



Stellungnahme zum dritten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen in der Fassung des Gesetzentwurfes vom 29.09.2020

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und nehmen zum dritten Gesetzentwurf der Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW (KHGG NRW) in der Fassung der Gesetzesvorlage vom 29.09.2020 Stellung.

Wir haben unsere Ausführungen auf einige wenige essenzielle Punkte mit dem Ziel beschränkt, die Brüche im Gesetz und im Gesetzgebungsverfahren in folgenden Punkten aufzuzeigen:

1. Ungeeignete Grundintention der Änderung des KHGG NRW
2. Vorwegnahme der Befassung im Landesausschuss für Krankenhausplanung
3. Fehlende Berücksichtigung der Corona-Pandemie
4. Verhinderung der Weiterentwicklung der Krankenhäuser
5. Ausgewählte Einzelfragen

Zu 1. Ungeeignete Grundintention der Änderung des KHGG NRW

Dem Gesetzentwurf liegt die Idee zugrunde, dem Land wieder mehr Zugriff auf die Krankenhausstrukturen zu ermöglichen, einen „Wildwuchs“ und damit einen ruinösen Wettbewerb zu verhindern. Folgerichtig wäre es deshalb, sich nur auf die Leistungen zu beschränken, die die Eigenschaften „planbar und steuerbar“ vorweisen. Hierdurch kann eine erhebliche Reduktion der Komplexität eines Krankenhausplanes erreicht werden. Ebenso halten wir ein Herunterbrechen von Leistungsbegrenzungen in den Feststellungsbescheiden durch Ausweisung von Fallobergrenzen für nicht zielführend, wenn man das Bett als Planungsparameter abschaffen möchte, da Fallzahlen wieder in Betten und umgekehrt umgerechnet werden können. Darüber hinaus ist eine trennscharfe Fallzahlobergrenze für Krankenhäuser und Patienten kontraproduktiv. Eine Überschreitung der Fallobergrenze trotz nachgewiesener Qualität würde zum Verlust der Refinanzierung und letztlich zu Abweisungen von Patienten führen. Letzteres muss im Sinne einer gewollten Patientensouveränität vermieden werden. Vielmehr muss eine Kapazitätsplanung für eine ganze Region betrachtet werden. Die oben beschriebenen qualitativen und quantitativen Steuerungsparameter haben erheblichen Einfluss auf das Leistungsspektrum eines Krankenhauses und damit auch auf die Erlösstruktur.

Eine wirtschaftliche Folgenabschätzung für das einzelne Krankenhaus ist deshalb unbedingbar.

Zu 2. Vorwegnahme der Befassung im Landesausschuss für Krankenhausplanung

Mit Verwunderung haben wir zur Kenntnis genommen, dass im Landesausschuss für Krankenhausplanung intensive und umfangreiche Diskussionen zur Ausgestaltung des Krankenhausrahmenplanes NRW laufen, die sich insbesondere auch mit den grundlegenden strukturellen Veränderungen befassen. Beispielsweise sind qualitative Planungstiefe, Kapazitätsplanung und Wirtschaftlichkeit miteinander interdependente Fragestellungen, die derzeit im Landesplanungsausschuss besprochen werden bzw. noch mit offenem Ergebnis besprochen werden müssen. Die Diskussionen sind bei weitem nicht abgeschlossen.

Trotzdem wird ein Gesetzentwurf eingebracht, der diese Diskussionen vorwegnimmt und damit eine Auseinandersetzung unmöglich macht.

Vor diesem Hintergrund halten wir die vorgelegte Gesetzesinitiative für verfrüht.

Zu 3. Fehlende Berücksichtigung der Corona-Pandemie

Aus unserer Sicht ist es in der aktuellen Pandemiesituation, die seit dem Frühjahr das öffentliche Leben und den Krankenhausalltag dominiert, schwer vermittelbar, ein Gesetz einzubringen, das eine intensive Auseinandersetzung mit diesem Pandemiegeschehen gänzlich vermissen lässt. Nach unserer Einschätzung muss zunächst das Ende der Pandemie erreicht werden, um sachgerecht eine Auswertung dieses Geschehens vornehmen zu können. Bis dahin verbietet es sich, grundlegende Änderungen im bestehenden Krankenhausversorgungssystem vorzunehmen, insbesondere, weil mit dieser Änderung ein Paradigmenwechsel (Weg-vom-Bett) verbunden ist. Einer der ursprünglichen Ansatzpunkte für diese Krankenhausreform war es, einen vermeidlichen Kapazitätsüberhang zu beseitigen. Die Corona-Pandemie zeigt aber, dass in einem Ernstfall – wie jetzt eingetreten – das Gesundheitssystem schon während der zweiten Epidemie-Welle an seine Grenzen gerät, weil die vorhandenen Kapazitäten überbeansprucht werden.

Es ist nicht erkennbar, dass ein beseitigungswürdiger Kapazitätsüberhang vorhanden ist.

Zu 4. Verhinderung der Weiterentwicklung der Krankenhäuser

Es fehlt die Möglichkeit, neue und/oder andere Leistungsbereiche und Leistungsgruppen aufzubauen. Dieser Schritt kann notwendig sein, wenn beispielsweise ein Chefarzt wechselt und der neue Arzt besondere andere Qualifikationen aufweist. Hierdurch wird es zwangsläufig zu einer Veränderung des Angebotes kommen. Ist diese Möglichkeit nicht gegeben, wird es schwer, eine Nachfolge zu finden oder eine Weiterentwicklung zu ermöglichen; in dieser Phase ein

regionales Planungskonzept zu initiieren, ist lebensfern und würde erzwingen, strategische Geschäftsgeheimnisse im Vorfeld zu offenbaren. Zudem kann es zu einer Versorgungslücke im zugewiesenen Versorgungsegment kommen, wenn es aus den vorgenannten Gründen nicht zu einer Neubesetzung kommt oder Spezialisten ausscheiden. Eine Notwendigkeit neue Leistungsgruppen aufzubauen ergibt sich aber auch in anderen Konstellationen. Es ist denkbar, dass sich durch neue Behandlungsmethoden medizinische Abläufe so verändern, dass schwierige Behandlungen erheblich verändert werden und so eine Behandlungsmethode einer wesentlich größeren Patientenklientel verfügbar gemacht werden kann. Als Beispiel dürfen wir auf die Entwicklungen in der Urologie verweisen oder aber auf minimalinvasive Operationstechniken. Durch verringerte Risiken können auch Patienten behandelt werden, denen eine Behandlung bisher verschlossen war. Im Übrigen sind die Inhalte medizinischer Behandlungen kontinuierlichen Anpassungsprozessen unterworfen, die sich ebenso in den Zuweisungen des Krankenhausplanes niederschlagen müssten. Diese Anpassungsprozesse erfordern durch die Planungskonzepte einen erheblichen bürokratischen Aufwand, der überflüssig ist.

Die Möglichkeiten von Weiterentwicklungen darf durch die Vorgaben des Krankenhausplans nicht verhindert werden

Zu 5. ausgewählte Einzelfragen

5.1 § 10 Rettungswesen, Großschadensereignisse und Katastrophenlagen

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass eine der Säulen der stationären Akutversorgung das Vorhalten von

- personellen Ressourcen,
- räumlichen Ressourcen und
- sächlichen Ressourcen ist.

Hierbei müssen diese Ressourcen einen Querschnitt des gesamten medizinischen Systems abbilden, um in vielfältigen Bedarfssituationen medizinische Kompetenz anbieten zu können. Die Corona-Pandemie fordert hierbei nur einen Teilaspekt des vorzuhaltenden medizinischen Spektrums ab. Andere Bedarfe wären bei Katastrophen und Großschadensereignissen, aber auch bei anders gelagerten Pandemien, anzufordern. Dramatisch würde die Situation dann werden, wenn mehrere Anforderungen gleichzeitig erfolgen. Ein Vergleich mit den Gesundheitssystemen anderer Länder, z. B. mit dem bisher hochgelobten, jetzt aber kollabierenden Schweizer System, zeigt, dass das deutsche Gesundheitswesen zumindest bislang stark genug war, die notwendigen medizinischen Ressourcen anzubieten.

Besonders gut lässt sich die Inkonsistenz des Gesetzentwurfes anhand des geänderten § 10 (Rettungsdienst und Großschadensereignisse) darstellen. In § 10 Abs. 1 KHGG NRW n.F.

heißt es ausdrücklich: “Das Krankenhaus ist verpflichtet, (...) die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gegliederten freien Behandlungskapazitäten zu melden“.

Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sind nach OPS und ICD zu definierende Einzelleistungen. Die Rettungsleitstelle wird im konkreten Notfall aber nicht in der Notaufnahme des potentiell aufnehmenden Notfall-Krankenhauses anfragen, ob bestimmte Leistungskontingente – denn dies wäre der folgerichtige Schluss – verfügbar sind, sondern sie wird fragen, ob akut genügend Plätze, genügend medizinisches Fachpersonal und die notwendigen Geräte und Einrichtungen, also Quantitäten, verfügbar sind. Konsequenterweise finden sich dann im weiteren Gesetzentwurf immer wieder Korrekturmechanismen, die es ermöglichen, auch Kapazitätsmaßstäbe, wie „das Bett“ im Krankenhausplan wiederzugeben. Diese Korrekturmechanismen nicht nur im Bereich des Rettungswesens, sondern auch an anderen Stellen immer wieder zu finden. Deshalb ist festzustellen, dass der Weg „Weg-vom-Bett“ offensichtlich gar nicht konsequent möglich ist, denn sonst wären diese Auswege nicht in den Gesetzentwurf eingeflossen.

Die Folgefrage liegt auf der Hand. Weshalb wird mit einem immensen Aufwand ein Gesetzgebungsverfahren durchgeführt, um grundlegend in die planerische Systematik einzugreifen, wenn zugleich festgestellt werden muss, dass der eingeschlagene Weg in seiner Konsequenz nicht zu gehen ist und die bisherige Systematik die Bedarfe hinreichend abbildet.

5.2 Bevorratung im KH

Unserer Ansicht nach ist es sinnvoll gem. § 10 Abs. 2 KHGG NRW n.F., die Vorhaltung von Arzneimitteln, Schutzmaterialien und weiteren Bedarfen auf das Krankenhaus zu verlagern, weil hier durch den stetigen Verbrauch für eine kontinuierliche Erneuerung der Bestände gesorgt wird. Um allerdings einen reibungslosen Ablauf dieser Bevorratung sicherzustellen, müssen klare Regelungen zur Finanzierung gefunden werden, da es sich hierbei um Bestände handelt, die unterschiedlich zu finanzieren sind. Die Vergangenheit hat wiederholt gezeigt, dass Finanzierungsversprechen nicht eingehalten worden sind.

5.3 Weitergehende Leistungspflichten

In § 16 Abs. 1 KHGG NRW n. F. finden sich in Satz 4 und 5 Ausführungen, auf die wir kurz eingehen wollen. Die Pflicht zur Versorgung in Notfällen ist ureigenes Aufgabengebiet der Krankenhäuser. Jedoch diese Pflicht auf andere Leistungen, die während einer Behandlung notwendig werden, zu erstrecken, erscheint uns zu weitgehend. Hierdurch entsteht eine Unwägbarkeit hinsichtlich des Versorgungsauftrages, in dem dieser in jede beliebige Richtung geöffnet werden kann. Ob sich eine derartige Pflicht auch faktisch abbilden lässt, können wir derzeit nicht sagen. Kritisch wird es aber für die Krankenhäuser, wenn es zum Streit über den Begriff „notwendig“ kommt. War eine Leistung wider Erwarten nicht im Rahmen des Behandlungsfalles notwendig, so war sie möglicherweise nicht vom Versorgungsauftrag umfasst und ist möglicherweise in der Finanzierung gefährdet.

5.4 Anzeigepflicht bei geplantem Wechsel in der Trägerschaft

In § 16 Abs. 4 KHGG NRW n.F. finden sich neue Regelungen hinsichtlich des Wechsels in der Trägerschaft. Nach unserer Einschätzung finden sich in der Formulierung zwei Problemstellungen.

Der Begriff „Wechsel in der Trägerschaft“ kann technisch oder untechnisch verstanden werden. Beispielsweise wäre die Übernahme eines Krankenhauses durch einen anderen Träger wohl ein Trägerwechsel im Sinne des § 16 Abs. 4 KHGG NRW neue Fassung. Andererseits würde die Übernahme der Gesellschaftsanteile der Krankenhaus-GmbH nichts an der Trägerschaft einer GmbH an dem Krankenhaus ändern. Warum diese beiden Fälle unterschiedlich gehandhabt werden sollen, erschließt sich uns nicht. Es ist aber auch nicht zu erkennen, worin eine Gefährdung des Versorgungsauftrages, denn dies ist wohl die Hintergrundüberlegung, liegen soll, wenn ein Träger das Krankenhaus von einem anderen Träger übernimmt.

Völlig unverständlich ist uns in diesem Zusammenhang die Anzeigepflicht, es heißt dort: „sobald eine hinreichend konkrete Wechselabsicht besteht“. Das Interesse an der Kenntnis des Zeitpunktes können wir durchaus nachvollziehen, jedoch fällt es schwer, diesen Zeitpunkt sachrichtig zu bestimmen. Eine „konkrete Absicht“ kann bereits dann gesehen werden, wenn erste Überlegungen bzw. Sondierungen stattfinden. Bekanntermaßen sind aber Verträge so lange offen, bis sie unterzeichnet sind. Der Sinn liegt darin, dass die Entscheidung eben bis zum letzten Augenblick offen ist. Eine Geheimhaltung ist manchmal schon aus marktstrategischen Erwägungen zwingend geboten, weil möglicherweise durch ein verfrühtes Bekanntwerden der Vertragsschluss verhindert wird. Unserer Ansicht nach ist diese Regelung nicht erforderlich, da der Versorgungsauftrag des Krankenhauses durch die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan hinreichend definiert ist und der Wechsel in der Trägerschaft hieran nichts zu ändern vermag.

5.5 Ausgleichszahlungen nicht für aufgegebene Leistungsgruppen?

In § 24 Abs. 1 KHGG NRW n.F. können wir nicht nachvollziehen, weshalb für Leistungsbereiche Ausgleichszahlungen gewährt werden, für Leistungsgruppen aber nicht. Leistungsgruppen können in Krankenhäusern durchaus große Bereiche ausmachen, die mit erheblichen Investitionen und erheblichem Ressourcenaufbau einhergehen.

Wir betonen ausdrücklich das Interesse der in der verbandlichen Caritas zusammengefassten katholischen Krankenhäuser, weiterhin nicht nur in der Daseinsvorsorge aktiv zu gestalten und Verantwortung zu übernehmen, sondern auch verlässliche Partner sowohl für die Politik als auch für Patientinnen und Patienten zu sein.

Auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW) weisen wir eigens hin und schließen uns dieser voll umfänglich an. Ergänzend ist das Positionspapier der Caritas in NRW zur Zukunft der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen vom 24.08.2020 beigefügt.

Münster, 26. November 2020

Diözesancaritasverbände Nordrhein-Westfalen

Heinz-Josef Kessmann

Sprecher der Diözesancaritasdirektoren NRW

Anlagen

- Position „Zukunft der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen“
- Factsheets

Ansprechpartner_innen in den fünf Diözesancaritasverbänden in Nordrhein-Westfalen:

Caritasverband
für das Bistum Aachen e.V.
Elke Held
Tel.: 0241/431111

Caritasverband
für das Bistum Essen e.V.
Tapio Knüvener
Tel.: 0201/81028132

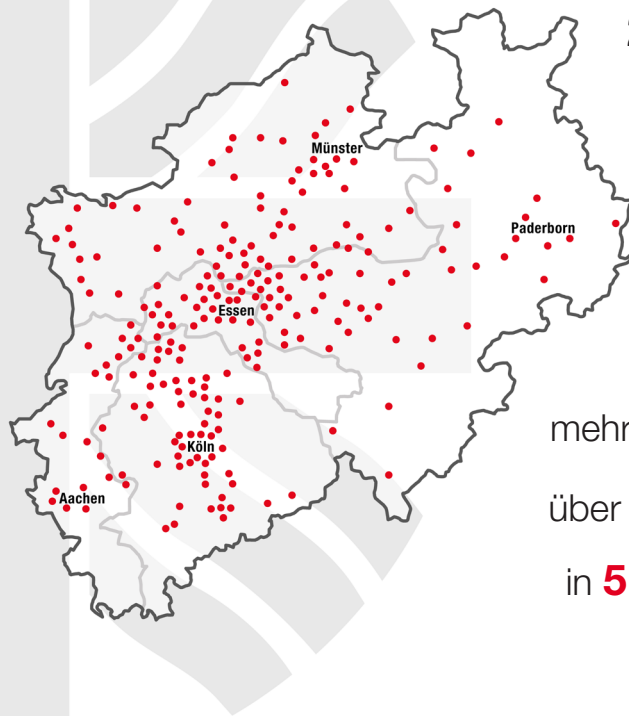
Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.
Peter Brüssel
Tel.: 0221/2010244

Caritasverband
für die Diözese Münster e.V.
Marcus Proff
Tel.: 0251/8901202

Caritasverband
für das Erzbistum Paderborn e.V.
Andrea Klausning
Tel.: 05251/209243

caritas Not sehen und handeln

Katholische Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen



200 Krankenhausstandorte

in **80** Trägerschaften

über **52.000** Betten

über **2,25 Millionen**
Patientinnen und Patienten
(Fallzahlen)

mehr als **120.000** Beschäftigte

über **15.900** Ausbildungsplätze

in **5** Diözesan-Caritasverbänden

Unser zentrales Anliegen

Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen und
werteorientierten Gesundheitsversorgung mit den
Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt



Caritas in NRW

Diözesan-Caritasverbände
Aachen Essen Köln Münster Paderborn

Die katholischen Krankenhäuser in NRW sind verlässliche Partner für eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung im Land. Die Kliniken in Trägerschaft von Ordensgemeinschaften, Kirchengemeinden und katholischen Stiftungen und ihre zahlreichen Mitarbeitenden übernehmen tagtäglich die Verantwortung für die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten.

Mit dem **Positionspapier zur Zukunft der Krankenhäuser in NRW** fordert die Caritas:

1. Sicherung und Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft
2. Interdependenz zwischen Krankenhausplanung und Finanzierung beachten
3. Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung sind Landesaufgabe
4. Abkehr von der Kapazitätsplanung und Übergang zur Planung nach Qualitätskriterien
5. Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch Krankenhäuser
6. Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung
7. Digital zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung

Unser vollständiges Positionspapier finden Sie hier



Caritas in NRW

Diözesan-Caritasverbände
Aachen Essen Köln Münster Paderborn

Position

Zukunft der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen

Die katholischen Krankenhäuser stellen im Kernbereich des Gesundheitswesens die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen sicher. Sie tragen Sorge für die erforderliche Diagnostik, Therapie, Pflege und Ausbildung. Im Mittelpunkt des Auftrages kirchlicher Einrichtungen steht eine ganzheitliche Versorgung, die die körperlichen, psychischen und seelischen Belange kranker Menschen beachtet und menschliche Zuwendung in die Behandlung einbringt. Krankenhäuser tragen eine hohe gesellschaftliche Verantwortung, da sich gerade bei Krankheit und Tod zeigt, welche Werte und ethische Grundhaltungen eine Gesellschaft lebt. Während der Covid-19-Pandemie haben dramatische Bilder aus ausländischen Hotspot-Regionen gezeigt, dass ethische Dilemmata entstanden sind. Für katholische Krankenhäuser bietet das christliche Menschenbild in solchen Ausnahmesituationen eine gute Orientierung, jedes Leben ist gleichwertig. Katholische Krankenhäuser leben dieses Menschenbild und schaffen unter anderem durch den besonderen Stellenwert der Seelsorge einen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten, für deren Angehörige und die Mitarbeitenden.

Die Trägerlandschaft im katholischen Krankenhausbereich ist vielfältig, die Angebote reichen von der Spitzenmedizin bis hin zur Grundversorgung mit weitläufigem Einzugsbereich zunehmend in leistungsfähigen, großen und größten Verbänden. Diese Verbände haben unter Nutzung ehemals solitärer Ressourcen neue Strukturen geschaffen, die häufig regional zentriert und hinsichtlich der Leistungsangebote konzentriert, hinsichtlich der Standorte aber dezentral organisiert sind.

Der staatliche Sicherstellungsauftrag ist Ausdruck der durch das Grundgesetz geforderten Verantwortung für eine quantitativ und qualitativ gute gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Dass die Menschen in Deutschland und Nordrhein-Westfalen immer älter werden, ist eine positive Entwicklung und ein Indikator für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Hieraus erwachsen neue Herausforderungen, denen sich das Gesundheits- und Pflegewesen insgesamt strukturell stellen muss. Die 200 katholischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen leisten schon jetzt einen erheblichen Beitrag dazu. Gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung ist

**Herausgegeben von den
Diözesan-Caritasverbänden in
Nordrhein-Westfalen:
Aachen, Essen, Köln,
Münster und Paderborn**

Caritasverband
für das Bistum Aachen e.V.
Elke Held
Tel.: 0241/431111

Caritasverband
für das Bistum Essen e.V.
Tapio Knüvener
Tel.: 0201/81028132

Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.
Peter Brüssel
Tel.: 0221/2010244

Caritasverband
für die Diözese Münster e.V.
Marcus Proff
Tel.: 0251/8901202

Caritasverband
für das Erzbistum Paderborn e.V.
Andrea Klausning
Tel.: 05251/209243

eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung unentbehrlich für moderne Gesellschaften. Dezentrale Strukturen helfen, Großschadensereignisse beherrschbarer zu machen. Bei einem pandemischen Ausbruch können Häuser beispielsweise als Backup oder Rückfalllinie für ein anderes Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung zur Verfügung stehen oder die komplette Notfallversorgung übernehmen. Die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen hat sich in der Corona-Krise als elastischer und flexibler erwiesen als zentralisierte Strukturen in Nachbarländern. Dieser wichtige Vorteil darf nicht verspielt werden, in dem weiterhin auf einen „kalten“ Strukturwandel gesetzt wird und Klinikkapazitäten über Wettbewerbsdruck abgebaut werden.

Darüber hinaus sind Krankenhäuser neben ihrer medizinischen und pflegerischen Kompetenz oftmals nicht nur die größten Arbeitgeber vor Ort, sondern entwickeln eine ausgesprochen positive Wachstums- und Beschäftigungsdynamik. Es hat sich gezeigt, dass der Krankenhaussektor ein Motor für Innovationen und gleichzeitig ein wichtiges Einsatzfeld für viele High-Tech-Entwicklungen ist. Die Gesundheitsbranche bietet zudem große Wachstumspotentiale für die Zukunft und ist ein Stabilisator der Volkswirtschaft. Nicht zuletzt hat das gut ausgebaute Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen der Wirtschaft in der Corona-Krise den „Rücken gestärkt“ und geholfen, schärfere Lockdown-Maßnahmen zu verhindern. Andere Länder mit einer weniger guten Klinikinfrastruktur mussten ihre Wirtschaft wesentlich stärker zurückfahren.

Vor diesen Hintergründen bleibt eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser zu gewährleisten. Grundlage ist eine ausreichende Finanzierung sowohl der Investitionskosten als auch der Betriebskosten. Die Länder müssen auch künftig die krankenhauplanerische Letztverantwortung für die stationäre Versorgung haben. Diese Verantwortung und die sozialstaatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge kann nicht an Dritte, auch nicht an Krankenkassen, delegiert werden. Krankenkassen stehen in der Finanzierungsverantwortung, nicht aber in der Versorgungsverantwortung. Anzuerkennen ist, dass in unserem vom Sozialstaatsprinzip geprägten Versorgungssystem eine unmittelbare Abhängigkeit zwischen Finanzierung und Leistungserbringung besteht.

Alleinige Aufgabe der Krankenhausplanung ist es, die Versorgung sicherzustellen. Ökonomische Erwägungen dürfen in diesem Zusammenhang nur eine nachgeordnete Rolle spielen. Die Caritas in Nordrhein-Westfalen sieht aber ihre Mitgliedseinrichtungen zunehmend in diesem Spannungsverhältnis aus Versorgungspflicht und unzureichender Finanzierung. Nach unserer Einschätzung besteht dringender Handlungsbedarf, da einerseits ein Substanzverzehr und andererseits inzwischen spürbar negative Auswirkungen auf die Mitarbeitenden festzustellen sind. Versorgungsauftrag, Budgetverhandlung und Rechnungsstellung müssen in ihrer Abfolge und Priorität wieder rechtssicher und verlässlich werden. Wir beobachten jedoch einen Verlust der Konsenskultur mit äußerst negativen Folgen für die gemeinsame Zielsetzung der Versorgungssicherung.

Die zukunftsfähige Ausgestaltung der Versorgungslandschaft muss gemeinsames Ziel sein. Für die Krankenhausplanung bedarf es insbesondere zu folgenden Punkten einer Positionierung:

1. Krankenhäuser stärken - Sicherung und Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft

Das DRG¹-System ist eingeführt worden, um unter anderem auch den Wettbewerb zu stärken. Der Wettbewerb findet aber seine Grenzen, wenn er dem Wohl der Patientinnen und Patienten entgegensteht. Krankenhausplanung ist so zu gestalten, dass der Wettbewerb um Art, Umfang und Qualität der Leistungen zu Gunsten der Patientinnen und Patienten gefördert wird. Unter diesem Aspekt muss den Krankenhäusern der erforderliche Freiraum zur Weiterentwicklung ihrer Leistungsspektren eingeräumt werden. Der Wegfall der Teilgebieteplanung sowie der Schwerpunktplanung hat unstreitig zu einer Flexibilisierung in der Leistungsstruktur der Krankenhäuser geführt. Jedoch sind durch die Möglichkeit des Aufbaus von zusätzlichen Leistungsbereichen innerhalb der Gebiete unerwünschte Effekte – wie Fehlallokationen – zu beobachten. Die ökonomische Freiheit des einzelnen Krankenhauses, sein Leistungsspektrum auf dem Verhandlungsweg zu definieren, muss dort ihre Grenzen finden, wo die flächendeckende Versorgung beeinträchtigt, beziehungsweise ein versorgungsgefährdender Wettbewerb ausgelöst wird. Sowohl in Leistungsgebieten als auch in Regionen, in denen die Vorhaltung von Versorgungskapazitäten (insbesondere Notfallversorgung und Intensivkapazitäten) unbedingt geboten ist oder aber ein Versorgungsmangel beziehungsweise eine Unterversorgung droht, darf der Versorgungsauftrag auf keinen Fall in die Disposition von Kostenträgern oder wirtschaftlichen Interessen gestellt werden.

Wir fordern, Wettbewerb „ja“, aber nicht zu Lasten der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Eine sich verändernde Versorgungslandschaft bedarf einer kontinuierlichen Beobachtung, Bewertung und erfordert gegebenenfalls den Eingriff der Planungsbehörde.

2. Versorgung verantwortlich gestalten – Interdependenz zwischen Krankenhausplanung und Finanzierung beachten

Krankenhäuser sind komplexe Systeme, die die Vorhaltung der Grund- und Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung, die Notfallversorgung sowie ergänzende Leistungsangebote gewährleisten. Dies geschieht jeweils in Abhängigkeit der Bedarfe der Bevölkerung sowie des Angebots weiterer Versorgungsstrukturen.

Dieses komplexe System ist 24 Stunden an sieben Tagen die Woche unabhängig von der jeweiligen Auslastung vorzuhalten. Wie bei der Feuerwehr muss auch in Krankenhäusern das Vorhalten von Personal und Technik unabhängig von der konkreten Inanspruchnahme finanziert werden. Ein faires Vergütungssystem muss die hierfür anfallenden Kosten mit einbeziehen. Das derzeitige DRG-System berücksichtigt Vorhaltekosten allerdings nur unzureichend.

Diese Unterfinanzierung von Vorhaltekosten verschärft sich zusätzlich, wenn aus dem Leistungsspektrum punktuell planbare Leistungen durch Krankenhausplanung und weitere reglementierende Eingriffe, beispielsweise durch Gesetzgebung, Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder durch Rechtsprechungen selektiv herausgenommen werden.

¹ Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen

Es ist sicherzustellen, dass sowohl für Notfälle als auch für planbare Leistungen die gleichen pauschalen Vergütungen gewährt werden. Da die Kostenstruktur der einzelnen Fälle aber höchst heterogen ist, muss eine Mischkalkulation und damit eine Quersubventionierung stattfinden, die eine wirtschaftliche Leistungserbringung erst ermöglicht. Eine nicht auskömmlich finanzierte Notfallversorgung, die regelmäßig im Verfügbarhalten von ausreichenden Kapazitäten besteht, ist nicht ohne einen regulären Krankenhausbetrieb mit planbaren Leistungen möglich. Eine einseitige Aushöhlung des Einen gefährdet das Andere und kann insgesamt zu einer Gefahr für das Versorgungssystem werden. Aufgrund der Einführung eines gestuften Systems von Notfallstrukturen werden Krankenhäuser, die keiner Stufe zugeordnet werden, sogar finanziell benachteiligt; sie müssen Abschläge pro Fall hinnehmen. Auch diese Krankenhäuser dürfen keine Notfallpatienten ablehnen und sind zur Erstversorgung verpflichtet.

Wir fordern die Beachtung der Wechselwirkungen zwischen den unterschiedlichen Leistungsbereichen. Konzentrationen von Leistungen bedürfen einer Folgenabschätzung für die Funktionsfähigkeit des Versorgungssystems im Ganzen. Das Land Nordrhein-Westfalen soll sich dafür einsetzen, dass Defizite durch nicht refinanzierte Vorhaltekosten außerhalb des DRG-Systems auszugleichen sind.

3. Qualität und Transparenz weiterentwickeln – Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung sind Landesaufgabe

Die katholischen Krankenhäuser stellen sich der Forderung nach einer stetigen Qualitätsverbesserung und nutzen sowohl das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement als auch die externe Qualitätssicherung. Krankenhäuser unterliegen zahlreichen Verfahren, die der Qualitätsmessung, -sicherung und -verbesserung dienen. Sie lassen sich für das Gesamtkrankenhaus, für Bereiche und einzelne Prozesse zertifizieren. Sie legen die Ergebnisse in Zertifizierungs- und in Qualitätsberichten offen, so dass Patientinnen und Patienten sowie Angehörige zunehmend eine souveräne Entscheidung über die Wahl ihres Krankenhauses fällen können.

Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren. Unterschiedliche regionale Bedingungen erfordern eine differenzierte Betrachtung der Planungsnotwendigkeit. Zu berücksichtigen sind beispielsweise Standort, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit ambulanter, vor- und nachstationärer Versorgungsangebote, Pflege, aber auch die regionale Verfügbarkeit anderer stationärer Fachgebiete. Diese Aspekte kann nur das Land sachgerecht berücksichtigen und in einer Krankenhausplanung umsetzen. Denn das Land muss eine Struktur schaffen, die es ermöglicht, die richtige Leistung, in der richtigen Ausprägung, am richtigen Ort in Anspruch nehmen zu können.

Die Caritas in Nordrhein-Westfalen sieht die Vorgaben des G-BA und des DIMDI² kritisch, weil diese zum Teil massiv in die Hoheit des Landes im Bereich der Krankenhausplanung eingreifen und mit ihrer Zielsetzung und Wirkung nicht mit den regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen korrelieren.

² Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

Die Parallelsysteme zur Qualitätssicherung unterlaufen die Planungshoheit des Landes. Dies widerspricht dem Interesse der Patientinnen und Patienten, da einschränkende und pauschale Qualitätsvorgaben ohne Berücksichtigung der regionalen Einordnung zu Fehlallokationen führen, wenn die Versorgungsbedarfsentscheidung des Landes hierdurch abgeändert wird.

Wir fordern, die Zuordnung von Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung ausschließlich in die Entscheidungshoheit des demokratisch legitimierten Gesetzgebers des Landes Nordrhein-Westfalen zu legen und nicht in „die Hände“ des G-BA und/oder des DIMDI.

4. Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken – Abkehr von der Kapazitätsplanung und Übergang zur Planung nach Qualitätskriterien

Eine transparente qualitätsorientierte Krankenhausplanung entspricht dem Wunsch der Patientinnen und Patienten nach einer bestmöglichen und sicheren Versorgung. Sie wollen in den Krankenhäusern versorgt werden, die eine hohe Qualität nachweisen. Kapazitätsbegrenzungen, wie die Festlegung von Planbetten oder Leistungsmengen, unterlaufen die gewünschte Steuerung von Patientinnen und Patienten durch Qualitätskriterien in die richtigen Krankenhäuser, da sie lediglich einseitig auf die quantitative Erfassung von Leistungen abzielen. Qualitative Vorgaben können hier eine deutlich bessere Steuerungswirkung entfalten, weil sie letztlich die notwendigen Ressourcen, Prozesse und Ergebnisse definieren, ohne die die Leistung nicht erbracht werden soll. Gerade für die Patientinnen und Patienten ist dies positiv; sie können darauf vertrauen, auf eine Struktur zu treffen, die zur Leistungserbringung geeignet ist.

Wir fordern die generelle Abkehr von einer staatlichen Kapazitätsplanung und den Übergang zu einer alleinigen Planung nach Qualitätskriterien und nicht nach quantitativen Vorgaben.

5. Subsidiarität in der gestuften Versorgung – Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch Krankenhäuser

Zweck des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW) ist nach § 1 Absatz 1 eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Leistungsbereiche und -gruppen der besonderen beziehungsweise überregionalen Versorgung können grundsätzlich jedem Krankenhaus zugerechnet werden. Der Auftrag eines Krankenhauses zur überregionalen Versorgung bedeutet nicht zwangsläufig die Vorhaltung aller in Betracht kommender Disziplinen. Für Universitätskliniken hätte dies beispielsweise zur Folge, dass der Auftrag zur Forschung und Lehre nicht generell als Argument für eine vollumfängliche Leistungserbringung herangezogen werden kann. Vielmehr steht die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten immer im Vordergrund.

Um die ärztliche Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sicher zu stellen, müssen alle Krankenhäuser, einschließlich der Universitätskliniken, eine Weiterbildung in Kooperation mit umliegenden Krankenhäusern eingehen und somit eine bedarfsgerechte Versorgung unterstützen.

Wir fordern die Beteiligung aller Krankenhäuser an allen Versorgungsstufen, um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen.

6. Vom Krankenhaus zum Gesundheitszentrum – Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung

Krankenhäuser haben als wesentlicher Bestandteil der regionalen Gesundheitsversorgung eine bedeutende Aufgabe in der Koordination und Integration von Gesundheitsdienstleistungen. Die Herausforderung der Zukunft besteht darin, die hohe Versorgungsqualität auch und gerade in ländlichen Regionen aufrecht zu erhalten. In der Überwindung der Sektorengrenzen und der verbesserten Koordination der verschiedenen gesundheitlichen Angebote liegt der Schlüssel für eine zukunftssichere Entwicklung. Die Aufgabe besteht vordringlich darin, hausärztliche, fachärztliche, ambulante, stationäre sowie rehabilitative und pflegerische Behandlungsleistungen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen. Insbesondere im ländlichen Raum können Krankenhäuser durch eine ambulante Öffnung den Mangel an Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen Bereich aber auch in der ambulanten Pflege abmildern. Diese notwendige Integrationsfunktion kann insbesondere von den Krankenhäusern initiiert werden, da diese über die notwendigen sachlichen und personellen sowie über Management-Ressourcen verfügen, um eine sektorübergreifende Versorgung zu strukturieren.

Es ist daher sinnvoll, Krankenhäusern die Möglichkeit einzuräumen, sich zu Gesundheits- und Pflegezentren weiter zu entwickeln, die ambulante Leistungen erbringen und mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen (zum Beispiel Pflege/Rehabilitation/soziale Dienste) kooperieren beziehungsweise eigene Strukturen aufbauen. Versorgungszentren (MVZ³, SPZ⁴, MZEB⁵) an und in Trägerschaft von Krankenhäusern leisten bereits in diesem Sinne einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung in der jeweiligen Region. In Versorgungszentren können Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte an der ambulanten Versorgung mitwirken und eine Anstellung finden, die es ihnen erlaubt, Beruf und Familie zu verbinden. Die Einrichtung von Versorgungszentren durch Krankenhäuser trägt schließlich auch zur optimalen Nutzung kostenintensiver Ausstattung und damit zur Kostendämpfung bei. Ein logischer weiterer Schritt wäre die Zulassung von „Pflegerischen Versorgungszentren“. Hierbei sind Finanzierungsfragen zu integrieren.

Die Corona-Krise hat einige Defizite an den Schnittstellen der Sektoren offengelegt. So war festzustellen, dass die ambulanten medizinischen Versorgungsstrukturen in der Anfangsphase der Pandemie schwer ins „Schlingern“ gerieten. Aufgrund fehlender Schutzausrüstung wurden zahlreiche Arztpraxen geschlossen. COVID-19-Verdachtsfälle wurden zudem oft direkt an das nächste Krankenhaus verwiesen, um dort die notwendige Testung durchzuführen. An vielen Orten errichteten die Krankenhäuser daher in aller Eile Anlaufstellen für COVID-19-Verdachtsfälle, um diese von den übrigen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme zu separieren. Anders als von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) behauptet, bildete der ambulante Sektor in dieser ersten Phase keinen „Schutzwall“ für die Krankenhäuser, sondern ihm

³ Medizinische Versorgungszentren

⁴ Sozialpädiatrischen Zentren

⁵ Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung

wurde von den Kliniken in den Regionen „der Rücken“ freigehalten, damit sich die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf die neue Lage einstellen konnten. In dieser schwierigen Lage haben gerade in der Anfangsphase Krankenhäuser – dezentral – Tag und Nacht die Versorgungssicherheit aufrechterhalten. Um dies leisten zu können, war es von besonderer Bedeutung, dass die Kliniken für die Menschen in erreichbarer Nähe waren.

Nicht zuletzt aus dieser Erfahrung darf die Planungshoheit und die fachliche Leitung für Integrierte Notfallzentren (INZ), die an „geeigneten“ Krankenhausstandorten eingerichtet werden und im Notfall als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten dienen sollen, nicht in die Hände der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gelegt werden.

Wir fordern zur dauerhaften Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung die weitere Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung.

7. Innovation wagen – Digital zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung

Die Entwicklungen im Bereich der Informationstechniken (IT) schaffen viele neue Möglichkeiten in den Krankenhäusern. Viele Entwicklungen sind bereits umgesetzt oder angestoßen, andere warten auf ihre Implementierung. Manchmal besteht der Eindruck, die technischen Entwicklungen eilen der Umsetzung im Krankenhaus weit voraus.

Im Fokus der Krankenhäuser stehen die Menschen mit ihren Erkrankungen, Sorgen sowie Nöten und dies wird sich auch nicht ändern, denn dafür sind sie da. Scheinbar besteht hier ein Widerspruch – ein Spannungsfeld – zwischen dem Einsatz neuer Technologien, der Weiterentwicklung der Strukturen unter Berücksichtigung der neuen Möglichkeiten, aber auch zum Dienst an den Patientinnen und Patienten. Dies äußert sich in deutlichen Vorbehalten und insbesondere in der Geschwindigkeit der Einführung neuer Technologien. Eine Digitalisierung ist dann sinnvoll, wenn sie den Patientinnen und Patienten dient oder in deren Interesse ist. Wir zählen hierzu auch die Erleichterung von Arbeitsabläufen oder der Analyse von Arbeitsprozessen. Sie dienen nicht den Patientinnen und Patienten, wenn digitale Technologien zum Selbstzweck werden; wenn Daten nur um ihrer selbst willen erhoben und Auswertungen nur gemacht werden, weil „man sie machen kann“.

Auf dem Weg zu einer Weiterentwicklung der Patientenversorgung sind folgende Grundsätze zu beachten:

- Die digitale Technik ist sinnvoll, wo sie dem Wohl der Patientinnen und Patienten dient.
- Geschaffene Freiräume müssen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten verfügbar gemacht werden.
- Erhebungen und Datenerfassungen müssen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit schon vorher bewertet sein.
- Die Finanzierung muss gesichert sein.
- Staatliche Gestaltungsaufträge oder Gestaltungsmöglichkeiten müssen angenommen und zielorientiert umgesetzt werden.
- Der Patientenschutz hat Vorrang vor dem Datenschutz.