

Ärzttekammer Nordrhein Tersteegenstraße 9 40474 Düsseldorf

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

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
17/266**

A01

Ansprechpartner:

Ulrich Langenberg

Mail

ulrich.langenberg@aekno.de

Tel 0211 4302 -2100

Fax 0211 4302 -5100

Ihr Schreiben vom:

28. November 2017

Ihr Zeichen:

I. 1/A

Datum:

05.01.2018/ULA

Entfesselungspaket I – Anhörung A01 – 10.01.2018

**Entwurf eines Gesetzes zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften
im Land Nordrhein-Westfalen
hier: Artikel 14**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,
sehr geehrte Frau Abgeordnete Gebhard,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

die Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Ärztekammer Nordrhein nehmen gemeinsam zu den mit Artikel 14 des im Betreff genannten Gesetzentwurfes vorgesehenen Änderungen des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen Stellung.

Das mit der Novelle verbundene Ziel, die krankenhauserplanerischen Handlungsmöglichkeiten des Landes zu stärken, begrüßen wir ausdrücklich.

Wir halten es auch für richtig, dazu nicht nur die planerischen Vorgaben zu präzisieren und zu erweitern (§ 12, § 13, § 14 Abs. 1), sondern auch auf der Seite der Finanzierung tätig zu werden und die bisherige Pauschalförderung, die sich aus unserer Sicht im Grundsatz bewährt hat, um eine gezielte Förderung sinnvoller Strukturentwicklungen zu ergänzen (§ 21a). Gleichwohl muss die gesamte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser des Landes ausreichend sein.

Die vorgesehenen Regelungen werden die gewünschten Wirkungen allerdings nur entfalten können, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind:

Zum einen gilt es, sowohl für die Planung wie auch für die ergänzende Einzelförderung geeignete Strukturqualitätsparameter und Entwicklungsziele zu definieren. Der Maßstab dafür muss die Frage sein, was für eine gute Patientenversorgung unter Berücksichtigung regionaler Bedingungen erforderlich ist. Zur Beantwortung dieser Frage ist der ärztliche Sachverstand besonders der Selbstverwaltung erforderlich, den die Ärztekammern gerne einbringen werden.

Zum anderen muss mit der *qualitativ* neu strukturierten Krankenhausfinanzierung auch verbunden sein, dass das Land seiner finanziellen Verantwortung für die als notwendig erachteten Krankenhausstrukturen auch *quantitativ* im erforderlichen Umfang nachkommt.

Denn die Zuständigkeit des Landes für die Krankenhausplanung lässt sich nicht von der Verpflichtung trennen, für die geplanten Krankenhauskapazitäten auch die notwendigen Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen.

Die mit dem Nachtragshaushalt für 2017 beschlossenen zusätzlichen Mittel sehen wir in diesem Zusammenhang als einen bedeutenden und vorbildlichen Schritt auf einem Weg, der in Richtung einer endlich wieder nachhaltigen Krankenhausfinanzierung weiter verfolgt werden muss.

Die mit dem Nachtragshaushalt 2017 und im Haushalt 2018 sowie in der mittelfristigen Haushaltsplanung vorgesehenen Mittel stellen zusammengenommen erstmals seit vielen Jahren eine substantielle Erhöhung der Krankenausinvestitionsmittel für Nordrhein-Westfalen dar. Die vorgesehenen Mittel bleiben aber weiterhin hinter dem jährlichen Investitionsbedarf von ca. 1,5 Mrd. Euro deutlich zurück.

Zu den mit der Novelle vorgesehenen Änderungen möchten wir in Einzelnen folgende Hinweise geben:

zu Nr. 3a

(§ 2 Absatz 1 – Ausnahmen von der psychiatrischen Pflichtversorgung):

Wir begrüßen es, dass mit dieser Einfügung die Möglichkeit geschaffen wird, in Ausnahmefällen von der Ausweisung eines psychiatrischen Pflichtversorgungsgebietes abzusehen.

Die Erfahrungen bei der Aufstellung regionaler Planungskonzepte haben gezeigt, dass dies in besonders begründeten Einzelfällen für spezialisierte Einrichtungen,

z.B. im Bereich der Psychosomatik oder der Versorgung von Suchterkrankten, geboten sein kann.

Dies gilt insbesondere dann, wenn ein regional zwischen den an der Versorgung Beteiligten abgestimmtes Konzept vorliegt und sich also niemand einseitig aus der Gesamtverantwortung für die Versorgung psychisch Erkrankter ausnimmt.

Im Rahmen eines ausgewogenen regionalen Gesamtkonzeptes kann es sinnvoll - und unter Qualitätsgesichtspunkten sogar geboten - sein, nicht an allen Standorten eine eigene Einheit zur Behandlung von Menschen unter den Bedingungen des PsychKG („geschlossene Station“) vorzuhalten, sondern geeignete und abgestimmte Schwerpunktbildungen vorzunehmen.

zu Nr. 4

(§ 7 – Transparenz und Qualitätssicherung):

Es wäre aus unserer Sicht zu bedauern, wenn mit der vorgesehenen Streichung von Absatz 2 die Möglichkeit zur Bestimmung von veröffentlichungspflichtigen Qualitätsmerkmalen durch das Ministerium ganz entfallen würde.

Dies würde aus unserer Sicht dem Tenor der Gesetzesnovelle zuwiderlaufen, die ja gerade auf eine Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten des Landes abzielt.

In § 7 KHGG geht es um Informationen, die Krankenhäuser den Patientinnen und Patienten mit Blick auf deren individuelle Auswahlentscheidungen öffentlich zur Verfügung stellen sollen (sog. „public reporting“). Dies bleibt aus unserer Sicht auch angesichts der bundes- und landesrechtlichen Entwicklungen der letzten Jahre ein relevantes Themenfeld, aus dem sich das Land Nordrhein-Westfalen nicht vollständig zurückziehen sollte.

Allerdings enthält die derzeitige Gesetzesformulierung in § 7 Abs. 2 ein inzwischen verstrichenes Datum. Deswegen sollte die Formulierung „bis zum 30. Juni 2015“ durch die Formulierung „bis spätestens 12 Monate nach Erstbefassung im Landesausschuss“ ersetzt werden.

Auf diese Weise bleibt dem Land auch in Zukunft eine Gestaltungsmöglichkeit im Bereich des qualitätsorientierten „public reporting“. Denn auch wenn der Landesausschuss und das Ministerium davon bisher keinen Gebrauch gemacht haben, kann dieses Instrument in Zukunft durchaus von Bedeutung und von Nutzen sein.

zu Nr. 5

(§ 10 Abs. 2 – Meldearten und -wege bei außergewöhnlichen Ereignissen):

Das mit dieser Änderung verbundene Ziel einer besseren Transparenz und schnelleren Reaktionsmöglichkeit bei außergewöhnlichen Ereignissen ist grundsätzlich zu befürworten.

Da der vorliegende Gesetzentwurf als Ganzer dem sehr wichtigen Ziel des Bürokratieabbaus verpflichtet ist, halten wir es für wesentlich, dass die Gesetzesbegründung ausdrücklich festhält, dass die neuen Regelungen nicht zu einer Zunahme von Berichtspflichten führen, sondern im Gegenteil Meldewege effektiver und einfacher gestalten sollen.

zu Nr. 6

(§ 12 Abs. 4 – Notfallversorgung/ Behandlungsschwerpunkte)

Wir begrüßen, dass mit den vorgesehenen Änderungen den Aspekten der Notfallversorgung sowie der Abstimmung und Konzentration – im Sinne der Bildung von Behandlungsschwerpunkten – prononciert Rechnung getragen wird.

Die Bildung von Behandlungsschwerpunkten ist allerdings kein Wert an sich. Behandlungsschwerpunkte sind dann zu begrüßen, wenn damit eine tatsächliche Verbesserung der Patientenversorgung verbunden ist. Deswegen gilt es, einer Beliebigkeit bei der Interpretation des Begriffs „Behandlungsschwerpunkt“ vorzubeugen. Dies sollte durch inhaltliche Festlegungen des Ministeriums nach Beratung im Landesausschuss für Krankenhausplanung geschehen.

Angesichts der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion um die Sicherung des Nachwuchses in den Gesundheitsfachberufen muss außerdem darauf geachtet werden, dass Krankenhäuser mit der Bildung von Behandlungsschwerpunkten auch eine besondere Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung übernehmen.

Die Bildung von Behandlungsschwerpunkten darf nicht dazu führen, dass eine umfassende Aus- und Weiterbildung für diejenigen erschwert wird, die ihren beruflichen Weg außerhalb der Schwerpunkte (z.B. in Krankenhäusern der Grundversorgung) beginnen. Deswegen gilt es, kooperative Strukturen in der Aus- und Weiterbildung besonders zu fördern.

Da die Aspekte „Notfallversorgung“ und „Behandlungsschwerpunkte“ nicht zwingend in einem Zusammenhang zu betrachten sind, sollten diese in zwei separaten Absätzen aufgegriffen werden. Hinsichtlich der Notfallversorgung sollte aus unserer Sicht nicht aus dem Blick verloren werden, dass diese auch zukünftig krankenhauplanerisch in einer fachlich gestuften Struktur vorzuhalten ist.

Zusammenfassend schlagen wir folgende Formulierung vor:

„(4) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich umfassende und inhaltlich anforderungsgerechte Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen.

(5) Zudem soll die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich und mit Blick auf die Aus- und Weiterbildung 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.

Besondere Berücksichtigung findet die Zusammenarbeit zur Gewährleistung von Behandlungsschwerpunkten, die das zuständige Ministerium nach Beratung im Landesausschuss nach § 15 festgelegt hat.“

zu Nr. 7

(§ 13 Abs. 1 - Mindestfallzahlen):

Die vorgesehene Regelung zur Festlegung von Mindestfallzahlen sehen wir skeptisch. So sehr das Ziel zu begrüßen ist, die „anekdotische“ Erbringung gerade von hochspezialisierten Leistungen wie Transplantationen zu vermeiden, so sehr sprechen zwei wesentliche Einwände aus unserer Sicht gegen Mindestfallzahlen als Instrument der Landeskrankenhausplanung:

Zum einen stößt die Festlegung konkreter Mindestfallzahlen regelmäßig auf erhebliche methodische Probleme.

Dies gilt erst recht, wenn dies, wie der Gesetzestext ausführt, evidenzbasiert erfolgen soll. Auch dann, wenn sich ein prinzipieller Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität belegen lässt, ist es in der Regel schwierig, einen genauen „Schwellenwert“ zu definieren, der „bessere“ von „schlechterer“ Qualität trennscharf unterscheidet.

Die vorgesehenen Übergangsregelungen, Ausnahmetatbestände und Härtefallregelungen bei „nachgewiesener hoher Qualität“ unterhalb der Mindestfallzahl bringen unseres Erachtens weitere methodische Probleme und Bürokratie-Risiken mit sich.

Zum anderen ist zu bedenken, dass die Festlegung von Mindestmengen potentiell Fehlanreize in Richtung einer Leistungszahlsteigerung entfalten kann.

Mindestmengen spielen derzeit in einzelnen Regelungszusammenhängen auf Bundesebene und auf Landesebene (in Nordrhein-Westfalen: Brustzentren) eine Rolle. Die Diskussion mit Blick auf Fragen der Methodik und der Steuerungseffekte wird derzeit auch auf Bundesebene intensiv geführt. Wir sprechen uns deswegen dafür aus, derzeit keine explizite Regelung ins Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen.

Dies ist auch deswegen nicht erforderlich, weil das Beispiel der Brustzentren zeigt, dass dort, wo im Einzelfall Mindestmengen im Rahmen eines ausgewogenen Gesamtkonzeptes sinnvoll sein können, die gesetzlichen Grundlagen auch bisher schon gegeben sind.

Besser als die Festlegung von Mindestmengen ist unseres Erachtens eine stringente Krankenhausplanung, die gerade bei hochspezialisierten Leistungen nur so viele Standorte vorsieht, wie für die Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist.

Statt also eine Reduktion der Standorte für hochspezialisierte Leistungen über den Umweg von Mindestfallzahlen anzustreben (und dabei Fehlanreize in Richtung Leistungszahlsteigerung zu setzen) sollte das Land die Zahl der Standorte planerisch unmittelbar auf ein bedarfsgerechtes Maß begrenzen – eine medizinisch sinnvolle, ausreichende Leistungszahl an den einzelnen Standorten wird sich dann von selbst einstellen.

zu Nr. 8

(§ 14 – Planungsgröße „Bett“, Verfahrensbeschleunigungen):

Die Öffnung der gesetzlichen Regelung für Alternativen zur Planungsgröße „Bett“ ist aus unserer Sicht zu begrüßen. Ebenso sind die Regelungen zu begrüßen, die auf eine Beschleunigung der Planungsverfahren abzielen.

Im Interesse einer solchen Beschleunigung sollte eine weitere Regelung aufgenommen werden, die eine Schwäche des bisherigen Verfahrens beseitigt:

Derzeit werden die Beteiligten nach § 15 KHGG NRW erst sehr spät im Planungsprozess überhaupt erstmals über das Verfahren informiert. Dies erschwert eine konstruktive Mitwirkung im Sinne zügiger und einvernehmlicher Lösungen gerade bei Planungskonzepten, die komplex sind und mehrere Krankenhäuser umfassen.

Das Ministerium hatte es angesichts dessen bereits im Dezember 2012 in der Evaluierung zum KHGG NRW (in: Evaluationsberichte zum Krankenhausrecht NRW, 20.12.2012, Vorlage 16/472) als sinnvoll bezeichnet, folgende Einfügung in § 14 Abs. 2 vorzunehmen:

„Die Beteiligten nach § 15 sind von der zuständigen Bezirksregierung über die Aufnahme der Verhandlungen in Kenntnis zu setzen“.

Dieser Zusatz sollte nunmehr aufgenommen und erweitert werden um die Information über den Verlauf der Verhandlungen.

zu Nr. 9

(§ 16 – Einschränkungen des Versorgungsauftrages)

Wir begrüßen die Aufnahme einer Regelung, die die Möglichkeit zur Einschränkung des Versorgungsauftrages hinsichtlich einzelner Schwerpunkte der Gebiete oder einzelner Leistungsbereiche ausdrücklich vorsieht.

Damit wird eine Möglichkeit geschaffen, z.B. in der Chirurgie und der Inneren Medizin im Einzelfall notwendige Konkretisierungen des Versorgungsauftrages vorzunehmen, um nicht zu intensiv eine zu detaillierte „Teilgebietsplanung“ vorzunehmen.

zu Nr. 11

(§ 31 – Verantwortung des Krankenhausträgers):

§ 31 Abs. 4 KHGG NRW hält fest, dass der Krankenhausträger die Verantwortung für eine ordnungsgemäße ärztliche, pflegerische, technische und verwaltungsmäßige Organisation des Krankenhauses trägt.

Diese Feststellung ist erst mit der im Jahr 2015 in Kraft getretenen Novelle des KHGG NRW in das Gesetz aufgenommen worden. Dabei ging es darum, zu verdeutlichen, dass „auch das Organisationsverhalten des Krankenhausträgers im Rahmen der Rechtsaufsicht nach § 11 KHGG zu überprüfen ist“ (damalige Gesetzesbegründung).

Die Regelung sollte also eine rechtssichere Grundlage für ein Tätigwerden der Krankenhausaufsicht schaffen, wenn es in Krankenhäusern beispielsweise zu Defiziten bei der personellen Ausstattung im ärztlichen und pflegerischen Bereich kommt. Außerdem sollte die Expertise der Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren hinzugezogen werden.

Unseres Erachtens wäre es gerade angesichts der auch für die kommenden Jahre zu erwartenden erheblichen Herausforderungen mit Blick auf eine patientengerechte Personalausstattung in den Krankenhäusern kein glückliches Signal, wenn dieser Absatz aus dem KHGG NRW gestrichen würde.

Wenn sich der Normgeber auch auf der Bundesebene inzwischen veranlasst sieht, verbindliche Personaluntergrenzen gesetzlich oder untergesetzlich vorzugeben, wird die Krankenhausaufsicht künftig eher mehr als weniger gefordert sein, auf die Einhaltung solcher Vorgaben und auf eine insgesamt ausreichende Personalausstattung hinzuwirken. Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns dafür aus, die Klarstellung in § 31 Abs. 4 nicht zu streichen.

Beteiligung nachgeordneter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Privaterlösen

Abschließend möchten wir nochmals auf die Notwendigkeit hinweisen, im KHGG NRW eine Regelung aufzunehmen, die für eine angemessene Beteiligung der nachgeordneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Erlösen aus der Privatliquidation sorgt.

Gerade wegen der unzureichenden zivilrechtlichen Durchsetzbarkeit dieses Anspruches und veränderter Rahmenbedingungen durch neue Chefarztvertragsformen (Abtretung des Liquidationsrechtes) besteht hier ein gesetzlicher Regelungsbedarf, dem beispielsweise in Rheinland-Pfalz bereits entsprochen worden ist (§§ 27 – 29 des rheinland-pfälzischen Landeskrankenhausgesetzes).

Mit freundlichen Grüßen
i. A.



Ulrich Langenberg
Geschäftsführender Arzt
der Ärztekammer Nordrhein



Dr. med. Markus Wenning
Geschäftsführender Arzt
der Ärztekammer Westfalen-Lippe