



An den
Präsidenten
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Herrn André Kupper MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/245

A01

Per E-Mail: anhoerung@landtag.nrw.de

Ratingen, 02. Januar 2018

Entfesselungspaket I (Drucksache 17/1046)
hier: Stellungnahme der Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter GmbH

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

Sie haben uns eingeladen, an der Anhörung zum Gesetzentwurf „Gesetz zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen - Entfesselungspaket I teilzunehmen und die Möglichkeit eingeräumt, ein Statement abzugeben. Dafür möchten wir uns bedanken. Die Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter GmbH gehört zum Unternehmensverbund der Curacon und berät seit 1973 fast ausschließlich nur Krankenhäuser. Wir begrüßen es, wenn die Landesregierung die Initiative ergreift, die verschiedenen Vorschriften und gesetzlichen Grundlagen zu entbürokratisieren und Regelungen, die sich nicht als praxistauglich herausstellten, neu zu fassen. In unserem Statement greifen wir die Regelungen auf, die nochmals überdacht werden sollten.

1 § 12 Abs. 2 KHGG NRW

Neuer Text: (2) Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, **qualitativ hochwertige** und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser [...] aus. [...]

Statement: In der Praxis wird es schwierig werden, die Begrifflichkeit „qualitativ hochwertige“ Versorgung mit Leben zu füllen. Die Begrifflichkeit „ortsnahe“ kann mit der Erreichbarkeit (z. B. Fahrzeit) umschrieben werden. „Bedarfsgerecht“ ist ein

Krankenhaus, wenn die Leistungen entsprechend nachgefragt werden bzw. bestimmte Leistungen vorgehalten werden müssen. „Leistungsfähig“ kann an Art und Anzahl der Behandlungen festgemacht werden. Die Frage der „Wirtschaftlichkeit“ ist im Zeitalter der DRGs in den Hintergrund gerückt. Gegebenenfalls spielt sie eine Rolle, wenn Sicherstellungszuschlägen beantragt werden. „Qualitativ hochwertige“ Leistungen sind schwer zu beschreiben.

2 § 12 Abs. 4 KHGG NRW

Neuer Text: (4) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltungen 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.

Statement: Die Krankenhäuser sind zur Notfallbehandlung verpflichtet. Nehmen Sie nicht an der Notfallbehandlung teil (dies ist beispielsweise bei einigen Fachkliniken der Fall), wird von der DRG-Vergütung ein Abschlag von 50 EUR je Fall vorgenommen. Weitere Regelungen gibt es im derzeitigen Vergütungssystem nicht. Ob ein Krankenhaus in der Lage ist, umfänglich auf die meisten Notfälle reagieren zu können oder nur einen minimalistischen Versorgungsansatz sicherstellt, ist vergütungstechnisch irrelevant. Je nach Grad der Notfallversorgung entstehen hohe Vorhaltekosten.

Diese Regelungslücke ist dem Gesetzgeber bekannt und er hat den Sachverhalt im KHSG durch verschiedene Gesetzesänderungen aufgegriffen, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden soll. Wesentlich ist SGB V § 136c Abs. 4, in dem der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ursprünglich bis zum 31. Dezember 2016 beschließen sollte. Der Termin konnte nicht eingehalten werden, es wird aber zukünftig entsprechende Regelungen geben.

Das ganze Thema Notfallversorgung ist eng mit der Frage verknüpft, ob die KVen in der Lage sind, ihrem Versorgungsauftrag, eine flächendeckende Notfallversorgung sicherzustellen, nachzukommen. Gerade in ländlich strukturierten Gebieten ist dies heute kaum mehr möglich. Die Situation wird sich weiter verschärfen. Umfängliche Notfallstrukturen vorzuhalten verursacht Kosten, die über die zur Verfügung stehenden Erlöse nicht refinanziert werden können.

Hier bedarf es dringend finanzieller Regelungen, um die Krankenhäuser überhaupt in die Lage zu versetzen, eine „zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung“ von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen zu können.

Die Krankenhausberatung begrüßt, dass die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten sowie die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und anderen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten bei der Aufstellung des Krankenhausplans Berücksichtigung finden soll. Hier hat es in der Vergangenheit krankenhauplanerisch Hürden gegeben, die mit dem neuen § 12 KHGG NRW Abs. 4 beseitigt werden könnten.

3 § 13 Abs. 1 KHGG NRW

Neuer Text: (1) Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Anzahl und Qualität. Sie berücksichtigen insbesondere die Vorgaben nach § 12 Abs. 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.

Statement: Die neuen Regelungen sind grundsätzlich zu begrüßen. Konflikte sehen wir hinsichtlich mehrerer unterschiedlicher anderer für Krankenhäuser geltender Rahmenbedingungen. Dies sind beispielsweise:

- Finanzierungssystem: Bei den Fallpauschalen (DRGs) handelt es sich nach wie vor um eine pauschalierende und nicht um eine individuelle, die Kosten eines Einzelfalls refinanzierende Vergütung. Werden Leistungen ausgeschlossen und/oder in bestimmten Krankenhäusern konzentriert, kann es bei der Vergütung erhebliche Verwerfungen geben. Es kommt zu systembedingten Über- oder Unterdeckungen.
- Ausbildung: Können bestimmte Leistungen, die zur Ausbildung (Facharztanerkennung) eines Gebietes gehören, an einem Standort nicht mehr erbracht werden, hat dies unmittelbare negative Folgen für die Anerkennung als Ausbildungsstätte, Akquise von Ausbildungsassistenten aber auch von Fachärzten.

4 § 14 Abs. 1 KHGG NRW

Neuer Text: (1) Auf der Grundlage der Rahmendaten nach § 13 legt das zuständige Ministerium insbesondere Gebiete, Gesamtplanbetten **oder vergleichbare quantitativ oder qualitativ bestimmte Behandlungskapazitäten** abschließend fest. [...]

Statement: Die Abkehr von den Planbetten als Bemessungsgröße darf nicht dazu führen, vorschnelle Ergebnisse zu produzieren. Es muss abgewogen werden, welche andere belastbare Planungsgröße in der Praxis umsetzbar ist.

5 § 14 Abs. 2 KHGG NRW

Neuer Text: (2) [...] Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen. **Die Verhandlungen sind spätestens sechs Monate nach ihrer Aufnahme abzuschließen. Ist dies nicht der Fall, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über.**

Statement: Die Konkretisierung der zeitlichen Vorgaben ist dringend notwendig gewesen. Viele Verfahren haben sich nicht nur über Monate sondern über Jahre hingezogen, ohne zu einem Ergebnis zu kommen.

6 § 14 Abs. 3

Neuer Text: (3) [...] Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzepte rechtlich und inhaltlich. ~~Soweit es Änderungen beabsichtigt, gibt es den Verhandlungspartnern Gelegenheit zur Stellungnahme.~~ Ist die Schließung von Krankenhäusern oder bettenführenden Angeboten vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.

Statement: In den von der Krankenhausberatung in den letzten Jahren begleiteten Verfahren hat es Situationen gegeben, in denen die Änderungen fehlerbehaftet waren und zurückgenommen werden mussten. Wird auf den in der alten Fassung verankerten Zwischenschritt „Gelegenheit zur Stellungnahme“ verzichtet, wird es wesentlich mehr Klageverfahren geben. Wir empfehlen, weiterhin die Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen und diese, um das Verfahren nicht unnötig zu verlängern, zu befristen (z. B. 4 Wochen).

7 § 16 Abs. 1 KHGG NRW

Neuer Text: [...] Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses (§ 8 Abs. 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 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) geboten ist.

Statement: Es gelten die zu § 13 Abs. 1 KHGG NRW gemachten Anmerkungen. Einschränkungen in einzelnen Leistungsbereichen können negative Auswirkungen auf das gesamte Gebiet und damit das betroffene Krankenhaus haben. Sie beschränken sich nicht nur auf die Leistungen, die eigentlich gemeint sind.

8 § 16 Abs. 3 KHGG NRW

Neuer Text: (3) Die Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten gemäß Abs. 1 Nummer 6 ist innerhalb von ~~24~~ **12** Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides nach Abs. 1 Satz 1 umzusetzen. [...] Ist die Umsetzung nach Ablauf dieses Zeitraums nicht oder nicht vollständig erfolgt, kann die zuständige Behörde dem Bescheid nach Abs. 1 Satz ziffer eins ganz oder teilweise aufheben. [...]

Statement: Eine Frist von 12 Monaten ist nicht praxisgerecht. Zur Umsetzung der Planvorgaben müssen u. U. bauliche Veränderungen vorgenommen und Mitarbeiter gesucht werden müssen. Es kann Verzögerungen geben, die nicht vom Krankenhaus selber zu verantworten sind (z. B. sind Bauanträge zu stellen, deren Bearbeitung mehrere Monate in Anspruch nehmen kann). Viele Maßnahmen können erst begonnen werden, wenn ein rechtskräftiger Bescheid vorliegt. Selbst 24 Monate (alte Regelung) sind nicht immer einzuhalten.

Um den bürokratischen Aufwand einzugrenzen (regelhafte Verlängerung des 12 Monatszeitraums) empfiehlt die Krankenhausberatung, auf die Änderung zu verzichten.

9 § 21a KHGG NRW

Neuer Text: (1) Über die Pauschalförderung hinaus können Investitionsmaßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nummer 1 einzeln gefördert werden, wenn und soweit das Investitionsprogramm entsprechende Förderschwerpunkte Ausweis und das Vorhaben die dort aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. [...]

Statement: Es soll neben der Pauschalförderung wieder die Einzelförderung eingeführt werden. Die Krankenhausberatung sieht darin die Möglichkeit, durch Schwerpunkte in der Förderung die stationäre Versorgung abzusichern und die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit anderen Anbietern im Gesundheitswesen zu stützen. Oftmals scheitern gute Konzepte an der fehlenden Investitionsfinanzierung. Der Erfolg der Maßnahmen wird davon abhängen, in welcher Höhe zusätzliche

Finanzmittel bereitgestellt werden können. Es ist hinlänglich bekannt, dass die pauschalen Fördermittel bei weitem nicht ausreichen, den Bedarf zu decken.

Die Einzelförderung soll sich auf Investitionsmaßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nummer 1¹ beziehen. Für viele Projekte müssen aber Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) beschafft werden. Eine Beschränkung auf den § 18 Abs. 1 Nummer 1 wird viele sinnvolle Projekte scheitern lassen, da die Krankenhäuser selber nicht in der Lage sind, die kurzfristigen Anlagegüter aus Eigenmitteln zu finanzieren.

10 Schlussbemerkung

Die Krankenhausberatung ist gerne bereit, die vorstehenden Statements in der Anhörung näher zu erläutern und möchte ihren Beitrag dazu leisten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die jahrzehntelange Praxiserfahrung einzubringen.

Mit freundlichen Grüßen

Krankenhausberatung
Jüngerkes & Schlüter GmbH



Ralph-Gerald Schlüter

¹ ... die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale)
