

Stellungnahme

der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)

zum Gesetzentwurf des

Dritten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 29.09.2020

1. Einleitung

Der Gesetzesentwurf enthält maßgeblich grundlegende Änderungen in der Krankenhausplanung und eine Neuregelung zur Sicherung von Patientenunterlagen nach Insolvenzen.

Die mit dem Entwurf geplanten Änderungen zur Krankenhausplanung (§§ 12 ff. KHGG NRW) sollen laut Gesetzesbegründung mit den neu zu bestimmenden Leistungsgruppen dazu dienen, die Leistungen der Krankenhäuser besser zu steuern. Mit der Koppelung an auf Bundesebene bestehende und eigene Qualitätsanforderungen soll die Versorgungsqualität gesichert werden. Ziel ist ausweislich der Gesetzesbegründung eine „*Veränderung der Krankenhauslandschaft*“, die zu einer „*Verbesserung der Versorgungsqualität*“ führen soll.

Der neu eingebrachte § 34c KHGG NRW soll dazu dienen, Patientenakten auch im Fall einer Insolvenz ausreichend zu sichern. Die Patientenakten sollen auch nach Schließung des Krankenhauses nach Maßgabe der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen sicher aufbewahrt und für die betroffenen Patienten verfügbar (Einsicht/Herausgabe) bleiben. Hierzu sollen alle Krankenhäuser Sicherungsmaßnahmen für den Fall der Insolvenz ergreifen und diese den zuständigen oberen Aufsichtsbehörden nach § 11 Abs. 4 KHGG NRW (Bezirksregierungen) im zweijährigen Rhythmus nachweisen.

2. Vorbemerkung

Am 12.09.2019 hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) mit der Vorstellung des bei der Partnerschaft Deutschland (PD) – in Kooperation mit der Lohfert & Lohfert AG und der TU Berlin – in Auftrag gegebenen Gutachtens „*Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen*“ den Startschuss für die Beratungen zur Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW gegeben. In diesem Kontext hat Minister Laumann die „*wohl größte Reform der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft seit Jahrzehnten*“ angekündigt: „*Wir wollen hier in Nordrhein-Westfalen mutig vorangehen. Wir wollen künftig Leistungsbereiche und Leistungsgruppen beplanen.*“

Ausgehend von der derzeitigen Krankenhausplanung sowie mit Blick auf das „*Grundsatzpapier zur Landeskrankenhausplanung 2019 bis 2030*“ der KGNW und unter Berücksichtigung des Positionspapiers der DKG „*Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*“ hat sich die KGNW – wie bereits in der KGNW-Pressemitteilung vom 12.09.2019 anlässlich der Vorstellung des PD-Gutachtens angekündigt – von Beginn an konstruktiv und ergebnisoffen an den Beratungen im Landesausschuss für Krankenhausplanung sowie den Arbeits- und Unterarbeitsgruppen im MAGS beteiligt.

Bereits zu Beginn der Beratungen wurden von den Planungsbeteiligten inhaltliche Bedenken im Hinblick auf eine Planung anhand von DRGs – wie sie von PD in ihrem Gutachten für das MAGS vorgeschlagen worden sind – angemeldet.

Unter anderem wurden diese inhaltlichen Bedenken durch ein Gutachten von Roeder & Partner, „Sind DRGs zur Bildung von Leistungsgruppen als Grundlage für eine Krankenhausplanung geeignet?“ im Auftrag der KGNW untermauert. Roeder & Partner kommen darin zu dem Ergebnis: „Wenn eine Krankenhausplanung unter Nutzung medizinischer Leistungsgruppen erfolgen soll, können DRGs hierfür nicht die Grundlage bilden.“

Vor diesem Hintergrund bestehen auch zu vielen Aspekten in der Ergebnisdarstellung des PD-Gutachtens, auf die die Gesetzesbegründung zum vorliegenden Gesetzentwurf zurückgreift, inhaltliche Bedenken. Diese basieren auf DRGs als Grundlage für die Neuausrichtung der Krankenhausplanung, die dazu allerdings nicht geeignet sind.

Nach einer vertieften inhaltlichen Auseinandersetzung mit der auf der Homepage des MAGS veröffentlichten Leistungsgruppen-DRG-Zuordnung zum PD-Gutachten im Landesausschuss für Krankenhausplanung sowie den Arbeits- und Unterarbeitsgruppen im MAGS erfolgte eine Abkehr von DRGs als Grundlage für die Neuausrichtung der Krankenhausplanung. Es erfolgte stattdessen eine Hinwendung zu den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern, dem vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (jetzt: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, German Modification (ICD-10-GM) und weiteren geeigneten Merkmalen als Betrachtungsebene für die Neuausrichtung der Krankenhausplanung.

In den weiteren und noch laufenden Beratungen zur Neuaufstellung des Krankenhausplans wurde der von PD vorgeschlagene Ansatz der Neukonzeptionierung auf DRG-Basis nicht weiterverfolgt. Dementsprechend ist auch im Gesetzesentwurf ein anderer Ansatz hinterlegt (in § 12 Abs. 3 Satz 6 KHGG NRW).

Aktuell laufen im MAGS die weiteren Beratungen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen auf Basis der oben genannten Merkmale. Erst im Anschluss soll dann das Thema „Krankenhauskapazitäten in NRW“, also die Klärung von Bedarfsfragen, beraten werden. Hierbei zeigen aus Sicht der KGNW die bisherigen Erfahrungen aus der Corona-Virus-Pandemie, dass Deutschland und insbesondere NRW eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat. Allen Unkenrufen zum Trotz hat sich das System in anderen Ländern, die in der Vergangenheit auch immer wieder zu Vergleichszwecken herangezogen wurden, als deutlich krisenanfälliger herausgestellt. Diese Erkenntnisse müssen bei der Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW, insbesondere im Rahmen der Klärung von Bedarfsfragen berücksichtigt werden.

Herr Minister Laumann hat in dem Kontext gegenüber dem Westfalen-Blatt am 22.08.2020 erklärt:

„Bei den Kapazitäten plädiere ich aber jetzt für einen Sicherheitspuffer. Dieser Zuschlag muss als Vorsorgeleistung finanziert werden. So eng wie vor Corona kann man nicht mehr planen. Wir müssen einen gewissen Puffer an Überkapazitäten finanzieren, damit wir in einer Krise kein Problem haben.“

3. Änderung zur Krankenhausplanung (§§ 12 ff. KHGG NRW)

Grundsätzliche Erwägungen

Das MAGS will die bisherige Vorgehensweise zur Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen zukünftig grundlegend umstellen. Das Bett soll als kapazitätsbestimmende Größe in den Hintergrund treten. Zukünftig soll über sogenannte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen geplant werden, wobei die konkrete Planung und Zuteilung von Versorgungsaufträgen über Leistungsgruppen erfolgen soll.

An die Leistungsgruppen sollen dann Qualitätskriterien geknüpft werden (Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien), wie beispielsweise die Anzahl vorzuhaltender Fachärztinnen und Fachärzte oder auch medizinisch-apparative Ausstattungsmerkmale (z. B. CT oder MRT). Ob ein Krankenhaus bestimmte Leistungsgruppen zukünftig planerisch zugewiesen bekommt und diesbezüglich Leistungen erbringen darf, hängt unter anderem von der Erfüllung der Qualitätskriterien ab.

Von Beginn an hat sich die KGNW konstruktiv und ergebnisoffen an den Beratungen im MAGS beteiligt. Im Hinblick auf den vorliegenden Gesetzentwurf ist insoweit zunächst festzustellen, dass die Einführung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen über den § 12 Abs. 3 KHGG NRW im Krankenhausplan NRW ohne die Konkretisierung der zukünftigen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen, die sich aktuell noch im Beratungsprozess befinden, nicht abschließend bewertet werden kann (vgl. auch das als **Anlage** beigefügte KGNW Pressestatement). Es kommt letztlich entscheidend darauf an, wie das zuständige Ministerium diese Rahmenvorgaben im Krankenhausplan gemäß § 12 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW konkretisiert.

Dies gilt nicht nur für die Bestimmung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen, sondern auch für die qualitativen Anforderungen (in § 12 Abs. 3 Satz 10 KHGG NRW), Qualitätsanforderungen (Mindestfallzahlen in § 13 Abs. 1 Satz 3 KHGG NRW) und vor allem für die Versorgungskapazitätsfestlegungen (§ 12 Abs. 3 Sätze 11 und 12 und § 16 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 7 und 8 KHGG NRW), inklusive der dieser zugrunde liegenden, noch im Landesausschuss für Krankenhausplanung sowie den Arbeits- und Unterarbeitsgruppen im MAGS zu beratenden Bedarfsberechnungsmethode.

Nach dem aktuellen Gesetzentwurf sollen dem MAGS in Bezug auf die oben genannten, zentralen Punkte sehr weitreichende Kompetenzen über die Rahmenvorgaben, die ein reines Verwaltungsinternum darstellen, eingeräumt werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich an verschiedenen Stellen im Gesetzentwurf die Frage, ob diese Kompetenzerräumung über die Rahmenvorgaben als Ermächtigungsgrundlage für dahinterstehende Grundrechtseingriffe ausreichen. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit die zukünftigen rechtlichen Vorgaben dem Bestimmtheitsgrundsatz des Artikel 20 Absatz 3 Grundgesetz genügen.

Zu den Aspekten im Einzelnen

Mit Blick auf die noch laufenden Beratungen zur Neuaufstellung des Krankenhausplans fehlt es aktuell naturgemäß noch an einer Synchronisierung zwischen dem Gesetzentwurf und den geplanten Rahmenvorgaben. Im weiteren Verlauf der Beratungen im Landesausschuss für Krankenhausplanung sowie den Arbeits- und Unterarbeitsgruppen im MAGS sind noch wesentliche Fragen zu klären. Hierzu gehören insbesondere

- die Erörterung von Fragestellungen zum jeweiligen Bezugsort für die Leistungsgruppen in der neuen Krankenhausplanung (Standortebene, IK-Ebene, Kooperationen),
- die Rahmenbedingungen und Vorgaben für den notwendigen Einbezug von Fachkliniken und Belegabteilungen in die neue Krankenhausplanung,
- die Methodik der Bedarfsermittlung in der neuen Krankenhausplanung
- die Sicherstellung der ländlichen Versorgung auch bei geringen Fallzahlen in der neuen Krankenhausplanung,
- die Auswirkungen der neuen Krankenhausplanung auf die Wirtschaftlichkeit der NRW-Krankenhäuser, insbesondere auf Krankenhäuser, die der Grundversorgung zuzurechnen sind.

Die Synchronität von Gesetz und Rahmenplan ist wesentlich für eine rechtssichere Umsetzung der Neuaufstellung des Krankenhausplans. So müssen zum Beispiel nach derzeitigem Stand der Beratungen folgende Aspekte im KHGG NRW konkreter in den Blick genommen werden, wobei diese aufgrund der noch laufenden Beratungen nicht abschließend sein können:

○ *Leistungsbereiche und Leistungsgruppen*

Der Versorgungsauftrag soll laut Gesetz durch Leistungsbereiche und Leistungsgruppen bestimmt werden (vgl. § 16 Abs. 1 Nr. 6 KHGG NRW). In den laufenden Beratungen zum Krankenhausplan wird aber in der „Grundarchitektur“ davon ausgegangen, dass die Leistungsbereiche nur den übergeordneten medizinischen Rahmen bilden. Die Leistungsgruppen bilden das zentrale Steuerungselement der neuen Krankenhausplanung. Die Zuteilung des Versorgungsauftrages erfolgt über die Leistungsgruppen. Bei diesen wird zwischen allgemeinen Leistungsgruppen, die sich im Wesentlichen an den Gebieten der Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe orientieren, und spezifischen Leistungsgruppen, die spezifische medizinische Leistungen (oder Leistungscluster) abbilden, unterschieden. Besondere Regelungen gelten in den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie. Den Leistungsgruppen werden qualitative Anforderungen zugeordnet.

Damit ergibt sich eine Unschärfe zur aktuellen Regelung im Entwurf. Zur Vermeidung von Missverständnissen und Rechtstreitigkeiten sollte dies aufgelöst werden.

Eine weitere Unschärfe ergibt sich beispielsweise im Hinblick auf die pädiatrische Versorgung. Wurde im Bescheid eine allgemeine Leistungsgruppe zugewiesen, darf das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebietes der WBO erbracht werden, soweit diese Leistungen nicht einer anderen Leistungsgruppe zugewiesen sind (§ 16 Abs. 1 Nr. 9 KHGG NRW). Ohne Synchronisierung zwischen dem Gesetzentwurf und den geplanten Rahmenvorgaben hätte dies nach dem derzeitigen Beratungsstand zur Folge, dass bestimmte Leistungen in der Kinderheilkunde nur dann erbracht werden können, wenn am selben Standort auch die entsprechende spezifische Leistungsgruppe in der Erwachsenenmedizin erbracht wird. Leistungen der spezifischen Leistungsgruppen sind ansonsten nicht vom Versorgungsauftrag für eine allgemeine Leistungsgruppe in der Kinderheilkunde abgedeckt.

Vor diesem Hintergrund ist es zwingend notwendig, dass etwaige Kombinationen von allgemeinen bzw. spezifischen Leistungsgruppen vom Gesetzentwurf erfasst werden (z.B. bei der Versorgung von Kindern und Erwachsenen). Zudem muss sichergestellt werden, dass Fachkrankenhäuser nicht aufgrund von Abhängigkeiten zu allgemeinen Leistungsgruppen ausgeschlossen werden.

○ *Kooperationen*

In der Vergangenheit sind nicht wenige Krankenhausträger – auch nach intensiven Verhandlungen vor Ort trägerübergreifend – der Aufforderung gefolgt, Doppelvorkhaltungen von zum Beispiel den Fachabteilungen in der Inneren und der Chirurgie an ihren Betriebsstätten aufzugeben und die Kompetenzen ihrer Krankenhausstandorte auf einzelne Standorte zu konzentrieren (Spezialisierung). Eine Vielzahl der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser haben ihr Leistungsspektrum – mit erheblichem finanziellem und organisatorischem Aufwand – somit geschärft, um Vorkhaltungen von Versorgungsleistungen in den Regionen zu optimieren. Dies nicht zuletzt auch auf wiederholte politische Appelle.

Dieser gewünschte Prozess darf – durch eine dogmatische Nutzung des Standortes als Bezugspunkt der Krankenhausplanung mit lediglich „qualitativ wünschenswerten“ Vorkhaltungselementen immer direkt am Standort selbst – mit der neuen Krankenhausplanung

nicht bestraft werden. Nur qualitativ tatsächlich notwendige Vorhaltungselemente sollten direkt am Standort selbst erfüllt werden müssen, Kooperationen sind ansonsten grundsätzlich ausreichend.

Dies gilt auch für trägerinterne Kooperationen von nahegelegenen „Standorten“, die seit Jahrzehnten im Versorgungsalltag gelebt wurden und werden und letztlich nur durch die Einführung der Standortdefinition nach § 2a KHG (die maßgeblich zur Trennschärfe für Qualitätsberichte eingeführt wurden) rechtlich getrennt wurden.

Eine Rückführung dieser Kooperationen – und auch der Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten – wird nicht dazu führen, dass bestimmte Leistungen in den Krankenhäusern nicht mehr erbracht werden, sondern nur dazu, dass die Träger die entsprechenden Strukturen (z. B. Großgeräte) an diesen Standorten wieder aufbauen müssten, um mit ihrem gesamten Leistungsspektrum in der Versorgung zu bleiben und diese sicherstellen zu können. Die genannten Kooperationen müssen auch aus wirtschaftlicher Sicht zwingend weiterhin Bestand haben.

Zudem müssen mit Blick auf die sich ausweitende Digitalisierung neue Kooperationen und Kooperationsformen gewährleistet und gesetzlich fixiert werden. Praktisch belegt das von Minister Laumann vorangetriebene und in Corona-Zeiten bereits etablierte „Virtuelle Krankenhaus“, in welche Richtung sich die medizinische Versorgung bewegt.

○ *Wirtschaftlichkeit*

Das mit dem Versorgungsauftrag bestimmte Leistungsspektrum muss finanziell auskömmlich sein. Die Herausnahme von einzelnen Leistungsgruppen aus dem bestehenden Leistungsspektrum kann aufgrund des pauschalierten Entgeltsystems zu erheblichen Verwerfungen bei den Erlösen und zu einer Unwirtschaftlichkeit führen. Es muss zwingend gewährleistet sein, dass die Erbringung des Versorgungsauftrages auch bei dem neuen Zuschnitt von Leistungen wirtschaftlich ist.

Dies muss unbedingt bei der Bestimmung der allgemeinen und spezifischen Leistungsgruppen und deren Kombinationen und vor allem bei der unmittelbaren Festlegung im Feststellungsbescheid beachtet werden. Daher müssen entsprechende Korrekturmöglichkeiten, Öffnungsklauseln sowie Ausnahmeregelungen zumindest in den Rahmenvorgaben des Krankenhausplanes aufgenommen werden. Klarstellend ist die Aufnahme einer diesbezüglichen gesetzlichen Regelung, die die Notwendigkeit der vorbezeichneten Regelungen festlegt, zu empfehlen, um Rechtssicherheit zu schaffen.

○ *Qualitätskriterien*

Qualitätskriterien (u.a. die Personalvorgaben) dürfen keinesfalls ohne eine solide und belastbare Grundlage (wissenschaftliche Studienlagen etc.) erfolgen und müssen zudem die verfügbaren Kräfte auf dem Arbeitsmarkt berücksichtigen.

Zudem sollten sich diese Vorgaben zwingend an den aktuellen Infrastrukturen der Krankenhäuser ausrichten Bestimmungen von landesspezifischen – nicht vom G-BA bestimmten Qualitätskriterien – müssen wissenschaftlich begründet sein. Um dem gerecht zu werden, müssen z.B. die Anforderungen zur Beschlussfindung des G-BA, die u. a. in dessen Verfahrensordnung festgelegt sind, beachtet werden.

Des Weiteren müssen personelle und sächliche Anforderungen (z.B. der Mindest- oder Auswahlvoraussetzungen) auch auf den Grundsatz des § 39 SGB V (Anspruch des Versicherten auf eine erforderliche Krankenhausbehandlung) ausgerichtet sein. Es kann also nur das an Qualität gefordert werden, was im Rahmen der strengen Finanzierungsregelungen – u.a. auf Basis der OPS-

Vorgaben – vergütet wird. Alle Kosten darüberhinausgehender, landesspezifischer Anforderungen müssen vom Land übernommen werden.

○ *Bedarfsermittlung*

Krankenhausplanung hat bei der Ermittlung des zu versorgenden Bedarfs immer den tatsächlichen Bedarf zugrunde zu legen, der sich aus der tatsächlichen Inanspruchnahme (behandelte Patienten) ergibt (siehe auch die aktuelle Rechtsprechung, die ausdrücklich eine solche Vorgehensweise fordert). Grundlage ist eine Bedarfsanalyse, die sowohl aus einer Beschreibung des gegenwärtigen Bedarfs und einer Bedarfsprognose besteht.

Die Bedarfsprognose beschreibt den voraussichtlich in Zukunft zu erwartenden Bedarf. Diese prognostischen Aussagen müssen auf wissenschaftlich anerkannten Berechnungsmethoden beruhen, die transparent und nachvollziehbar sind. Die Bedarfsberechnung erfolgt damit faktenbasiert, wobei nur das tatsächlich auftretende und nachweisbare Leistungsgeschehen in die Berechnung eingeht. Es ist nicht zulässig, eine erwünschte, nicht aus den konkreten Daten realistisch ableitbare Entwicklung bzw. die Verwendung von fiktiven Leistungsparametern in die Bedarfsprognose einfließen zu lassen.

Krankenhausplanung hat sich damit – so die Rechtsprechung – an dem tatsächlich zu versorgenden Bedarf zu orientieren und nicht an einem mit dem tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmenden erwünschten oder bundeseinheitlichen Durchschnittsbedarf. Die Bedarfsermittlung muss sich vielmehr an dem tatsächlichen Bedarf, also der in NRW – aufgrund seiner sozioökonomischen Situation – höheren Morbidität orientieren (vgl. DKI-Studie).

Die Methodik der Bedarfsermittlung ist aktuell in den Beratungen zur Neuaufstellung des Krankenhausplans eine noch zu klärende Frage. Dabei ist zu konstatieren, dass ein Rückgriff auf Bundesdurchschnittswerte bei einzelnen Parametern der Bedarfsermittlung – wie er im PD-Gutachten angestellt wird – keine Unterstützung in der Rechtsprechung findet.

Im Hinblick auf die Bedarfsermittlung ist zudem anzumerken, dass eine etwaige Heranziehung von Fallzahlen im Feststellungsbescheid des einzelnen Krankenhauses keinesfalls eine quantitative Obergrenze für den Versorgungsauftrag darstellen darf. Ansonsten wäre der Versorgungsauftrag eines einzelnen Krankenhauses quantitativ limitiert. Die Erbringung und Bezahlung von Leistungen, die über eine festgelegte Fallzahl im Feststellungsbescheid hinausgehen, wäre nicht möglich. Patienten dürften nicht behandelt werden. Nicht außer Acht gelassen werden sollte insoweit mit Blick auf die aktuelle Bettenplanung, dass über den Bettennutzungsgrad zurzeit ein „Belegungspuffer“ von durchschnittlich 20% in der Krankenhausplanung hinterlegt ist.

Zudem ist im Hinblick auf die Intention der Neuaufstellung der Krankenhausplanung zu berücksichtigen, dass Kapazitätsbegrenzungen wie die Festlegung von Fallzahlen oder Betten die beabsichtigte qualitative Steuerung von Patientinnen und Patienten behindern können, da sie lediglich einseitig auf quantitative Messpunkte abzielen. Quantitative Begrenzungen blockieren so qualitativen Steuerungen. Der hessische Krankenhausplan sieht insoweit beispielsweise vor, lediglich regionale Bedarfe auf der Ebene der Versorgungsgebiete mit Hilfe einer modifizierten Hill-Burton-Formel zu ermitteln. Dies soll den von den Patientinnen und Patienten tatsächlich angesteuerten Krankenhäusern die notwendige quantitative Flexibilität ermöglichen.

Einen unbedingt zu berücksichtigenden Einfluss auf die Bedarfsbemessung stellen etwaige Bettensperrungen in den Krankenhäusern aufgrund von Isolationserfordernissen dar, die in den üblicherweise genutzten Zwei- und Dreibettzimmern die Kapazität um die Hälfte oder sogar um

zwei Drittel reduzieren können. Dies zeigt sich aktuell in der Corona-Pandemie, jedoch ebenso in nicht pandemischen Zeiten.

Wir möchten an dieser Stelle nochmals an das oben bereits erwähnte Zitat von Herrn Minister Laumann erinnern:

„Bei den Kapazitäten plädiere ich aber jetzt für einen Sicherheitspuffer. Dieser Zuschlag muss als Vorsorgeleistung finanziert werden. So eng wie vor Corona kann man nicht mehr planen. Wir müssen einen gewissen Puffer an Überkapazitäten finanzieren, damit wir in einer Krise kein Problem haben.“

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat hierzu mit dem Bericht *„Analyse der Bettenauslastung in Nordrhein-Westfalen (Teil 2): Auswirkungen von Bettensperrungen“* (abrufbar unter: www.dki.de/forschungsprojekte) herausgearbeitet, dass bei bestimmten Erkrankungen oder Zuständen der Patientinnen und Patienten eine Sperrung der übrigen Betten im Krankenzimmer angezeigt ist. In diesen Fällen können die weiteren Betten nicht belegt werden, was sodann zu einer Reduzierung der Bettenkapazitäten und damit zu einer Senkung der Bettenbelegung führt. In ihrer Schlussfolgerung führen die Autoren aus, dass zusätzliche Bettensperrungen teilweise markante Auswirkungen auf die Auslastung der verbleibenden Bettenkapazität zeigten und in ihrer Ausprägung sehr stark durch die Art der Fachabteilung variierten. Um dies in der Planung, Bereitstellung und Finanzierung der hierfür erforderlichen Kapazitäten zu berücksichtigen, müsse ein adäquater Weg gefunden werden.

4. Einführung des § 34c KHGG NRW (Sicherung von Patientenunterlagen)

Grundsätzliche Erwägungen

Die Sicherung von Patientenakten sollte im Kontext der Beleihung einer staatlichen Aufgabe (Versorgungsauftrag) für den Fall einer Insolvenz vom Land übernommen werden. Dies kann sich zum Beispiel der staatlichen Archive bedienen.

Die Übernahme durch den Staat ergibt sich bereits in den Konstellationen, in denen das Unternehmen nach einer Insolvenz nicht mehr existiert und die Gebäude herrenlos bleiben (allgemeine Pflichten zur Gefahrenabwehr).

Praktische und rechtliche Erwägungen

Das Kernproblem besteht beim Wechsel der Verantwortlichkeiten im datenschutz-, gesellschafts- und vor allem insolvenzrechtlichen Sinne.

Durch die jetzige Formulierung wird dies nicht gelöst, da die Regelung auf ein Konzept im laufenden Betrieb ansetzt und dann nur nachgelagerte Verpflichtungen anmahnt, die insbesondere aufgrund der insolvenzrechtlichen Regelungen sowie der gesellschaftsrechtlichen Konsequenzen nicht mehr in der Verfügungsgewalt der „Konzeptionierer“ liegen.

Für den Fall, dass Patientenakten während eines Insolvenzverfahrens (extern) gelagert werden und hierdurch Kosten entstehen, handelt es sich insolvenzrechtlich um Masseverbindlichkeiten. Kann die ordnungsgemäße Aufbewahrung nur unter Verursachung derartiger Kosten sichergestellt werden, so sind diese Verbindlichkeiten (Lagerungskosten) wegen der großen Bedeutung des Patientengeheimnisses und der gesetzlichen Verpflichtung zu dessen Beachtung vorrangig zu bedienen. Etwaige insolvenzrechtliche Regelungen obliegen dem Bund (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG). Dies muss auch für die Wirkungen und Folgen einer Insolvenz im Hinblick auf Speicherfristen und Archivierungsvorgaben gelten.

Nach endgültiger Liquidation dürfte wegen der Tatsache, dass die Patientenakten für sich keinen wirtschaftlichen Wert haben, diese vom Insolvenzrecht nicht umfasst sein. Inwieweit etwaige Pflichten dann auf Rechtsnachfolger der Gebäude übergehen, ist noch nicht höchstrichterlich geklärt und kann unseres Erachtens ebenso wenig vom Landesgesetzgeber geregelt werden.

5. Fazit

Aufgrund der in den noch laufenden Beratungen zur Neuaufstellung des Krankenhausplans noch zahlreichen offenen und vielschichtigen Problemstellungen (mit potentiellen versorgungsrelevanten Verwerfungen) und Fragestellungen (gänzlich unbekannte wirtschaftliche Folgen für die Krankenhäuser), erscheinen die aktuellen gesetzlichen Rahmenvorgaben im Gesetzentwurf noch zu unbestimmt bzw. nicht ausreichend.

Die „Grundregeln“ im Hinblick auf die Neuaufstellung des Krankenhausplans können unseres Erachtens erst dann festgelegt werden, wenn das Gesamtkonzept eines neuen Krankenhausplanes einmal komplett durchdacht wurde und die Auswirkungen dem Gesetzgeber bekannt sind. Eine abschließende Stellungnahme ist der KGNW auf dieser Basis nicht möglich, die Auswirkungen für die betroffenen Krankenhäuser sind nicht absehbar.

Das Gesetzgebungsverfahren sollte auf ein abschließend durchdekliniertes Krankenhauplanungskonzept aufgesetzt und damit synchronisiert werden, um eine rechtssichere Umsetzung zu gewährleisten.

Anlage



KGNW-Statement zur Änderung des KHGG NRW

Der mit dem von den Fraktionen der CDU und FDP begonnene Prozess für ein „Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen“ wird im Hinblick auf die Krankenhausplanung von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) nach wie vor konstruktiv, aber weiterhin ergebnisoffen begleitet. In diesem Prozess gilt es für die KGNW, die Ergebnisse der parallel zum Gesetzgebungsverfahren mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) laufenden Beratungen über die konkrete Ausgestaltung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen, die im Gesetzentwurf genannt werden, zu berücksichtigen.

Auch mit Blick auf diese zurzeit laufenden Beratungen im Landesausschuss für Krankenhausplanung und den entsprechenden Arbeitsgruppen mit dem MAGS, mit weiteren Institutionen wie dem Pflegerat, den Spitzenverbänden, dem Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen, den Krankenkassen und den Ärztekammern halten wir den aktuellen Zeitpunkt für zu früh, um zu einer abschließenden Bewertung der künftigen Krankenhausplanung allein aufgrund des Gesetzentwurfes zu gelangen – gerade im Hinblick auf einen künftigen Krankenhausplan, der Auswirkungen auf die Krankenhausstruktur und die Gesundheitsversorgung im Land Nordrhein-Westfalen (NRW) hat. Hier stehen wir seit vielen Monaten im Austausch und in der Diskussion im Landesausschuss. Dabei war und ist immer die weitere Verbesserung der Patientenversorgung in NRW unser Maßstab. Unser Ziel ist, durch eine gestaltende Gesundheitspolitik, die gemeinsam ein nachhaltiges Versorgungskonzept im Interesse der Bürgerinnen und Bürger in NRW verfolgt, die Versorgungsqualität der Bevölkerung weiter zu verbessern. Im Rahmen des laufenden Gestaltungsprozesses führen wir als KGNW derzeit – mit Kenntnis des Gesundheitsministeriums – eine Auswirkungsanalyse gemeinsam mit unseren Krankenhäusern in NRW durch, um die von Seiten des MAGS beabsichtigten krankenhauserischen Vorgaben auf ihre Umsetzbarkeit und Auswirkungen hin überprüfen zu können. Die aus den Daten gewonnenen Erkenntnisse werden unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen in die Beratungs- und Entscheidungsprozesse bei der Krankenhausplanung eingebracht.

Hierbei ist besonders hervorzuheben: G-DRGs als Basis einer Krankenhausplanung – wie im zu Beginn des Planungsprozesses vorgelegten und jetzt im Gesetzentwurf zentral genannten Basisgutachten vorgesehen – bilden nicht die tatsächlichen, oft sehr komplexen Behandlungsprozesse ab und sind lediglich kostenhomogene Fallgruppen. Daher können G-DRGs auch keine Grundlage eines neuen Krankenhausplans werden. Im Laufe der Beratungen haben sich OPS/ICD und die Weiterbildungsordnung (WBO) als sehr viel genauere Kategorisierungen erwiesen.

Die KGNW unterstützt Strukturveränderungen und hat sich dem Strukturwandel zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung geöffnet, der in den Regionen und vor Ort entwickelt und gelebt werden muss. Wir als KGNW setzen uns für die Überwindung unterschiedlicher Interessen im Entwicklungsprozess der Krankenhausplanung in den Regionen ein. Dabei muss sich dieser Prozess konsequent an den Versorgungsbedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger in den Regionen und vor Ort orientieren und transparent ausgestaltet sein.

Erst im Anschluss an die aktuellen Beratungen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Krankenhausplanung wird das Thema „Krankenhauskapazitäten in NRW“, also die Klärung von Bedarfsfragen, beraten werden. Hierbei zeigen aus Sicht der KGNW die bisherigen Erfahrungen aus der Corona-Virus Pandemie, dass Deutschland und insbesondere NRW eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat. Allen Unkenrufen zum Trotz hat sich das System in anderen Ländern, die in der Vergangenheit auch immer wieder zu Vergleichszwecken herangezogen wurden, als deutlich krisenanfälliger herausgestellt.

Diese Erkenntnisse müssen bei der Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW, insbesondere im Rahmen der Klärung von Bedarfsfragen, berücksichtigt werden. Wir haben diesbezüglich im politischen Raum bereits herausgestellt, dass aus Sicht der KGNW die Klärung von Bedarfsfragen deutlicher als bislang insbesondere mit den Begriffen Systemrelevanz, Daseinsvorsorge und Vorhaltung verbunden werden muss. Hierzu bedarf es nach der Krise eines breit angelegten gesellschaftspolitischen Diskurses. Diesen Diskurs müssen wir gemeinsam als NRW-Krankenhäuser einfordern und aktiv führen.

Es ist hervorzuheben, dass das zentrale Qualitätsmerkmal eines Gesundheitswesens der flächendeckende Zugang zur Versorgung ist. Hier tragen ländliche und kleinere Kliniken einen erheblichen Anteil mit ihrem Leistungsspektrum der medizinischen Grundversorgung, zu der unter anderem die Versorgung von Verletzten, die allgemeine Chirurgie, die Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten und Stoffwechselstörungen, Lungenentzündungen sowie Geburten gehören.

Auch wird durch Zentralisierung das Personalproblem nicht gelöst. Es ist realitätsfern anzunehmen, dass Pflegepersonal beliebig aus seinen oft wohnortnahen Arbeitsstätten in weit entfernte Zentralkliniken versetzt werden kann, geschweige denn, dass die Pflegekräfte dies geduldig mitmachen. Zentralisierung löst den Pflegenotstand nicht.

Von der KGNW werden der Abbau nachweisbar nicht bedarfsnotwendiger Kapazitäten, die Zusammenführung von Standorten und im konkreten Einzelfall auch notwendige Standort-schließungen unterstützt. Notwendige Finanzmittel hierfür müssen vom Land aber zur Verfügung gestellt werden, ebenso wie die lokalen und regionalen Abstimmungsprozesse zur Krankenhausplanung deutlich gestärkt werden müssen.

Darüber hinaus muss dieser Prozess unter der politischen Federführung des Landes koordiniert, moderiert und verantwortet und von der Politik transparent kommuniziert werden, gerade gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern in der jeweiligen Region und den Beschäftigten in den Krankenhäusern.

Zudem können im Zuge der Krankenhausplanung mit der Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes Impulse für eine nachhaltige sach- und fachgerechte Weiterentwicklung

der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen gesetzt und Lösungen erarbeitet werden, die die Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwinden und Krankenhäuser zu Gesundheitszentren für die Menschen vor Ort machen. Diese Gesundheitszentren können zur idealen Anlaufstelle für die Menschen vor Ort – gerade auch in ländlichen Regionen – in der stationären und ambulanten fachärztlichen Versorgung werden. Die Gesundheitszentren können darüber hinaus zum krankenhausgestützten Medizinisch-Pflegerischen Versorgungszentrum (MPVZ) ausgebaut werden.