, wie den deutlichen Tariferhöhungen für Klinikärzte, der Mehrwertsteuererhöhung, Energiekostensteigerungen sowie Mehrkosten durch das neue Arbeitszeitgesetz. Allein die Tariferhöhungen für die Klinikärzte summieren sich jährlich auf rund 1,5 Mrd. Euro. Das entspricht etwa 15 Prozent der gesamten Personalkosten des ärztlichen Dienstes. Bei vorgegebenem Landesbasisfallwert können diese Kostensteigerungen nicht an die Vergütungen (Fallpauschalen) weitergegeben werden.

Gleichzeitig hat die Politik massive Kürzungen bei den Krankenhäusern mit den

Einspargesetzen 2006 und der Sanierungsabgabe der Kliniken im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 vorgenommen.

#### Maßnahmen der Kliniken:

Zur Vermeidung wirtschaftlicher und existenzbedrohender Probleme haben derzeit 11 Prozent der Krankenhäuser einen Notlagentarifvertrag abgeschlossen – mit Einbußen der Mitarbeiter beim Weihnachtsgeld und z. T. bei der Grundvergütung. In den neuen Bundesländern verfügt fast jedes fünfte Krankenhaus über einen entsprechenden Notlagentarifvertrag. Zudem planen bundesweit weitere 8 Prozent solche Verträge.

Die Kliniken planen daher konkrete Maßnahmen:

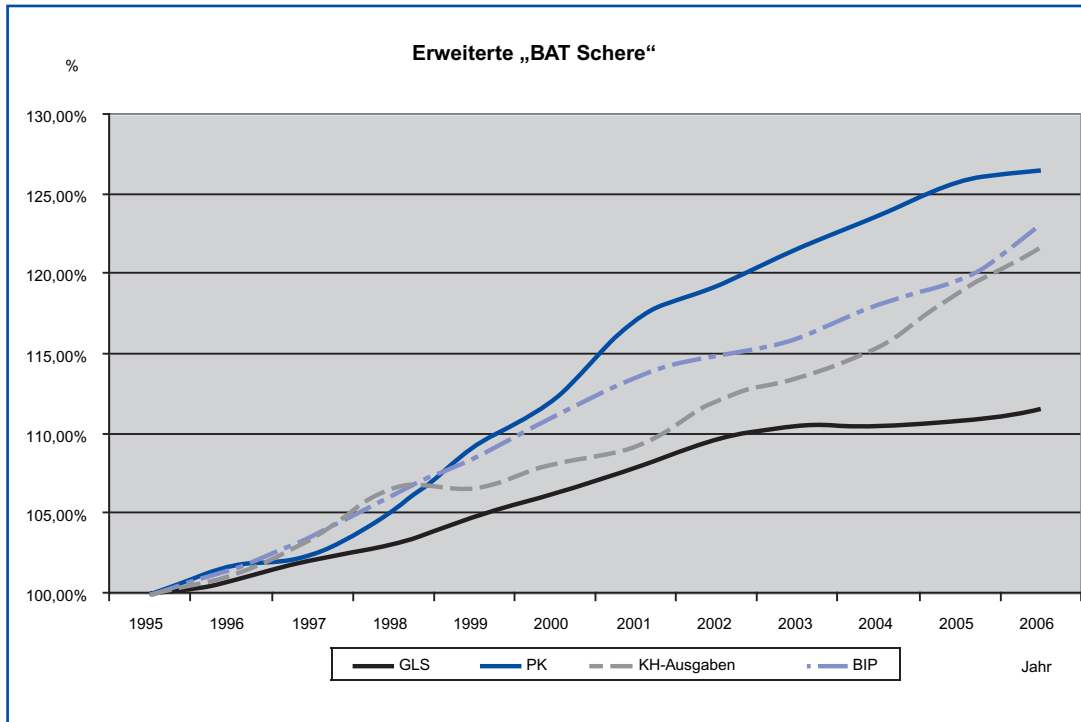
- Ein Drittel der Kliniken will offene Arztstellen nicht wiederbesetzen
- Fast 40 Prozent der Kliniken plant einen Stellenabbau in anderen Berufsgruppen
- Jede neunte Klinik plant einen Stellenabbau im Ärztlichen Dienst
- Jedes zweite Krankenhaus will ärztliche Aufgaben verstärkt an andere Berufsgruppen delegieren

Viele Krankenhäuser sehen dem Ende der Konvergenzphase (im Rahmen der Einführung der Fallpauschalen bis 2008) skeptisch entgegen, weil ihre nachweisbaren Bemühungen zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch gesundheitspolitische Interventionen konterkariert werden.

#### 2. Arbeitszeitgesetz – die Mehrheit hat Probleme bei der Umsetzung

Rund drei Viertel der deutschen Krankenhäuser hat nach wie vor Probleme mit der Umsetzung des neuen Arbeits-

### Die Entwicklung der Personalkosten (PK) vs. Grundlohnsammenentwicklung (GLS)



### Überblick über die verschiedenen Entwicklungsraten

Jahr	Krankenhaus- behandlung  Mio. EUR	Zuwachs- rate  %	Grundlohnrate		Bruttoinlandsprodukt		Verbraucher- preisindex	Tarifliche Monatsgehälter der Arbeitnehmer	
			West	Ost	in jew. Preisen	Preisbe- reinigt		Prod. Gewerbe	Verarb. Gewerbe
1995	39.731	4,0	0,700	0,400	3,80	1,90	1,70		
1996	40.002	1,2	0,855	1,106	1,50	1,00	1,50	3,95	4,32
1997	42.336	2,3	1,300	2,300	2,10	1,80	1,90	1,52	1,53
1998	43.578	3,2	1,000	0,800	2,60	2,00	0,90	1,92	2,04
1999	43.739	-0,1	1,660	0,270	2,40	2,00	0,60	2,92	2,73
2000	44.540	1,6	1,430	1,430	2,50	3,20	1,40	2,15	2,35
2001	44.980	1	1,630	1,630	2,50	1,20	2,00	2,20	2,40
2002	46.152	2,9	1,840	1,870	1,40	0,00	1,40	2,25	2,54
2003	46.800	1,5	0,810	2,090	1,00	-0,20	1,10	2,49	2,67
2004	47.594	2	0,020	0,710	2,20	1,10	1,60	2,05	2,32
2005	48.959	3,4	0,380	0,380	1,50	0,80	2,00	1,19	2,54
2006	50.376	2,7	0,83 (0,63)*	1,41 (0,63)*	3,50	2,90	1,70	1,90	2,32
2007		0,9 (1. Hj)	0,47 (0,28)*	2,23 (1,05)*					
2008			0,65 (1,16)*	0,51 (1,06)*					

\* versichertenbezogene Rate

zeitrechts. Die wesentlichen Ursachen dafür liegen in

- Finanzierungsproblemen
- Problemen mit der Mitarbeiterakzeptanz
- Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten am Markt zu decken

Das neue Arbeitszeitgesetz schreibt vor, zahlreiche Details der Umsetzung in Tarif-, Betriebs- und Dienstvereinbarungen zu regeln (z. B. Bereitschaftsdienst- und Höchstarbeitszeiten). Die unübersichtliche Tarifsituation erschwert die Anwendung des neuen Arbeitszeitgesetzes zusätzlich. Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen setzen die Kliniken neue Arbeitszeitmodelle gleichwohl zusehends um.

### 3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – nur wenige kommen durch

In den Krankenhäusern wird der medizinische Fortschritt rasch in eine bessere Patientenbehandlung umgesetzt. Allerdings: medizinische Innovationen (neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) werden nur langsam in das Fallpauschalensystem eingepreist. Die Finanzierung des medizinischen Fortschritts vor Ort erfolgt zunächst durch die Krankenhäuser selbst. Die Krankenhäuser treten somit in Vorleistung.

Nur rund ein Viertel der Anträge von Kliniken führt am Ende auch zu einer Vereinbarung eines fallbezogenen Entgeltes oder Zusatzentgeltes für innovative Leistungen.

### 4. DRG-Zeitalter – Fokussierung und Wettbewerb stark zunehmend

Seit 2004 hat rund ein Fünftel der Krankenhäuser durch interne Schwerpunktsetzung mindestens einen Fachbereich neu errichtet.

Etwa ein Drittel der Krankenhäuser hat allein in den letzten drei Jahren Aufgaben an Fremdfirmen outgesourct.

Über ein Viertel der Krankenhäuser stimmen ihr Leistungsspektrum mit Auswirkung auf die Leistungsplanung mit anderen Häusern ab. Gegenüber dem letzten Jahr hat dieser Anteil damit im stationären wie ambulanten Sektor deutlich zugenommen.

Knapp die Hälfte der Krankenhäuser ist seit dem Jahr 2004 eine institutionalisierte Form von Kooperation mit anderen Krankenhäusern eingegangen.

### 5. Unternehmensziele – Qualität steht hoch im Kurs

Bei den Unternehmenszielen sind den Krankenhäusern

- eine hohe Patientenzufriedenheit
- eine hohe Qualität der Leistungserbringung und
- ein gutes Image ihres Hauses in der Öffentlichkeit

am wichtigsten.

Diese Ziele werden auch in sehr guter Weise erreicht. Nur begrenzt erreicht werden dagegen die ökonomischen Ziele.

Während die Krankenhäuser in den letzten Jahren die ökonomischen Ziele noch in hohem Maße erreichten, wurde die Zielerreichung bei den qualitätsorientierten Zielen teilweise kritisch gesehen. Der Zeitvergleich belegt den steigenden ökonomischen Druck durch das Fallpauschalensystem und damit die zunehmende Bedeutung ökonomischer Sichtweisen im Krankenhaus. Die Verbesserungen bei den qualitätsorientierten Zielen spiegeln hingegen auch das erfolgreiche Bemühen vieler Krankenhäuser etwa mit Blick auf die strategische Neuausrichtung ihres



Unternehmens, das Prozess- und Qualitätsmanagement wider.

## 6. Entlassungsmanagement – gut gerüstet in die Zukunft

Die Krankenhäuser sind für das Versorgungs- und Entlassungsmanagement gut vorbereitet:

- jedes zweite Krankenhaus verfügt über schriftlich fixierte Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade – vielfach mit Erfassung zentraler Aspekte wie eine gezielte und frühzeitige Entlassungsplanung oder eine bedarfsorientierte Einbeziehung nachsorgender Leistungserbringer
- die Hälfte der Krankenhäuser hat speziell qualifizierte Fachkräfte, die ausschließlich oder schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement bzw. die Patientenüberleitung zuständig sind

(Case-Manager, Fachkräfte für Pflegeüberleitung o. ä.)

- der Ärztliche Dienst, der Pflegedienst sowie der Sozialdienst sind vielfach standardmäßig in die Entlassungsplanung einbezogen
- der Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente zum poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf sowie die Überprüfung der Entlassungsplanung nach der Entlassung durch das Krankenhaus selbst finden zusehends Verbreitung
- das Schnittstellenmanagement ist relativ weit fortgeschritten. Die Kostenträger und nachsorgenden Leistungserbringer (z. B. Reha-Kliniken, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) sind weitgehend in die Entlassungsplanung eingebunden.

## Fünfte Ergebniskonferenz Externe Qualitätssicherung NRW Hohes Qualitätsniveau in NRW-Krankenhäusern

Das hohe Qualitätsniveau der Leistungen in Nordrhein-Westfalens Krankenhäusern kann sich im bundesweiten Vergleich sehen lassen: In vielen Bereichen, so zeigt die Auswertung von über 600.000 Behandlungsfällen des Jahres 2006, kommen die Kliniken zwischen Rhein und Weser sogar auf eine bessere Qualität als der Bundesdurchschnitt. Bei einer Fachtagung in Bielefeld analysierten Fachleute und Krankenhaus-Praktiker am 18. September 2007 Ergebnisse und aktuelle Entwicklungen der Qualitätssicherung im Krankenhaus.

Rund 340 Krankenhäuser nehmen derzeit am „strukturierten Dialog“ mit der „Geschäftsstelle Qualitätssicherung“ teil. Dabei werden die Behandlungsergebnisse in 19 Leistungsbereichen mit rund 180 Qualitäts-Kennzahlen nach ei-

nem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentiert und analysiert. Diese Arbeit kommt Patienten auf zweifache Weise zugute: Zum einen erhalten die Krankenhäuser Rückmeldungen und Hinweise, wie sie ihre Arbeit weiter verbessern können. Zum anderen fließen die Daten ab Ende dieses Jahres auch in die Qualitätsberichte ein, die regelmäßig von den Kliniken veröffentlicht werden. Die Berichte machen anhand von 27 besonders aussagekräftigen Qualitätskriterien die Leistungen einer Klinik transparent und erleichtern es dem Patienten, das für ihn richtige Krankenhaus zu finden.

Krankenkassen, Kliniken und Ärztekammern investieren in die Qualitätssicherung: Rund 5 Millionen Euro geben die Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen für Qualitätssicherung im Krankenhaus-



*v.l.n.r.: Sieghart Niggemann, Vorsitzender des Lenkungsausschuss QS NRW und Leiter der VdAK/AEV-Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe, Dr. Johannes Kramer, Vizepräsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Dr. med. Jochen Bredehöft, Leiter der Geschäftsstelle QS-NRW, Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.*

bereich aus, in den Kliniken übernehmen Ärzte und Pflegende Dokumentationsaufgaben, die Geschäftsstelle führt über statistische Auswertungen hinaus auch stichprobenartige Prüfungen der Datenqualität durch. Bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung kom-

men nicht nur zusätzliche Krankheitsbilder ins Blickfeld. In Zukunft sollen zudem über die Arbeit in den Kliniken hinaus auch Behandlungen im ambulanten Bereich beobachtet werden, um so den Therapieerfolg auch nach einem Krankenhausaufenthalt verfolgen zu können.

## **Nachhaltige Zukunftssicherungsstrategien im Umweltschutz**

Die Entwicklung nachhaltiger Zukunftssicherungsstrategien im Umweltschutz unter hohem Wettbewerbs- und Kostendruck war vor 120 Teilnehmern das zentrale Thema des 3. Krankenhaus-Umwelttags am 17. September 2007 im St. Josef-Hospital in Bochum. Auch in diesem Jahr hatten der „Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus NRW“ und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. diese Veranstaltung ge-

meinsam durchgeführt. Die Themen der Vorträge und Workshops waren weit gefächert und dokumentieren, dass der Umweltschutz einen guten Teil zu einer nachhaltigen Zukunftssicherung für Krankenhäuser beitragen kann.

„Auch wenn es im Krankenhaus natürlich prioritär um eine adäquate medizinische und pflegerische Behandlung der Patienten geht, tragen wir alle auch Ver-

antwortung für einen sparsamen und umweltgerechten Einsatz der Ressourcen im Krankenhaus“, erklärte KGNW-Geschäftsführer Zimmer in seiner Begrüßungsrede.

So wurde während des Krankenhaus-Umwelttages der Energie-Ausweis an die Kliniken Essen-Mitte übergeben, die als erstes Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen die Bedingungen für den Energie-Ausweis erfüllt haben und diese Auszeichnung erhielten.

Beim Dauerthema „Energie“ im Bereich Umweltschutz wurde ein für die Krankenhäuser lukratives Landesmodell zur CO<sub>2</sub>-Einsparung vorgestellt und Hilfestellungen zur Umsetzung der Energieeinspar-Verordnung (Energiepass) gegeben.

Wie mit „Gesundem und umweltgerechtem Bauen und Sanieren“ durch Steigerung der Energieeffizienz die Betriebskosten für Gebäude dauerhaft gesenkt

sowie durch die Beachtung umweltmedizinischer Aspekte eine bessere Genesung der Patienten und ein gesünderes Arbeitsumfeld der Mitarbeiter erreicht werden können, waren weitere Schwerpunkte des NRW-Umwelttags.

Im praxisorientierten Workshop „Nachhaltigkeit im Krankenhaus“ wurde gezeigt, wie Kommunikation über Umweltthemen im Krankenhaus erfolgreich gestaltet werden kann und in einem weiteren Workshop zum Thema „Kontaminierte und infektiöse Abfälle“ wurden Aspekte der Behandlung und Beförderung von Krankenhausabfall diskutiert.

Darüber hinaus informierte die EnergieAgentur.NRW mit ihrem Energieberatungsmobil NRW die Teilnehmer der Veranstaltung, aber auch Patienten und Besucher des St.-Josef-Hospital sowie die Bochumer Bevölkerung über Fragen zum Umweltschutz und zu Energieeinsparungen.



v.l.n.r.: Dr. Johannes Watterott, Umweltbeauftragter der Essener Kliniken; Horst Defren, Geschäftsführer Kliniken Essen Mitte; Christian Stöckler, Technischer Leiter Kliniken Essen Mitte, Richard Zimmer, KGNW-Geschäftsführer, Essam El-Rifaii, BuildDesk, Stephan-F. Reichinger, BuildDesk. Die Firma BuildDesk hat in einem Pilotprojekt die Berechnungen und Bewertungen durchgeführt und den Energiebedarfsausweis für die Kliniken Essen Mitte ausgestellt.

## RFH-Hospital-Innovation-Preis 2007 für innovative Krankenhaus-Manager

Im Rahmen des 5. Medizin-Ökonomischen Forums in Köln wurde am 18. September 2007 der „RFH-Hospital-Innovation-Preis“ an die fünf besten Krankenhaus-Management-Teams verliehen. Die Rheinische Fachhochschule Köln (RFH) hatte einen Preis für innovative Konzepte, die zur Optimierung des Prozess- und Qualitätsmanagements in einem Bereich der Krankenhausorganisation beigetragen haben, ausgeschrieben. Insgesamt hatten 41 Arbeitsgruppen Projekte eingereicht, von denen drei aus Österreich und ein Team aus der Schweiz kamen. Die eingegangenen Konzepte wurden von einer Jury unter Vorsitz von RFH-Studiengangleiter Prof. Dr. Rainer Riedel bewertet. Mitglied der Jury war auch KGNW-Geschäftsführer Richard Zimmer.

Der erste Preis wurde Dirk Larisch, Leiter des Service-Zentrums IT am Bethesda Krankenhaus Wuppertal und Prof. Dr. med. Jürgen Hucke verliehen. Nach einer Pilotphase optimierte dieses Team das neue Ärzteportal Bergisches Land, das mittlerweile rund 40 niedergelassenen Ärzten und dem Bethesda-Krankenhaus Wuppertal den sicheren und zeitnahen Zugriff auf Daten gemeinsamer Patienten erlaubt. Über die digitale Plattform können einweisende Ärzte über eine sichere Leitung – das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt – kostenlos Einsicht in alle gespeicherten Behandlungsdaten nehmen, wie OP-Berichte, Entlassungsbriefe oder Labor- und Röntgenbefunde. Dank der intensi-

ven Vor-Ort Betreuung durch die EDV-Experten des Bethesda und weiteren Feedback- und Informationsmöglichkeiten hat das Portal bereits große Beachtung gefunden.

Der zweite Preis ging an das Universitätsklinikum Freiburg, Zentrales Qualitätsmanagement, zum Thema „Prozessoptimierung durch Patientenpfade“ unter der Projektleitung von Peter Doelfs. Dieses Team erstellte ein klinikweit anwendbares auf den Grundsätzen des QM beruhendes Konzept zur Entwicklung und Umsetzung von Patientenpfaden und entwickelte es im Sinne der qualitätsorientierten Prozessoptimierung weiter, was gerade auf Grund der medizinisch-ökonomischen Rahmenbedingungen von großer Bedeutung ist.

Den dritten Preis erhielt das Krankenhaus Köln-Holweide, HNO-Klinik, unter der Federführung von Carsten Thüsing, Leiter Qualitätsmanagement, und Oberarzt Dr. Luis Calero zum Thema „Einrichtung eines zentralen präoperativen Patientenmanagements“. Die Arbeitsgruppe hat eine patientenorientierte organisatorische Neuerung eingeführt, die zu einer Reduzierung der stationären Liegezeit beiträgt. Das führte zu einer sehr hohen Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, vereinfachten Klinik-Abläufen und nicht zuletzt zu Mehreinnahmen durch Belegungen von gewonnenen freien Betten.

Weitere Informationen: [www.hospital-innovation-preis.de](http://www.hospital-innovation-preis.de)

Herausgeber:  
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW),  
Kaiserswerther  
Straße 282,  
40474 Düsseldorf  
Verantwortlich:  
Staatssekretär a. D.  
Richard Zimmer,  
Geschäftsführer  
der KGNW  
Redaktion:  
Lothar Kratz,  
Mirko Miliniewitsch  
(Referat Politik/  
Presse der KGNW),  
Telefon  
(02 11) 4 78 19-0,  
Telefax  
(02 11) 4 78 19-99.  
Druck:  
Hans Horn oHG,  
Satztechnik und  
Offsetdruck,  
40239 Düsseldorf,  
Telefon  
(02 11) 9 08 11 10.

Der Bezugspreis  
für ein Exemplar je  
Ausgabe ist im  
Mitgliedsbeitrag  
enthalten.