

AOK NordWEST | 44114 Dortmund

Landtag Nordrhein-Westfalen
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

per E-Mail an: anhoerung@landtag.nrw.de

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
17/239**

A01

Ihre Gesprächspartnerin
Andrea van Zadelhoff

Telefon
0231 4193-10308

Telefax
0231 4193-10309

E-Mail
Andrea.vanZadelhoff@nw.aok.de

Unser/Ihr Zeichen
KM01.00.0.02

Datum
28.12.2017

Entfesselungspaket I – Anhörung: A01 - 10.01.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 26.09.2017 haben wir dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales die gemeinsame Stellungnahme der Verbände der Kostenträger in Nordrhein-Westfalen zur ersten Version des Gesetzentwurfs übersandt. Im Rahmen der nun anstehenden Anhörung am 10.01.2018 übersenden wir Ihnen die Stellungnahme der Verbände der Kostenträger in Nordrhein-Westfalen – entsprechend angepasst – zur aktuellen Version des Gesetzentwurfs.

Unsere Nummerierung folgt der des Artikels 14. Darüber hinaus gehende Ergänzungen haben wir als solche gekennzeichnet.

3. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Ausnahmen von der psychiatrischen Pflichtversorgung bestimmt das zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers.“

Durch die Änderung erhält das zuständige Ministerium die Kompetenz, Ausnahmen von der stationären psychiatrischen Versorgung auf Antrag des Krankenhausträgers zu bestimmen. Die Gesetzesbegründung erläutert, dass hierdurch die notwendige Flexibilität geschaffen werde, um z. B. bei speziellen Angeboten für besonders komplexe psychische und psychosomatische Störungen auf die Ausweisung eines Pflichtversorgungsgebietes verzichten zu können. Gemäß § 14 KHGG NRW erarbeiten die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt regionale Planungskonzepte. Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen nach § 14 KHGG NRW werden durch Bescheid nach § 16 KHGG NRW Bestandteil des Krankenhausplans. § 16 Abs. 1 Nr. 5 KHGG NRW sieht vor, dass der Bescheid die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung enthält. Bei den regionalen Planungsverhandlungen werden die Abstimmung von speziellen Angeboten in der psychischen und psychosomatischen Versorgung sowie die Pflichtversorgungsregion berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund sind Ausnahmen der stationären psychiatrischen Versorgung mit den umliegenden Krankenhäusern und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in einem regionalen Planungsverfahren zu verhandeln. Aus

diesem Grund sprechen sich die Verbände der Krankenkassen dafür aus, Satz 4 wie folgt zu fassen:

„Über Ausnahmen von der psychiatrischen Pflichtversorgung strebt das zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen an.“

Ergänzung

§ 2 Absatz 1 Satz 5 sollte wie folgt gefasst werden:

„Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen, die aktive Mitwirkung bei der Organspende und die besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Nummer 4 KHEntgG.“

§ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG lautet wie folgt: „Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus.“ Um die Vorgaben des KHEntgG zu übernehmen, schlagen wir die o. a. Fassung vor.

6. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „leistungsfähige“ ein Komma und die Wörter „qualitativ hochwertige“ eingefügt.

Wir begrüßen die beabsichtigte Ergänzung, dass der Krankenhausplan den Stand und die vorgesehene Entwicklung sowohl der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und jetzt auch qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG ausweist.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen. Zudem soll die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen. Dies gilt auch für die Kooperation der Krankenhäuser mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen.“

Die Ergänzung bewirkt, dass bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen Krankenhäuser Vorrang haben,

- die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen (Satz 1),
- die die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten bevorzugt berücksichtigen (Satz 2),

- die mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen kooperieren (Satz 3).

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass durch die Anfügung die Gestaltungsmöglichkeiten des Landes als Plangeber gestärkt werden sollen. Weiter wird erläutert, dass inhaltliche Planungsparameter zu einer Schärfung des planungsrechtlichen Instrumentariums führen und die Abwägungsprozesse der zuständigen Behörde erleichtern. Diese verankerten Zielvorgaben bedürfen auf der nächsten Handlungsebene, dem Krankenhaus(rahmen)plan, der weiteren Konkretisierung und Ausgestaltung. Zusammengenommen werde damit auch die Auswahlentscheidung der Planungsbehörden erleichtert.

Die Festlegung von Kriterien für Auswahlentscheidungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan begrüßen wir ausdrücklich. Die aktuell gewählten Formulierungen lassen jedoch Interpretationsspielräume zu, die aus unserer Sicht in eine unbeabsichtigte Richtung führen können. So haben sich in der Vergangenheit einige Kooperationen gebildet, die nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation mit der Bildung von Behandlungsschwerpunkten geführt haben. Beispielhaft verweisen wir auf kooperative Brustzentren. Hier führte die Kooperation nicht zu einer Spezialisierung in der Form, dass nur ein Krankenhaus die OP-Leistungen erbringt, sondern mehrere Krankenhäuser führen Operationen im kooperativen Brustzentrum durch. Ferner ist zu beobachten, dass Vertragsärzte in Nebentätigkeit als Krankenhausärzte tätig sind. Es ist zu bezweifeln, dass durch eine stundenweise Nebentätigkeit alle strukturellen und qualitativen Anforderungen im Sinne eines für ein Krankenhaus erforderlichen Facharztstandards in ausreichendem Maße erfüllt (z. B. Erreichbarkeit, Notfälle) werden kann. Wir schlagen eine Streichung des Satzes 3 vor, weil hier in der Vergangenheit deutliche Fehlentwicklungen zu beobachten sind. Zur Kooperation mit Vertragsärzten verweisen wir auf die beabsichtigte Einrichtung einer Neurochirurgie am Klinikum Arnsberg. Hier sollen Ärzte eines MVZ in Personalunion als Krankenhausärzte der Neurochirurgie tätig werden. Dieses hat nach unserer Auffassung den „Charakter“ einer Belegabteilung und ist nicht mit den qualitativen Anforderungen an eine hochspezialisierte Fachabteilung wie der Neurochirurgie vereinbar. Bei Kooperationen mit Rehabilitationskliniken ist z. B. bei der neurologischen Frührehabilitation zu beobachten, dass Krankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag Neurologie und Neurochirurgie diesen nicht wahrnehmen, sondern an Rehabilitationskliniken „delegieren“. Für die Sätze 2 und 3 schlagen wir folgende Formulierungen vor:

Satz 1: Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen einschließlich der Notfallversorgung sicherstellen.

Satz 2: Zudem soll die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen, soweit in den beteiligten Krankenhäusern jeweils mindestens eine Abteilung betroffen ist und das Vorhaben insgesamt zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten führt. (Ergänzung vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 2 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Für geeignete Kriterien, die sich für das Herbeiführen einer Auswahlentscheidung eignen, verweisen wir auf unsere Ausführungen in Teil II. unseres Schreibens vom 26.09.2017, das wir als Anlage beifügen.

7. § 13 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Sie berücksichtigen insbesondere die Vorgaben nach § 12 Absatz 4 und sind Grundlage für die Festlegungen nach § 16. Zur Erbringung besonderer Leistungen wird das zuständige Ministerium ermächtigt, Mindestfallzahlen im Krankenhausplan auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin festzulegen. Eine Festlegung soll Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestfallzahl zu vermeiden.“

Durch die Gesetzesänderung wird bewirkt, dass das zuständige Ministerium für die Erbringung besonderer Leistungen Mindestfallzahlen im Krankenhausplan festlegen kann. Nach der Gesetzesbegründung soll hiermit die nötige Flexibilität geschaffen werden, um im Krankenhausplan z. B. für Transplantationszentren Mindestfallzahlen vorzugeben. Zugleich müsse durch die Möglichkeit von Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen das notwendige Instrumentarium vorgehalten werden, um rechtsstaatlichen Anforderungen umfassend Rechnung tragen zu können.

Wir begrüßen die Möglichkeit, dass Mindestfallzahlen im Krankenhausplan vorgegeben werden können. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden und die beabsichtigte Flexibilität zu erhöhen, sprechen wir uns dafür aus, die Mindestfallzahlen nicht auf die Erbringung besonderer Leistungen einzuschränken.

Grundsätzlich ist für viele Leistungsbereiche von einem Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität und Patientensicherheit einerseits und der Behandlungsfallzahl andererseits auszugehen. In vielen hochwertigen Studien konnte ein solcher positiver „Volume-Outcome-Zusammenhang“ nachgewiesen werden. Wir verweisen hierzu auf die aktuellen Ausführungen im Qualitätsmonitor 2018 (F. Dohrmann, J. Klauber, R. Kuhlen (Hrsg.)). Mindestfallzahlen müssen daher zu einer Leistungskonzentration und Bildung von Behandlungsschwerpunkten führen. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Formulierung trägt dem Grundgedanken – zeitnahe Erhöhung der Patientensicherheit – aufgrund der Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser nicht ausreichend Rechnung.

Die Formulierung von Mindestfallzahlen „auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin“ ist unscharf und birgt Umsetzungsrisiken. Die konkrete Mindestfallzahl für einen Leistungsbe- reich ist aus methodischen Gründen nicht evidenzbasiert ableitbar. Auch wenn der Zusammen- hang zwischen Qualität und Fallzahl in einem Leistungsbereich absolut evident ist, wird die konkrete Festlegung der Mindestfallzahl in diesem Bereich ergänzend einer normativen Entscheidung bedürfen. Darüber hinaus referiert der Begriff der evidenzbasierten Medizin in der gängigen Interpretation auf individuelle Entscheidungen für den einzelnen Patienten auf der Basis der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnislage (vgl. z. B. Cochrane). In der Geset- zesänderung geht es aber um institutionelle Entscheidungen, sodass wir insgesamt vorschla- gen, die Formulierung in „auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse“ zu ändern. Ferner sollte ein Unterschreiten der Mindestfallzahlen bei „nachgewiesener hoher Qualität“ nicht möglich sein. Der letzte Satz sollte daher geändert werden. Der Nachweis hoher Qualität ist bei geringen Fallzahlen aus statistischen Gründen einerseits kaum möglich. Andererseits bietet dieser Satz eine weitere Hürde zur zeitnahen Umsetzung.

Wir regen daher an, Übergangsregelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass die Leistung flächendeckend angeboten und ggf. aufgebaut wird.

An dieser Stelle möchten wir nochmals den großen Nutzen einer Leistungskonzentration für die Qualität der stationären Versorgung in Nordrhein-Westfalen unterstreichen. Durch Festlegung von Mindestfallzahlen ist von einer Erhöhung der Patientensicherheit auszugehen. Diese sollte nicht durch Festlegung von Ausnahmetatbeständen und weiteren Übergangsmöglichkeiten aufgeweicht werden.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir folgende Änderung vor:

~~„Zur Erbringung besonderer Leistungen wird d~~ Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, Mindestfallzahlen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse im Krankenhausplan festzulegen. Eine Festlegung soll Übergangsregelungen vorsehen, die sicherstellen, dass die Leistung flächendeckend angeboten und ggf. aufgebaut wird.“

Ergänzung

§ 13 Absatz 1 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden

„Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl, Versorgungsstufe und Qualität.“

Durch diese Ergänzung wird der Grundsatz der gestuften Krankenhausversorgung im Gesetzestext verankert.

8. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten“ durch die Wörter „oder vergleichbare quantitativ oder qualitativ bestimmte Behandlungskapazitäten“ ersetzt.

Diese Änderung ermöglicht, Alternativen zur Planungsgröße „Bett“ in den Rahmenvorgaben festzulegen. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass im Rahmen der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung diskutiert werde, eine stärker morbiditätsorientierte Krankenhausplanung zu betreiben. Wir begrüßen den Ansatz einer handhabbaren Alternative zur Planungsgröße „Bett“ zu finden.

Analog zur Änderung in § 14 ist es aus unserer Sicht erforderlich, „§ 16 Feststellungen im Krankenhausplan“ entsprechend anzupassen. Unter Punkt 9. werden wir dies nochmals aufgreifen.

8. b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Verhandlungen sind spätestens sechs Monate nach ihrer Aufnahme abzuschließen.“

bb) Folgender Satz 4 wird angefügt:

„Ist dies nicht der Fall, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über.“

Durch die Änderung wird eine Beschleunigung der regionalen Planungsverfahren bewirkt. Nach sechs Monaten sollen sie abgeschlossen sein. Falls dies nicht erfolgt, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über. Grundsätzlich befürworten wir die Beschleunigung der Planungsverfahren und die damit schnellere Umsetzung in den Regionen. Aus der Formulierung ist für uns allerdings nicht erkennbar, was die Verfah-

rensleitung durch die zuständige Behörde beinhaltet. Aus unserer Sicht ist es unabdingbar, dass die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen nach den sechs Monaten zwingend als Verhandlungspartner weiter beteiligt werden. Zudem sollte das Verfahren (inhaltlich, zeitlich) durch die Behörde transparent gemacht werden.

8. c) Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.

Hier wird beabsichtigt, auf die Gelegenheit zur Stellungnahme von den Vertragspartnern bei Änderungen der regionalen Planungskonzepte zu verzichten. Laut der Begründung handele es sich hierbei um eine überflüssige „Dopplung“, da die Beteiligten nach § 15 KHGG NRW ebenfalls die Möglichkeit haben Stellung zu nehmen. Bei nicht geeinigten regionalen Planungsverhandlungen kann aus unserer Sicht dieser Verfahrensschritt entfallen. Falls das zuständige Ministerium allerdings Änderungen geeinigter Planungsverfahren vorsieht, sollte den Verhandlungspartnern vor dem Anhörungsverfahren weiterhin die Möglichkeit gegeben werden Stellung zu nehmen. Vor diesem Hintergrund schlagen wir die Beibehaltung des Satzes mit einer entsprechenden Ergänzung vor. Gleichzeitig sollte auch das Prüfungsverfahren der Planungsbehörde bei geeinigten Planungskonzepten sachgerecht beschleunigt werden:

„Soweit es Änderungen geeigneter regionaler Planungskonzepte beabsichtigt, gibt es den Verhandlungspartnern innerhalb von drei Monaten nach Abgabe eines regionalen Planungskonzeptes an die Bezirksregierung Gelegenheit zur Stellungnahme. Erfolgt dies in diesem Zusammenhang nicht, gilt das Konzept als angenommen.“

9. c) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses (§ 8 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes) kann dabei hinsichtlich einzelner Schwerpunkte der Gebiete oder einzelner Leistungsbereiche eingeschränkt werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung (§ 8 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) geboten ist.“

Diese Änderung sehen wir als dringend erforderlich an und begrüßen sie ausdrücklich, um die Justiziabilität der verbindlichen Vorgaben sicherzustellen.

9. b) In § 16 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „24“ durch die Angabe „12“ ersetzt.

Durch die beabsichtigte Anpassung würde die Umsetzungszeit der Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten auf 12 Monate verkürzt werden. Diese Änderung wird begrüßt.

Ergänzung

§ 16 wäre entsprechend den Änderungen in § 14 anzupassen, um sicherzustellen, dass die neudefinierte quantitativ oder qualitativ bestimmte Behandlungskapazität im Feststellungsbescheid aufgeführt wird.

Analog der Ausführungen im II. Abschnitt, sprechen wir uns dafür aus, dass in den Feststellungsbescheiden je Krankenhaus verbindlich und justiziabel die Versorgungsstufe des Krankenhauses (Grund-, Regel-, oder Maximalversorgung) aufgeführt wird. In § 16 Abs. 1 Nr. 4 und im Feststellungsbescheid sollte die Region genannt werden, auf die sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses vorrangig bezieht. Ebenfalls ist es zwingend erforderlich, dass Leistungsausschlüsse verbindlich und justiziabel im Feststellungsbescheid verankert werden.

10. Nach § 21 wird folgender § 21a eingefügt: (Aufgrund der Länge des § 21a haben wir auf die Auflistung verzichtet.)

Durch die Ergänzung würden Einzelmaßnahmen gefördert werden, die – sofern vorhanden – die Förderschwerpunkte erfüllen.

Die Verbände der Kostenträger begrüßen die Einzelförderung von Investitionen. Es ist hier zwingend erforderlich, dass die Förderschwerpunkte und Maßnahmen im Einklang mit der Krankenhausplanung stehen und im Landesausschuss für Krankenhausplanung abgestimmt werden. Sowohl bei der Festlegung der Förderschwerpunkte als auch der Maßnahmen für die Einzelförderung ist Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen anzustreben. In den regionalen Planungskonzepten ist wieder das Kriterium „Mit der Maßnahme verbundene Investitionskosten“ als planungsrelevant aufzunehmen.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie unsere Ausführungen in den weiteren Beratungen berücksichtigen.

Dieses Schreiben ergeht zugleich im Namen

der AOK Rheinland/Hamburg,

des BKK-Landesverbandes NORDWEST,

der IKK classic,

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse,

KNAPPSCHAFT,

des vdek - Landesvertretung Nordrhein-Westfalen -.

Mit freundlichen Grüßen


Thomas Fritz

Anlage

Anlage

AOK NORDWEST | 44114 Dortmund

Ministerium für Arbeit, Gesundheit
und Soziales Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

vorab per E-Mail an
claudia.soehner@mgepa.nrw.de

Ihre Gesprächspartnerin
Andrea van Zadelhoff

Telefon
0231 4193-10308

Telefax
0231 4193-10309

E-Mail
Andrea.vanZadelhoff@nw.aok.de

Unser/Ihr Zeichen
KM01.00.0.02

Datum
26.09.2017

Entwurf eines Gesetzes zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen (Entfesselungspaket I) hier: Artikel 14

Bezug: Ihre E-Mail vom 30.08.2017, Aktenzeichen: 224 - 1451

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihre o. a. E-Mail danken wir Ihnen. Die Verbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen nehmen nachfolgend gemeinsam Stellung.

Der Wille und die Initiative der neuen Landesregierung, das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW im Sinne einer stringenten und bedarfsgerechten Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen zu modifizieren, werden ausdrücklich begrüßt.

Im Folgenden wird unter Punkt I. exemplarisch der Handlungsbedarf aus Sicht der Verbände dargestellt, unter Punkt II werden die Ziele für die zukünftige Krankenhausplanung erläutert und unter Punkt III finden sich die konkreten Änderungsvorschläge für den vorgelegten Gesetzentwurf.

I. Aktuelle Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen

Der aktuelle Krankenhausplan NRW 2015 beschreibt unter „2.2.2.2 Flächendeckende gestufte Versorgung“ u. a. Folgendes:

„Konsequenzen der gestuften Versorgung sind einerseits, dass Krankenhäuser Bedarfe, die wegen ihres seltenen Auftretens wirtschaftlich nicht oder nicht besonders attraktiv sind, keinesfalls vernachlässigen dürfen. Entsprechende Leistungen sind insbesondere im Notfall zu erbringen. Andererseits gehören Leistungen, die finanziell attraktiv, aber nicht der örtlichen Versorgung zuzurechnen sind, nicht zum Versorgungsauftrag, insbesondere dann nicht, wenn Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie betrieben werden und der entsprechende Versorgungsauftrag einem regional benachbarten Krankenhaus zugerechnet werden muss, weil er dort leistungsfähiger und mit höherer Qualität erbracht wird. Das System der Betriebskostenfinanzierung über DRG hat eine solche Tendenz ausgelöst. Die gezielte Auswahl von Leistungen sowohl aus betriebsorganisatorischen als auch insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen ist als attraktiv erkannt worden.

Zur ersten Gruppe zählt die Vermeidung von Vorhaltungen für die Notfallversorgung, zur zweiten die Vermeidung medizinisch "unattraktiver" Patientinnen und Patienten und die Konzentration auf tendenziell Gesündere. Es gibt bundesweit Hinweise auf zum Teil wirtschaftlich ausgelöste Tendenzen, selektiv finanziell attraktive Leistungen zu erbringen. Auffällig ist die Leistungsentwicklung bei Endoprothesen von Hüfte oder Knie, bei kardiologischen Eingriffen, Schrittmacherimplantationen und Operationen an der Wirbelsäule.“

Aus unserer Sicht sind diese Herausforderungen nach wie vor vorhanden. Hierzu führen wir die folgenden Beispiele an:

- Die unterschiedliche Entwicklung der Krankenhausplanung und des DRG-Vergütungssystems hat in den vergangenen Jahren zu einer nicht abgestimmten und damit nicht bedarfsgerechten Versorgungsstruktur geführt. Dies verdeutlichen wir am Beispiel der Geriatrie: In Nordrhein-Westfalen werden geriatrische Abteilungen und geriatrische Versorgungsverbünde ausgewiesen. Hiervon unabhängig ermöglicht das Vergütungssystem die Abrechnung der geriatrischen Komplexbehandlung (OPS-Code 8-550). Die Ausweisung einer Fachabteilung Geriatrie ist dabei nicht erforderlich. Hierdurch erbringt eine Vielzahl von Krankenhäusern geriatrische Leistungen. Die qualitativen Strukturanforderungen unterscheiden sich dabei deutlich zwischen der ausgewiesenen Fachabteilungen für Geriatrie und der geriatrischen Leistungserbringung in der Inneren Medizin oder einer anderen Fachabteilung. So ist der OPS-Code 8-550 nur eine Voraussetzung, die ausgewiesene Geriatrien erfüllen müssen. Eine ähnlich unabgestimmte Situation ist bei der palliativmedizinischen Versorgung zu verzeichnen. Insgesamt führt dies dazu, dass die Wirksamkeit der Krankenhausplanung durch das Vergütungssystem ausgehebelt werden kann.
- Nach dem aktuellen Krankenhausplan sind drei Ärzte/-innen mit fundierten Kenntnissen und Erfahrungen im entsprechenden Gebiet erforderlich, um die Mindestvoraussetzungen zur Leistungserbringung zu erfüllen. Hierbei handelt es sich um Minimalanforderungen, um ein bestimmtes Angebot vor Ort vorzuhalten. Damit kann allerdings die Notfallversorgung 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche nicht sichergestellt werden. Bei den Verhandlungen der regionalen Planungskonzepte haben wir festgestellt, dass viele Krankenhäuser diese Minimalanforderung erfüllen und damit das komplette Leistungsspektrum eines Fachgebietes beanspruchen. Eine konkrete Prüfung, ob Bedarf für die Leistung besteht sowie eine Auswahlentscheidung bei mehreren Anbietern in einer Region findet nicht statt. Dies führt vielfach zu unwirtschaftlichen und ineffizienten Parallelvorhaltungen innerhalb einer Region und verhindert Spezialisierungen sowie echte Schwerpunktbildungen. Eine Auswahlentscheidung bei Schwerpunktkompetenzen mit justiziablem Leistungsausschluss oder die Nennung einzelner Teilgebiete fehlt bislang in der Krankenhausplanung. Es gibt daher aktuell Krankenhäuser, die einzelne Leistungen/Leistungsbereiche anbieten, obwohl benachbarte Krankenhäuser mit einer besseren personellen und technischen Ausstattung die Leistungen übernehmen könnten. Diesen besser ausgestatteten Krankenhäusern fehlen dann häufig die notwendigen Fälle, um wirtschaftlicher arbeiten zu können.
- Es gibt Krankenhäuser, die ihren Versorgungsauftrag nicht vollumfassend wahrnehmen. Hierdurch findet keine regionale und bedarfsgerechte Verteilung der Versorgungsangebote statt. Beispielhaft nennen wir hier Krankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag Neurologie und Neurochirurgie, die nur nach eigenem Ermessen und eigener Entscheidung die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Code 8-552) erbringen. Stattdessen wurde neurologischen Rehabilitationskliniken – die Rahmenvorgaben konterkarierend

– unnötigerweise die Möglichkeit gegeben, an der Akutversorgung teilzunehmen.

Der Krankenhausplan NRW 2015 hat erste Akzente zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung gesetzt. Die im Krankenhausplan angegebenen Herausforderungen bestehen allerdings weiterhin. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir ausdrücklich den Willen der neuen Landesregierung, das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW sowie den Krankenhausplan NRW zu erneuern. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist zu entscheiden, wie die „Alt-Verfahren“ (laufende regionale Planungskonzepte) einzuordnen sind.

Parallel zu diesem Gesetzesentwurf haben die Verbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen ein eigenes Zielbild der Grundzüge der Krankenhausplanung entworfen. Bevor wir auf unsere konkreten Vorschläge zum vorliegenden Gesetzesentwurf eingehen, möchten wir Ihnen unsere Grundzüge im Folgenden schildern.

II. Perspektivische Krankenhausplanung

Gemäß § 12 des Gesetzesentwurfs zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) weist der Krankenhausplan den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG aus. Unsere perspektivische Vorstellung der Krankenhausplanung ist von den bestehenden Strukturen losgelöst und orientiert sich an der Frage, welche Rahmenbedingungen für die Planungsprozesse vorliegen sollten, damit die Versorgungsstrukturen zukunftsfähig gestaltet und die Ziele der Krankenhausplanung erreicht werden können. Die Krankenhausplanung muss dabei berücksichtigen, dass durch die Vergütung durch Fallpauschalen systemische Anreize gesetzt werden, nicht bedarfsgerechte Strukturen zu erhalten oder sogar neu aufzubauen. Für die Zukunft stellen wir uns perspektivisch Folgendes vor:

- **Gestufte Versorgung**

Eine bedarfsgerechte Versorgung beinhaltet, dass Leistungen der Grund-, Regel- und Maximalversorgung in erforderlichem Umfang, Qualität und in einer zumutbaren Entfernung vorhanden sind. Komplexe Krankheitsbilder, die nicht unmittelbar einem (Teil-)Gebiet zuzuordnen sind, bedingen dabei, dass die jeweiligen Krankenhäuser eine umfassende Maximal- bzw. Regelversorgung anbieten. Für die betroffenen Patientinnen und Patienten reicht es daher in vielen Fällen nicht aus, dass ein Krankenhaus in einem Gebiet Leistungen der Maximal- oder Regelversorgung vorhält, andere (Teil-)Gebiete nicht oder nur als Grundversorgung vorhanden sind. Daher wären **Krankenhäuser** der Grund-, Regel- und Maximalversorgung im Krankenhausplan als solche auszuweisen und der Umfang des Versorgungsauftrags wäre jeweils im Feststellungsbescheid exakt zu definieren. Für Universitätskliniken sollte es eine gesonderte herausgehobene Versorgungsstufe geben. Der Grundsatz der gestuften Versorgung wäre im KHGG NRW zu verankern.

Für jede Versorgungsstufe bestehen Kriterien, die als Grundlage herangezogen werden können, um die Anzahl der Standorte für jede Versorgungsstufe in einer bestimmten Region zu ermitteln. Die Berechnung erfolgt „top down“, d. h. im ersten Schritt werden Anzahl, Standorte und zwingend erforderliche (Teil-)Gebiete der Maximalversorger festgelegt, anschließend in analoger Weise Anzahl und Standorte der Regelversorger und abschließend die Grundversorger. Hierdurch wird erreicht, dass Patienten direkt vor Ort Grundversorger in Anspruch nehmen können. Die Krankenhäuser der Regel- und Maximalversorgung haben durch ihre Versorgungsaufträge die Möglichkeit und Verpflichtung,

sich zu spezialisieren.

- **Diagnosebezogener Versorgungsauftrag**

Ausgehend von der Versorgungsstufe orientiert sich der Versorgungsauftrag an Krankheitsbildern und legt fest, welche Fachabteilungen vorgehalten werden müssen, um das entsprechende Krankheitsbild zu behandeln. Für die Diagnosestellung und anschließende Therapiedurchführung ist es vielfach erforderlich, dass komplementäre Fachrichtungen am Standort vorgehalten werden (siehe auch unsere Ausführungen zur gestuften Versorgung). Hierdurch wird eine schnelle Behandlung aus einer Hand möglich, die dem Patienten mögliche Verlegungen erspart und die Patientensicherheit erhöht. Mit dem Versorgungsauftrag wird beschrieben, wie viele Einwohner von einem Krankenhaus mit dem entsprechenden Versorgungsauftrag zu versorgen sind. Die Planungsregionen werden variabel festgelegt, um sicherzustellen, dass geographische Besonderheiten und versorgungsgebietsüberschreitende Versorgung berücksichtigt werden.

- **Auswahlentscheidungen**

Der Krankenhausplan enthält Kriterien für eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren Standorten. Hierzu gehören:

- Strukturqualität

Hier werden aus unserer Sicht z. Z. die minimalen Anforderungen aufgeführt, die ein Krankenhaus zwingend erfüllen muss, um Leistungen erbringen zu können. Als weitergehende Strukturqualitätskriterien sind u. a. die Zertifizierungsrichtlinien der Fachgesellschaften und S3-Leitlinien geeignet.

- Erreichbarkeit

Durch dieses Kriterium wird sichergestellt, dass die Patienten in einer zumutbaren Zeit und Entfernung Krankenhausleistungen der Grund-, Regel- und Maximalversorgung in Anspruch nehmen können.

- Mindestmengen und Fallzahlen

Für Leistungen der Regel- und Maximalversorgung legt der Krankenhausplan Behandlungsfallzahlen/Mindestmengen fest. Hierdurch werden die spezialisierten Krankenhäuser gestärkt und die Patientensicherheit erhöht.

Ausgehend von unseren Vorstellungen wären daher in den Rahmenvorgaben ergänzend die folgenden Inhalte festzulegen:

1. Verbindliche Definition des Versorgungsauftrages anhand von Krankheitsbildern
2. Zu versorgende Einwohnerzahl eines Krankenhauses bei konkreten Versorgungsaufträgen
3. Angabe der Versorgungsregion zum Versorgungsauftrag
4. Kriterien für Auswahlentscheidungen
 - 4.1 Erreichbarkeit
 - 4.2 Strukturqualitätskriterien (Minimale Anforderung)
 - 4.3 Fallzahlen

4. 4 Behandlungsfallzahlen/Mindestmengen (Minimale Anforderung)

In der nachstehenden Tabelle haben wir beispielhaft einen Versorgungsauftrag definiert und exemplarisch erstellt:

Definition des Versorgungsauftrages anhand von Krankheitsbildern	Versorgungsauftrag Endoprothetik
Zu versorgende Einwohnerzahl eines Krankenhauses mit dem Versorgungsauftrag	Ein Krankenhaus mit dem Versorgungsauftrag Endoprothetik pro 200.000 Einwohner
Versorgungsregion zum Versorgungsauftrag angeben	Kreis/kreisfreie Stadt
Erreichbarkeit	Erreichbarkeit innerhalb von 30 km

Für eine kreisfreie Stadt mit 600.000 Einwohnern (z. B. Dortmund oder Essen) würden 3 Standorte die endoprothetische Versorgung übernehmen.

In einem regionalen Planungskonzept würde dann zunächst geprüft, ob in der Planungsregion eine ausreichende Anzahl an Krankenhäuser, die die Leistung Endoprothetik erbringen, vorhanden ist. Handelt es sich um weniger als 3 Krankenhäuser wäre zu prüfen, ob die Versorgung gesichert ist und diese Krankenhäuser alle Patientinnen und Patienten versorgen können.

Sofern mehr als 3 Standorte endoprothetische Leistungen erbringen, wäre eine Auswahlscheidung zu treffen. Als erstes Kriterium spielt die Erreichbarkeit eine Rolle. Hier wäre zu prüfen, welche Standorte erhalten bleiben müssten, um den Einwohnern eine Versorgungsmöglichkeit innerhalb von 30 km zu ermöglichen. Ist das Kriterium erfüllt, dann sind Strukturqualitätskriterien und Behandlungsfallzahlen (Mindestmengen) in die weitere Prüfung einzubeziehen.

Die gestufte Top-Down-Planung der Versorgung legt fest, welche Leistungen/Spezialisierungen an welchen Standorten vorgehalten werden. Im Ergebnis wird dies dazu führen, dass grundversorgende Krankenhausstandorte in der ländlichen Region verbleiben und ein wohnortnahes Angebot sichern. Die Vorhaltung paralleler Strukturen in Regionen mit höheren Einwohnerzahlen wird durch die Auswahl bedarfsgerechter Regel- und Maximalversorger, die dann auch die Aufgaben der Grundversorgung übernehmen, verringert. Insgesamt führt dies zu einer Stärkung der verbleibenden Krankenhäuser aller Versorgungsstufen. Durch die entstehenden Fallzahlsteigerungen je Krankenhaus ist zu erwarten, dass Behandlungsfallzahlen/Mindestmengen erfüllt und die Qualität verbessert werden. Hierdurch erhalten die Krankenhäuser der Regel- und Maximalversorgung die Möglichkeit ihr Versorgungsangebot aufeinander abzustimmen und sich zu spezialisieren.

Das „Bett“ hat nach 13 Jahren DRG-System seine Relevanz als „Währung“ für den Umfang des Versorgungsauftrags verloren. Die Planungsprozesse sollten daher diesen Faktor nicht mehr berücksichtigen, um unnötige Konflikte zu vermeiden und die Verfahren zu beschleunigen. Umso wichtiger ist eine detaillierte inhaltliche Planung der Leistungsangebote. Mit der Reduktion auf eine Rahmenplanung für die Innere Medizin und die Chirurgie wurden die Möglichkeiten für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung aus der Hand gegeben. Dies führt in einem Fallpauschalensystem zwangsläufig zu Überangeboten und Versorgungsredundanzen sowie zu einer wirtschaftlichen Gefährdung etablierter Leistungsanbieter.

Diese Ausführungen stellen die ersten Ansätze unserer Überlegungen dar und stehen für weitere Diskussionen zur Verfügung.

III. Stellungnahme zum Gesetzentwurf Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspakt I, Artikel 14

Nachstehend übersenden wir Ihnen unsere konkreten Hinweise und Ergänzungsvorschläge in Bezug auf die geplanten Änderungen des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen durch den Gesetzentwurf zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspaket I, hier Artikel 14. Unsere Nummerierung folgt der des Artikels 14. Darüber hinaus gehende Ergänzungen haben wir als solche gekennzeichnet.

3. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Ausnahmen bestimmt das zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers.“

Durch die Änderung erhält das zuständige Ministerium die Kompetenz, Ausnahmen von der stationären psychiatrischen Versorgung auf Antrag des Krankenhausträgers zu bestimmen. Die Gesetzesbegründung erläutert, dass hierdurch die notwendige Flexibilität geschaffen werde, um z. B. bei speziellen Angeboten für besonders komplexe psychische und psychosomatische Störungen auf die Ausweisung eines Pflichtversorgungsgebietes verzichten zu können. Gemäß § 14 KHGG NRW erarbeiten die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt regionale Planungskonzepte. Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen nach § 14 KHGG NRW werden durch Bescheid nach § 16 KHGG NRW Bestandteil des Krankenhausplans. § 16 Abs. 1 Nr. 5 KHGG NRW sieht vor, dass der Bescheid die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung enthält. Bei den regionalen Planungsverhandlungen werden die Abstimmung von speziellen Angeboten in der psychischen und psychosomatischen Versorgung sowie die Pflichtversorgungsregion berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund sind Ausnahmen der stationären psychiatrischen Versorgung mit den umliegenden Krankenhäusern und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in einem regionalen Planungsverfahren zu verhandeln. Aus diesem Grund sprechen sich die Verbände der Krankenkassen dafür aus, Satz 4 wie folgt zu fassen:

„Ausnahmen bestimmt das zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“

Ergänzung

§ 2 Absatz 1 Satz 5 sollte wie folgt gefasst werden:

„Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen, die aktive Mitwirkung bei der Organspende und die besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Nummer 4 KHEntgG.“

§ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG lautet wie folgt: „Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus.“ Um die Vorgaben des KHEntgG zu übernehmen, schlagen wir die o. a.

Fassung vor.

6. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „leistungsfähige“ ein Komma und die Wörter „qualitativ hochwertige“ eingefügt.

Wir begrüßen die beabsichtigte Ergänzung, dass der Krankenhausplan den Stand und die vorgesehene Entwicklung sowohl der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und jetzt auch qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG ausweist.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen. Zudem soll die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen. Dies gilt auch für die Kooperation der Krankenhäuser mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen.“

Die Ergänzung bewirkt, dass bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen Krankenhäuser Vorrang haben,

- die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen (Satz 1),
- die die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten bevorzugt berücksichtigen (Satz 2),
- die mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen kooperieren (Satz 3).

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass durch die Anfügung die Gestaltungsmöglichkeiten des Landes als Plangeber gestärkt werden sollen. Weiter wird erläutert, dass inhaltliche Planungsparameter zu einer Schärfung des planungsrechtlichen Instrumentariums führen und die Abwägungsprozesse der zuständigen Behörde erleichtern. Diese verankerten Zielvorgaben bedürfen auf der nächsten Handlungsebene der weiteren Konkretisierung und Ausgestaltung. Zusammengefasst werden damit auch die Auswahlentscheidung der Planungsbehörden erleichtert.

Die Festlegung von Kriterien für Auswahlentscheidungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan begrüßen wir ausdrücklich. Die aktuell gewählten Formulierungen lassen jedoch Interpretationsspielräume zu, die aus unserer Sicht in eine unbeabsichtigte Richtung führen können. So haben sich in der Vergangenheit einige Kooperationen gebildet, die nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation mit der Bildung von Behandlungsschwerpunkten geführt haben. Beispielhaft verweisen wir auf kooperative Brustzentren. Hier führte die Kooperation nicht zu einer Spezialisierung in der Form, dass nur ein Krankenhaus die OP-Leistungen erbringt, sondern mehrere Krankenhäuser führen Operationen im kooperativen Brustzentrum durch. Ferner ist zu beobachten, dass Vertragsärzte in Nebentätigkeit als Krankenhausärzte tätig sind. Es ist zu bezweifeln, dass durch eine stundenweise Nebentätigkeit alle strukturellen

und qualitativen Anforderungen im Sinne eines für ein Krankenhaus erforderlichen Facharztstandards in ausreichendem Maße erfüllt (z. B. Erreichbarkeit, Notfälle) werden kann. Wir schlagen eine Streichung des Satzes 3 vor, weil hier in der Vergangenheit deutliche Fehlentwicklungen zu beobachten sind. Zur Kooperation mit Vertragsärzten verweisen wir auf die beabsichtigte Einrichtung einer Neurochirurgie am Klinikum Arnsberg. Hier sollen Ärzte eines MVZ in Personalunion als Krankenhausärzte der Neurochirurgie tätig werden. Dieses hat nach unserer Auffassung den „Charakter“ einer Belegabteilung und ist nicht mit den qualitativen Anforderungen an eine hochspezialisierte Fachabteilung wie der Neurochirurgie vereinbar. Bei Kooperationen mit Rehabilitationskliniken ist z. B. bei der neurologischen Frührehabilitation zu beobachten, dass Krankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag Neurologie und Neurochirurgie diesen nicht wahrnehmen, sondern an Rehabilitationskliniken „delegieren“. Für die Sätze 2 und 3 schlagen wir folgende Formulierungen vor:

Satz 1: Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen einschließlich der Notfallversorgung sicherstellen.

Satz 2: Zudem soll die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen, soweit in den beteiligten Krankenhäusern jeweils mindestens eine Abteilung betroffen ist und das Vorhaben insgesamt zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten führt. (Ergänzung vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 2 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Für geeignete Kriterien, die sich für das Herbeiführen einer Auswahlentscheidung eignen, verweisen wir auf unsere Ausführungen in Teil II. dieses Schreibens.

7. § 13 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Sie berücksichtigen insbesondere die Vorgaben nach § 12 Absatz 4 und sind Grundlage für die Festlegungen nach § 16. Zur Erbringung besonderer Leistungen wird das zuständige Ministerium ermächtigt, Mindestfallzahlen im Krankenhausplan festzulegen.“

Durch die Gesetzesänderung wird bewirkt, dass das zuständige Ministerium für die Erbringung besonderer Leistungen Mindestfallzahlen im Krankenhausplan festlegen kann. Wir begrüßen diese Möglichkeit. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden und die beabsichtigte Flexibilität zu erhöhen, sprechen wir uns dafür aus, die Mindestfallzahlen nicht auf die Erbringung besonderer Leistungen einzuschränken. Vor diesem Hintergrund schlagen wir folgende Änderung vor:

~~„Zur Erbringung besonderer Leistungen wird d~~Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, Mindestfallzahlen im Krankenhausplan festzulegen.“

Ergänzung

§ 13 Absatz 1 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden

„Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl, Versorgungsstufe und Qualität.“

Durch diese Ergänzung wird der Grundsatz der gestuften Krankenhausversorgung im Gesetzestext verankert.

8. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten“ durch die Wörter „oder vergleichbare quantitativ oder qualitativ bestimmte Behandlungskapazitäten“ ersetzt.

Diese Änderung ermöglicht, Alternativen zur Planungsgröße „Bett“ in den Rahmenvorgaben festzulegen. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass im Rahmen der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung diskutiert werde, eine stärker morbiditätsorientierte Krankenhausplanung zu betreiben. Wir begrüßen den Ansatz einer handhabbaren Alternative zur Planungsgröße „Bett“ zu finden. Eine mögliche Alternative haben wir bereits in unserer Ausführung unter II. genannt.

Analog zur Änderung in § 14 ist es aus unserer Sicht erforderlich, „§ 16 Feststellungen im Krankenhausplan“ entsprechend anzupassen. Unter Punkt 9. werden wir dies nochmals aufgreifen.

8. b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Verhandlungen sind spätestens sechs Monate nach ihrer Aufnahme abzuschließen.“

bb) Folgender Satz 4 wird angefügt:

„Ist dies nicht der Fall, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über.“

Durch die Änderung wird eine Beschleunigung der regionalen Planungsverfahren bewirkt. Nach sechs Monaten sollen sie abgeschlossen sein. Falls dies nicht erfolgt, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über. Grundsätzlich befürworten wir die Beschleunigung der Planungsverfahren und die damit schnellere Umsetzung in den Regionen. Aus der Formulierung ist für uns allerdings nicht erkennbar, was die Verfahrensleitung durch die zuständige Behörde beinhaltet. Aus unserer Sicht ist es unabdingbar, dass die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen nach den sechs Monaten zwingend als Verhandlungspartner weiter beteiligt werden. Zudem sollte das Verfahren (inhaltlich, zeitlich) durch die Behörde transparent gemacht werden.

8. c) Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.

Hier wird beabsichtigt, auf die Gelegenheit zur Stellungnahme von den Vertragspartnern bei Änderungen der regionalen Planungskonzepte zu verzichten. Laut der Begründung handele es sich hierbei um eine überflüssige „Dopplung“, da die Beteiligten nach § 15 KHGG NRW ebenfalls die Möglichkeit haben Stellung zu nehmen. Bei nicht geeinigten regionalen Planungsverhandlungen kann aus unserer Sicht dieser Verfahrensschritt entfallen. Falls das zuständige Ministerium allerdings Änderungen geeinigter Planungsverfahren vorsieht, sollte den Verhandlungspartnern vor dem Anhörungsverfahren weiterhin die Möglichkeit gegeben werden Stellung zu nehmen. Vor diesem Hintergrund schlagen wir die Beibehaltung des Satzes mit einer entsprechenden Ergänzung vor. Gleichzeitig sollte auch das Prüfungsverfahren der Planungsbehörde bei geeinigten Planungskonzepten sachgerecht beschleunigt werden:

„Soweit es Änderungen geeinigter regionaler Planungskonzepte beabsichtigt, gibt es den

Verhandlungspartnern innerhalb von drei Monaten nach Abgabe eines regionalen Planungskonzeptes an die Bezirksregierung Gelegenheit zur Stellungnahme. Erfolgt dies in diesem Zusammenhang nicht, gilt das Konzept als angenommen.“

9. In § 16 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „24“ durch die Angabe „12“ ersetzt.

Durch die beabsichtigte Anpassung würde die Umsetzungszeit der Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten auf 12 Monate verkürzt werden. Diese Änderung wird begrüßt.

Ergänzung

§ 16 wäre entsprechend den Änderungen in § 14 anzupassen, um sicherzustellen, dass die neudefinierte quantitativ oder qualitativ bestimmte Behandlungskapazität im Feststellungsbescheid aufgeführt wird.

Analog der Ausführungen im II. Abschnitt, sprechen wir uns dafür aus, dass in den Feststellungsbescheiden je Krankenhaus verbindlich und justiziabel die Versorgungsstufe des Krankenhauses (Grund-, Regel-, oder Maximalversorgung) aufgeführt wird. In § 16 Abs. 1 Nr. 4 und im Feststellungsbescheid sollte die Region genannt werden, auf die sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses vorrangig bezieht. Ebenfalls ist es zwingend erforderlich, dass Leistungsausschlüsse verbindlich und justiziabel im Feststellungsbescheid verankert werden.

10. Nach § 21 wird folgender § 21a eingefügt: (Aufgrund der Länge des § 21a haben wir auf die Auflistung verzichtet.)

Durch die Ergänzung würden Einzelmaßnahmen gefördert werden, die – sofern vorhanden – die Förderschwerpunkte erfüllen.

Die Verbände der Kostenträger begrüßen die Einzelförderung von Investitionen. Es ist hier zwingend erforderlich, dass die Förderschwerpunkte und Maßnahmen im Einklang mit der Krankenhausplanung stehen und im Landesausschuss für Krankenhausplanung abgestimmt werden. Sowohl bei der Festlegung der Förderschwerpunkte als auch der Maßnahmen für die Einzelförderung ist Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen anzustreben. In den regionalen Planungskonzepten ist wieder das Kriterium „Mit der Maßnahme verbundene Investitionskosten“ als planungsrelevant aufzunehmen.

In der beigefügten Anlage haben wir unsere konkreten Formulierungsvorschläge dem aktuellen Gesetzestext und der Gesetzesänderung gegenüber gestellt.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie unsere Ausführungen in den weiteren Beratungen berücksichtigen.

Ergänzend zu unseren bisherigen Ausführungen regen wir an im Vorfeld der Beratungen zur Gesetzesänderung weitere Themen zu beraten, die Herr Minister Laumann in seinen bisherigen Statements als notwendige planerische Änderungen angekündigt hat:

- Altersmedizin

Richtigerweise gehört hierzu nicht nur geriatrische Akutmedizin, dennoch erfolgte durch die Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW 2015 eine wesentliche Erweiterung der Kapazitäten in

diesem Gebiet und im Zusammenhang mit der Bildung von Versorgungsverbänden bereits eine gezielte Verbesserung der Versorgung. Gerade die Verbände sollen die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern (ambulant, stationär, Rehabilitation, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, usw.) sicherstellen. Dieses Konzept ist noch nicht vollständig umgesetzt und es wird sicherlich noch einige Zeit benötigen, da noch Entscheidungen ausstehen. Hinsichtlich dementieller Erkrankungen haben viele Krankenhäuser auch schon organisatorische und konzeptionelle Änderung innerhalb der Diagnostik und Therapie vorgenommen.

Bevor nun neue Strukturen geschaffen werden, sollte ein Status Quo aus allen Bereichen der Verbände ermittelt werden. Beispielsweise ist die Versorgung über geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V noch nicht ausreichend.

-Kliniken für seltene Erkrankungen

Ob für seltene Erkrankungen spezielle Kliniken oder neue Zentren geschaffen werden müssen, ist nicht nachvollziehbar. Schon heute erfolgt die Behandlung hierfür an Häusern der Maximalversorgung oder an Universitätskliniken. Beispielhaft existieren zertifizierte Mukoviszidose-Einrichtungen in Aachen, Bochum, Düsseldorf, Essen, Köln, Münster und Wesel, die Kinder und Jugendliche oder Erwachsene ambulant und stationär behandeln.

Ein Großteil der Behandlung von seltenen Erkrankungen erfolgt seit Jahren durch spezialisierte Krankenhäuser (§ 116b SGB V alte Fassung) und mittlerweile auch durch niedergelassene Vertragsärzte (§ 116b SGB V neue Fassung) im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Insoweit sind auch die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE) zu berücksichtigen.

Es zeigt sich auch, dass die Behandlung von seltenen Erkrankungen in der Regel durch die Universitätskliniken erfolgt, da hier der Auftrag zur Forschung und Lehre besteht. Zusammenfassend sehen die Verbände keine Notwendigkeit zur Bildung von speziellen Kliniken und Zentren. Das Ziel sollte eher darin bestehen, für ausreichende Transparenz der Leistungsangebote zu sorgen und eine breite Veröffentlichung erfolgen, welche Erkrankungen wo behandelt werden können.

-Verringerung der Transplantationszentren

Die Verbände unterstützen das Vorhaben, die Transplantation von Organen an Mindeststrukturen und Mindestfallzahlen zu binden. Die Organtransplantationen erfolgen bisher an Universitätskliniken, Häusern der Maximalversorgung und an speziellen Fachkrankenhäusern (z. B. Herzzentren). Ein Handlungsbedarf gegenüber den bisher ausgewiesenen Zentren oder gar Qualitätsmängel sind den Verbänden bisher nicht bekannt. Von daher wäre zu klären, welche Organe oder Zentren von einer Änderung betroffen sind.

-Stellung der Universitätskliniken

Wie schon oben ersichtlich würde eine Anzahl der angedachten Veränderungen die Universitätskliniken betreffen. Dies nehmen die Verbände zum Anlass, die grundsätzliche Stellung der Universitätskliniken in der Versorgung mit Krankenhausleistungen zu überdenken.

Die Universitätskliniken sind einerseits Einrichtungen von Forschung und Lehre, andererseits nehmen sie als Krankenhäuser der Maximalversorgung staatliche Versorgungsaufgaben wahr.

Des Weiteren werden die Universitätskliniken in die Krankenhausplanung einbezogen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass verschiedene Universitätskliniken Tochtergesellschaften (oder auch Träger-Beteiligungen) und Betriebsteile gegründet haben, die aus Krankenhäusern anderer Trägerschaften hervorgingen. Insoweit haben die Universitätskliniken, auch ohne regionale Planungskonzepte, auf diesem Wege in die Krankenhausplanung eingegriffen. Ob eine Anzahl der übernommenen Krankenhäuser überhaupt noch bedarfsnotwendig waren oder sind, sei dahin gestellt. Die Planungsbehörde hat letztendlich die Strukturen, die für die Versorgung notwendig sind und von den Universitätskliniken bereitgestellt werden, bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Ein autonomes Bestimmungsrecht kann den Universitätskliniken im Rahmen der Krankenhausplanung nicht zukommen.

Dieses Schreiben ergeht zugleich im Namen

der AOK Rheinland/Hamburg,

des BKK-Landesverbandes NORDWEST,

der IKK classic,

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse,

KNAPPSCHAFT,

des vdek - Landesvertretung Nordrhein-Westfalen -.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Fritz

Thomas Fritz

Anlage