

Marburger Bund · Postfach 10 25 44 · 50465 Köln

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

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
17/309**

A01

Köln, den 15. Januar 2018

Dok.-Nr.: LÜ-JU-10-01-2018 Entfesselungspaket I

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 geehrter Frau Gebhard,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

der Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen / Rheinland-Pfalz e. V. bedankt sich für die Möglichkeit, zu dem Entwurf eines Gesetzes zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspaket I Stellung zu nehmen. Ergänzend zu den mündlichen Stellungnahmen am 10. Januar möchten wir schriftlich Stellung nehmen. Wir beschränken uns nachfolgend darauf, die zum Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen den Artikel 14 des Gesetzentwurfs beabsichtigten Änderungen zu kommentieren.

Krankenhausplanung in einem freiheitlichen und, wie dies in Nordrhein-Westfalen vor allem der Fall ist, trägerpluralem System zu realisieren, erfordert einen ausgewogenen Ausgleich zwischen den Leistungsangeboten der Krankenhausträgerseite einerseits und staatlicher Planung andererseits. Letztere muss sich neben der selbstverständlichen Qualitätskontrolle der zur Verfügung gestellten Leistungen vor allem darauf fokussieren, eine nicht ausreichende stationäre Versorgung in der Fläche des Landes zu vermeiden. Auch wenn sich Krankenhäuser vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Finanzierung der Betriebskosten nicht immer nur als Kooperationspartner sondern auch als Konkurrenten verstehen, muss es gerade Ziel sein, die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser untereinander, auch solcher verschiedener Träger, zu fördern und insoweit Anreize zu setzen. Regionale Planungskonzepte und deren Umsetzung bedürfen allerdings dabei der medizinischen und pflegerischen Sachkunde der Betriebsleitungen der Krankenhäuser, die nicht notwendigerweise bei ihren nichtärztlichen Geschäftsführungen liegt. Die medizinischen (Betriebs-) Leitungen der Krankenhäuser sollten daher regional in die Verantwortung genommen und in die Entwicklung regionaler Planungskonzepte eingebunden werden. Regionale Planung durch staatliche Ersatzvornahme allein kann regionale Planung nicht ersetzen.

- 2 -

1. Insoweit ist die bisherige Verpflichtung zur Zusammenarbeit unter den Krankenhäusern in **Artikel 14 Nr. 2** wichtig. Mit der Streichung würde gerade die gegenteilige Aussage verbunden, dass nämlich auf die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens verzichtet werden soll. Gerade die bisherige Herausstellung als Grundsatz § 1 KHGG NRW betont die Verpflichtung zur Zusammenarbeit. Nach Auffassung des Marburger Bundes sollte diese Verpflichtung mit einem Zeitkorridor wie ja auch mit Änderung des **Artikel 14 Nr. 8 (§ 14 KHGG NRW Abs. 2 lit. aa)** vorgesehen verbunden werden.
2. Die Möglichkeit zur Ausweisung von Qualitätsmerkmalen und -indikatoren begrüßt der Marburger Bund ausdrücklich. In der Praxis hat sich gezeigt, dass der Einigungsfähigkeit im Landesausschuss offenbar Grenzen gesetzt sind. Hier muss es Aufgabe des Gesetzgebers sein, den Einigungsdruck zu erhöhen, wozu die bloße Möglichkeit einer ministeriellen Ersatzvornahme allein sicher nicht das geeignete Mittel ist. Insoweit ist der gesetzgeberische Ansatz, wie in **Artikel 14 Nr. 4 lit. a)** vorgesehen, dass Ersatzvornahmeverfahren zu überdenken, zu begrüßen. Sein ersatzloser Fortfall führt insoweit aber nicht weiter. Vielmehr sollte daran gedacht werden, dass bisher vorgesehene Ersatzvornahmeverfahren als Zwischenlösung auszugestalten, welches dann durch eine erneute Entscheidungsmöglichkeit seitens des Landesausschusses wiederum Vereinbarungen auf der fachlich dafür berufenen Ebene, der Krankenhausgesellschaft, der Krankenkassen und der Ärztekammern möglich macht.
3. Die mit **Artikel 14 Nr. 6 lit. b)** beabsichtigte planerische Privilegierung von Krankenhäusern, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen, ist im Ansatz richtig. Allerdings sollten folgende Faktoren beachtet werden:

Zunächst sollte der Gesetzestext klarstellen, dass hier die stationäre Notfallversorgung gemeint ist und nicht die im Rahmen der ambulanten Gesamtversorgung zu leistende ärztliche Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten.

Desweiteren ist die zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung außerhalb der städtischen Ballungsgebiete in der Fläche des Landes und der Peripherie ohne eine ausreichende auch investive Finanzierung unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen vielerorts nicht darstellbar.

Die einfache Bevorzugung von Krankenhäusern mit Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich, würde den Zwang zur Spezialisierung, der schon durch das DRG-System gegeben ist weiter verschärfen. Während der Ansatz in Regionen mit hoher Krankenhausedichte ggf. sinnvoll erscheint, könnten gerade die in der Versorgung unverzichtbaren Krankenhäuser in Regionen mit geringer Arzt- und Krankenhausedichte zusätzlich unter wirtschaftlichen Druck geraten. Die schon heute spürbare Folge des DRG-Systems, dass Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung ihr Leistungsangebot reduzieren, da sie gezwungen sind ihr finanzielles Heil in der fachlichen (Sub-)Spezialisierung zu suchen, würde noch verstärkt. Der Marburger Bund sieht die Notwendigkeit, dass gerade Krankenhäusern die in der Versorgung der Bevölkerung unver-

- 3 -

zichtbar sind, besonderen Vorrang haben müssen. Gerade diese Krankenhäuser brauchen für die dringend notwendigen Investitionen Mittel aus Einzelförderung nach **Artikel 14 Nr. 10**. Nach Auffassung des Marburger Bundes ist daher für in der Versorgung unverzichtbare Krankenhäuser ohne Spezialisierung im Rahmen der Einzelförderung ein „Grundversorgungszuschlag“ notwendig. Ohne die notwendige wirtschaftliche Grundlage schafft die vorliegende Regelung sonst eher einen weiteren Anreiz weg von der Grundversorgung zur Spezialisierung.

In Regionen mit hoher Krankenhausedichte hält der Marburger Bund die Förderung der Zusammenarbeit mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten für sachgerecht. Ähnlich wie vorstehend zur Festlegung von Qualitätsmerkmalen und –indikatoren vorgeschlagen wäre es sinnvoll auch hier auf die Kooperation der Krankenhäuser zu setzen und dabei den Einigungsdruck durch zeitliche Vorgaben zu erhöhen.

4. Die mit **Artikel 14 Nr. 7** vorgesehenen Änderungen, insbesondere die Implementierung von Mindestfallzahlen in den Rahmenvorgaben begegnet erheblichen medizinischen wie auch systematischen Bedenken.

Mit der Zuordnung der Festlegung von Mindestfallzahlen in den Rahmenvorgaben wird dieser Bereich der fachlichen Beurteilung durch die Betroffenen entzogen. Es bedarf aus unserer Sicht zumindest einer Mit-Entscheidung durch den Landesausschuss. Selbst die Verlagerung auf die Ebene der regionalen Planungskonzepte wäre insoweit nicht ausreichend, weil dort die ärztliche Fach- und Sachkompetenz, wie sie durch die Ärztekammern vertreten wird, nicht repräsentiert ist. Die Vorgabe von Mindestfallzahlen begegnet aber auch erheblichen inhaltlichen Bedenken, weil es wissenschaftlich belastbare evidenzbasierte Erkenntnisse wenn überhaupt nur in verschwindend geringer Menge gibt. Dem stehen aber auch Kenntnisse entgegen, dass besonders hohe Fallzahlen zu Qualitätsverlusten führen können.

Die Festlegung von Mindestfallzahlen birgt zudem die nicht unbeträchtliche Gefahr einer an solchen Vorgaben ausgerichteten Indikationsstellung und damit einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung.

Die Festlegung von Mindestfallzahlen im Zusammenhang mit den Rahmenvorgaben des Krankenhausplanes begegnen auch rechtlichen Bedenken in Bezug auf die Justiziabilität dieser Festlegung.

Der Marburger Bund weist daraufhin, dass die Qualität der Versorgung vor allem von einerseits der Anzahl und andererseits des Aus- bzw. Weiterbildungsstandes des Personals abhängt. Statt Mindestzahlen hält der Marburger Bund sinnvolle Personal-Anhalts-Zahlen für notwendig. Diese müssen allerdings entsprechend refinanziert werden.

5. Die in **Artikel 14 Nr. 8** vorgesehene zeitliche Straffung des Verfahrens zur Erarbeitung regionaler Planungskonzepte ist ein begrüßenswerter Ansatz, wir schließen uns der Auffassung der beiden Ärztekammern an, dass eine weitere Optimierung des Verfahrens darin zu sehen wäre, die Beteiligten nach § 15 KHGG frühzeitiger als bisher über das Verfahren zu informieren. Das

- 4 -

könnte beispielsweise bereits zu dem Zeitpunkt geschehen, in dem die Einigung bzw. Nichteinigung über ein regionales Planungskonzept dem Ministerium durch die Beteiligten mitgeteilt wird.

6. Auf die Streichung einer erneuten Stellungnahme in **Artikel 14 Nr. 8 lit c)** könnte verzichtet werden wenn durch Angabe einer klaren Frist das Verfahren beschleunigt würde. Dies könnte nicht nur zu einer höheren Akzeptanz führen, sondern auch Planungsfehler vermeiden.
7. Die in **Artikel 14 Nr. 9 lit. a)** vorgesehene Ergänzung der Feststellungen im Krankenhausplan findet unsere Zustimmung insoweit sich die Festlegung an Gebieten und einzelnen Schwerpunkten analog der Weiterbildungsordnung orientiert. Die weitergehende, sich auf einzelne Leistungsbereiche erstreckende Definition des Versorgungsauftrages hält der Marburger Bund nicht für sachgerecht. Eine Beschränkung hinsichtlich einzelner Leistungsbereiche würde aus Sicht des Marburger Bundes einen weitgehenden Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit im Einzelfall bedeuten, insbesondere wenn man dies an der bestehende Sanktionsmöglichkeit in §16 Absatz 2 KHGG (Herausnahme aus dem Krankenhausplan) bemisst. Darüberhinaus würde ggf. die Versorgung im Einzelfall verschlechtert bzw. unmöglich gemacht.
8. Die mit **Artikel 14 Nr. 10** vorgesehene Wiedereinführung der Einzelförderung lässt die Bedenken gegen das frühere Verfahren der Einzelförderung naturgemäß wieder aufleben. Mit der durch die geplante Änderung entstehenden dreigliedrigen Investitionsförderung ließen sich diese Risiken aber möglicherweise in Grenzen halten. Hier ist eine begleitende Evaluierung allerdings unerlässlich.

Ebenso unerlässlich ist die durch den Gesetzgeber vorzunehmende Vorgabe, dass die jetzt wieder eingeführte Einzelförderung auch tatsächlich zusätzlich erfolgt und nicht unter Verrechnung der (Bau-)Pauschale und der Förderung kurzfristiger Anlagegüter. Soweit ist eine routinemäßig Berichtspflicht über die entsprechenden Fördervolumina die Mindestanforderung.

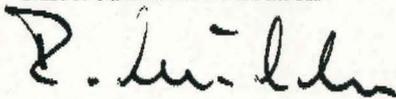
Hinsichtlich der Einzelförderung "Grundversorgender" Krankenhäuser sei hier auf Punkt 3 verwiesen.
9. Selbst wenn die bisher in § 31 Abs. 4 KHGG enthaltene Regelung eine rechtliche Selbstverständlichkeit bedeutet, so ist die Streichung dieser Regelung mit Sicherheit das falsche Signal.
10. Über die geplanten Änderungen hinaus fordert der Marburger Bund im Rahmen des Krankenhausgestaltungsgesetzes unter anderem folgende Punkte zu regeln:
 - a) Im Hinblick auf die Trägervielfalt in Nordrhein-Westfalen bedarf es auch eine gesetzgeberische Reaktion auf die trägerspezifisch unterschiedlichen Arbeits- und Vergütungsbedingungen. Die Mehrzahl der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, insbesondere die konfessionellen Krankenhäuser, sind nicht tarifgebunden, sie stehen aber mit den tarifgebunden Kran-

- 5 -

kenhäusern in einem unmittelbaren auch wirtschaftlichen Wettbewerb. Insofern ist es erforderlich, diesem Umstand auch im Rahmen der Investitionsfinanzierung zu berücksichtigen. Es muss dem Effekt entgegengewirkt werden, dass Krankenhäuser Investitionen, für die das Land als Kostenträger zuständig ist, aus den Betriebskosten finanzieren. Die Möglichkeiten nicht tarifgebundener Arbeitgeber auf Kosten der Arbeitsbedingungen Betriebskosten in den investiven Bereich umzulenken sind vielfältiger als bei tarifgebundenen Arbeitgebern. Die Folge sind schlechte Arbeitsbedingungen mit schlechter Qualität der Versorgung. Diese würden den Zielen der angestrebten Änderungen des KHHG widersprechen.

- b) Wir betrachten es nach wie vor als notwendig, die in den 1980er Jahren entfallene Regelung zur Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter an den Honorareinnahmen aus wahlärztlichen Leistungen wieder einzuführen. Hierbei muss es ähnlich wie in rheinland-pfälzischen Krankenhausgesetz gleichgültig sein, wem diese Einnahmen zustehen, dem leitenden Arzt oder dem Krankenhausträger. In jedem Fall ist es aber analog den Vorgaben beispielsweise des rheinland-pfälzischen Landeskrankenhausgesetz erforderlich, alle Ärztinnen und Ärzte angemessen an den Honoraren dieser wahlärztlichen Leistung zu beteiligen, soweit sie an deren Erbringung beteiligt sind.

Mit freundlichen Grüßen



(L ü b k e)