



Qualität für Menschen



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

An den  
Präsidenten des  
Landtags Nordrhein-Westfalen  
Postfach 10 11 43

40002 Düsseldorf

Per Mail: [anhoerung@landtag.nrw.de](mailto:anhoerung@landtag.nrw.de)  
Krankenhausgestaltungsgesetz -Anhörung A01 -09.12.2020

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME**  
**17/3365**

Alle Abg

Köln /Münster, den 1.12.2020

**Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen ( Drucksache 17/11162 )**

Gemeinsame Stellungnahme der Landschaftsverbände zur Anhörung der Sachverständigen in der Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 09.12.2020

Sehr geehrter Herr Präsident,  
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Zusendung der geplanten Novelle zum Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) und nehmen die Gelegenheit gerne wahr, als Landschaftsverband Rheinland und Landschaftsverband Westfalen-Lippe zu der Novelle Stellung zu nehmen, mit der die Grundlage für eine Neuaufstellung der Krankenhausplanung gelegt wird.

Da die beiden Landschaftsverbände primär Träger von psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäusern sind, haben wir die Stellungnahme auf die besonderen krankenhauplanerischen Belange von psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäusern ausgerichtet.

Wir begrüßen vom Grundsatz her das Ziel einer einheitlichen Planungssystematik für die beiden Bereiche der Somatik und der Psychiatrie/Psychosomatik. Neben den einheitlichen Planungsgrundsätzen sind andererseits aber auch die spezifischen Randbedingungen der psych. Versorgung (z.B. regionale Pflichtversorgung) wie auch die weitreichende Zweigliedrigkeit der gesetzlichen Rahmenbestimmungen zu beachten

(z.B. Krankenhausentgeltgesetz vs. Bundespflegesatzverordnung; fallbezogene DRG vs. tagesorientierter PEPP; unterschiedliche Regelwerke des GBA z.B. zur Qualitätssicherung und Mindestpersonalvorhaltung usw.). Diese Unterschiede können Sonderregelungen im Rahmen der Krankenhausplanung erforderlich machen.

Aus unserer Sicht sollte die besondere Situation der psychiatrischen-psycho somatischen Krankenhäuser insbesondere bei den folgenden gesetzlichen Neuregelungen hinreichend beachtet werden:

### **1. § 12 Abs. 3: Aufgliederung in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen**

Mit dieser Vorschrift wird die Einführung der neuen Planungssystematik auf der Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen geregelt. Die Zuteilung des Versorgungsauftrages soll über die Leistungsgruppen erfolgen. Diesen Leistungsgruppen sollen Leistungen auf der Grundlage der OPS-Codes, teilweise aber auch auf der Basis der ICD-Klassifikationen sowie anderer geeigneter Merkmale zugeordnet werden. Ergänzend bestimmt der neue § 16 Abs. 1 S.3 KHGG, dass die Leistungen nur erbracht werden dürfen, soweit die übergeordnete Leistungsgruppe im Feststellungsbescheid den Krankenhäusern zugewiesen worden ist.

Die detaillierten Vorgaben des § 12 Abs. 3 beinhalten für den Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin (nachfolgend PPP) folgende Besonderheiten und Weiterungen:

- Eine Orientierung an der Weiterbildungsordnung (WBO) wird für die PPP bedeuten, dass es lediglich zwei Leistungsbereiche – den LB Psychiatrie und Psychotherapie und den LB Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - geben wird.

Dabei ist beachtlich, dass sich die Diagnosen in den beiden Fächern in weiten Teilen überlappen. Dies gilt unter anderem für die affektiven Störungen, die neurotischen Belastungsstörungen, die somatoformen Störungen und die Persönlichkeits-/Verhaltensstörungen (vgl. ICD F3 bis F69). Diese und weitere Störungsbilder werden gleichermaßen in psychiatrischen wie in psychosomatischen Kliniken behandelt. Eine alleinige Zuschreibung dieser Diagnosegruppen an eine der beiden Fächer und Kliniken würden erhebliche Verwerfungen in der Versorgungsstruktur und Krankenhauslandschaft verursachen. Richtigerweise war der Grundsatz einer gemeinsamen Beplanung schon bei der Aufstellung des Krankenhausplans 2015 leitend. Damals sind die Kapazitäten für die Gebiete „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Psychosomatische Medizin“ erstmalig gemeinsam ausgewiesen worden. Diese gemeinsame Beplanung hat sich in der Praxis sehr bewährt. Ein Grund zur Abkehr ist nicht ersichtlich. Sie eröffnet den großen Vorteil, die für die Bevölkerung erforderlichen Behandlungskapazitäten - z.B. zur Therapie affektiver Störungen - in toto zu quantifizieren, unabhängig davon, zu welchen Anteilen diese in psychiatrischen bzw.

psychosomatischen Abteilungen und Fachkliniken erbracht werden. Diese bewährte Weichenstellung gilt es auch, bei der Einführung der neuen Planungssystematik abzusichern und in die Zukunft fortzuführen.

- Eine Bildung von Leistungsgruppen auf der Basis der ICD-10 wäre nicht zielführend, da es innerhalb der F-Diagnosen (psychische Störungen und Verhaltensstörungen) häufig Komorbiditäten gibt. Eine gezielte Zuweisung des Leistungsauftrages an die Behandlung distinkter Diagnosegruppen könnte enorme Abgrenzungsprobleme nach sich ziehen.
- Die Psych.-Fächer können im Vergleich zur Inneren Medizin bzw. noch mehr im Vergleich zur Chirurgie nicht über medizintechnische Untersuchungsverfahren bestimmt und voneinander abgegrenzt werden. Damit entfällt auch die in der Somatik geeignete Möglichkeit zur Definition von LG durch OPS.
- Grundsätzlich ist eine Binnenstrukturierung der LGs auf der Basis der langjährig etablierten Fachbereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht pragmatisch sehr geeignet. Viele Kliniken haben ihre Abteilungsstruktur an dieser bewährten Dreigliederung innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie im Nachgang zur Psychiatrie-Enquete erfolgreich und weitgehend komplikationsfrei ausgerichtet. Die dieser Strukturierung zu Grunde liegende Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) wird allerdings zurzeit durch eine neue Qualitäts-Richtlinie abgelöst. Die Behandlungsbereiche A (Allgemeinpsychiatrie), G (Gerontopsychiatrie) und S (Suchtmedizin) werden zwar zurzeit mangels Alternative noch innerhalb der aktuellen PPP-RL (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie) weiterverwendet, ihre weitere Fortführung in der Zukunft bleibt aktuell jedoch vollständig unklar. Die weitere Verwendung dieser bewährten Dreigliederung in Form von „Allgemeinen Leistungsgruppen“ hätte den Vorteil, dass sie eine bruchlose Kontinuität im Krankenhausplan ohne Verwerfungen gewährleisten kann. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass sich im Zuge eines möglichen Auslaufens dieser Kategorien die Notwendigkeit ergeben kann, auch krankenhauplanerisch nachsteuern zu müssen, um dann neue LG-Kategorien zu definieren.

## **2. § 16 Abs. 1 Nr. 7: Festlegung von Fallzahlen als Bezugsgröße**

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses erfolgt durch den Feststellungsbescheid. Der genaue Umfang des Versorgungsauftrages wird durch die in § 16 Abs. 1 KHGG aufgeführten Pflichtangaben konkretisiert.

Nach dem neuen § 16 Abs. 1 Nr. 7 sollen die Versorgungskapazitäten, die das Krankenhaus vorhalten soll, durch die durchschnittlichen jährlichen Fallzahlen oder andere Parameter bestimmt werden.

Im Bereich der Psychiatrie sind die Fallzahlen jedoch keine geeignete Mess- bzw. Bezugsgröße zur Bestimmung der Versorgungskapazitäten. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Erkrankungsverläufe bestehen bei gleichen Diagnosen unterschiedliche Verweildauern. Über Fallzahlen lässt sich das Behandlungsgeschehen daher nur sehr ungenau abbilden. Dies zeigt sich exemplarisch an den Daten für die Abhängigkeits-erkrankungen: Sie machen am Beispiel der LVR Kliniken rund 35% bei den Gesamtfällen aus. Ihr Anteil an den Berechnungstagen (= Belegtag) beträgt jedoch nur 16%. Auf der Basis der Fallzahlen lassen sich daher auch keine verlässlichen Schlussfolgerungen im Hinblick auf die benötigten Behandlungskapazitäten auf den Stationen ableiten.

Aufgrund der fehlenden Aussagekraft der Fallzahlen für das psychiatrische Behandlungsgeschehen sind die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser bezeichnenderweise nicht in das DRG-Fallpauschalen-System einbezogen worden. Stattdessen erfolgt die Abrechnung auf der Grundlage von sog. pauschalieren tagesbezogenen Entgelten (PEPP).

Die Ausweisung von Fallzahlen könnte dysfunktionale Anreize zur vorrangigen Behandlung von Patienten mit bestimmten Verweildauern setzen.

Statt der Fallzahlen sollte zur Bestimmung der Leistungskapazitäten auf die Berechnungstage abgestellt werden. Hierbei handelt es sich um ein bewährtes Instrument, das als Grundlage für die Bemessung der Leistungsmengen und der Leistungsvergütung im Rahmen der Budgetfindung relevant ist.

Die Messgröße „Berechnungstage“ schließt den bisherigen Parameter der Verweildauer ein und lässt über Diagnosen und Standorte hinweg eine Flexibilität bei der Bemessung der summierten Leistungskapazitäten zu. Der Parameter der Berechnungstage erhält die Vorteile des bisherigen Steuerungsparameters „Betten“ und kann gleichzeitig mit Blick auf die angestrebte Überwindung der Ausrichtung am Bett als Planungsgröße diesen angemessen für die PPP ersetzen.

### **3. § 16 Abs. 3: Festsetzung der Umsetzungszeit für Baumaßnahmen**

Erstmals kann nun die zuständige Behörde im Einzelfall festlegen, bis zu welchem Zeitpunkt die Baumaßnahmen abgeschlossen sein müssen, die zur Umsetzung der Feststellungen des Feststellungsbescheides erforderlich sind.

Hier muss zunächst dem möglichen Eindruck entgegengetreten werden, dass die Krankenhausträger die Umsetzung des Versorgungsauftrages nicht mit dem nötigen Nachdruck verfolgt haben. Der erfolgreiche Abschluss von Baumaßnahmen hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, die nur zum Teil von den Krankenhausträgern zu beeinflussen sind. So stehen die benötigten Grundstücke nicht immer zur Verfügung,

ebenso führte die gute Baukonjunktur in den letzten Jahren in Verbindung mit den teilweise stark steigenden Bauerstellungskosten zu den zeitlichen Verzögerungen.

Ein zentrales Problem ist auch die mangelhafte Investitionsausstattung vieler Kliniken, so dass häufig die Mittel fehlen, um die Baumaßnahmen zügig umzusetzen. Im Bereich der Psychiatrie verschärfen die neuen bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen (u.a. „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“) die Finanzsituation der Kliniken durch erwartbar abnehmende Eigenmittel zusätzlich. Bei den für die Psychiatrie wichtigen Dezentralisierungsmaßnahmen ergibt sich im Grunde überhaupt keine Refinanzierungsoption durch die nach KHG vorgesehene Landesförderung, da die Baupauschale in ihrer Höhe identisch bleibt, wenn dezentral Betten aufgebaut werden, die in gleicher Größenordnung am Hauptstandort abgebaut werden müssen. Unsere Forderungen, dass bei der Einzelförderung nach § 21 a KHGG die Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken berücksichtigt werden, sind in den letzten Jahren leider nicht umgesetzt worden.

Diese von den Kliniken nicht zu verantwortenden Regularien und Randbedingungen müssen im neuen § 16 Abs. 3 stärker Berücksichtigung finden.

#### **4. Fazit und Ausblick**

Unabhängig von den vorgetragenen Anmerkungen begrüßen wir das Anliegen der Gesetzesnovelle, die stationären Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln und zukünftig den Leistungsbedarf sowie die Qualität unter Einbeziehung des geographischen Bezugs in den Mittelpunkt der Krankenhausplanung zu stellen. Insbesondere für die psychiatrischen Bereiche eröffnet die aktuelle Novelle die Chance, dass bei der Neuaufstellung des KH-Plans neben dem im letzten KH-Plan zentral verankerten Planungsgrundsatz der Wohnortnähe nun komplementär auch der Planungsgrundsatz der diagnosebezogenen Binnendifferenzierung und Spezialisierung an die Seite gestellt wird. Diese Zielsetzung kann allerdings nur erreicht werden, wenn es gelingt, für die Psych.-Fächer die Krankenhausplanung für höhere spezialisierte Versorgungsstufen im Sinne von Schwerpunkten zu öffnen. Zentraler Ansatzpunkt hierfür wäre die Definition von neuen, umschriebenen Leistungsgruppen. Diese müssten so konzipiert werden, dass sie der neuen Systematik des Krankenhausplans folgen und bei der Berechnung der Leistungsmengen separat und additiv in Ansatz gebracht werden. Die Zielsetzung in den PPP-Fächern, neben der wohnortnahen Grundversorgung ebenfalls diagnosespezifische Schwerpunktbildungen krankenhauplanerisch zu stärken, folgt den gleichen, qualitätsorientierten Grundsätzen und Argumenten wie in der Planungssystematik des KHGG zur Somatik. Ein wichtiger Unterschied ergibt sich dennoch: Die Definition einer umschriebenen Leistungsgruppe in der Somatik geht in der Regel mit dem Grundsatz der Exklusivität einher. Dies bedeutet, dass ein Krankenhaus, dem diese LG im Feststellungsbescheid nicht zuerkannt wird, diese Leistung bei dieser Diagnosegruppe auch nicht erbringen darf. Dieser Grundsatz der Exklusivität ist nun für die PPP nicht zielführend übertragbar. Vielmehr wäre es hilfreich, wenn es

ermöglicht würde, fachliche Schwerpunktbildungen (Beispiel: spezialisierte Stationseinheiten für Essstörungen) einerseits auch mit der Feststellung entsprechend additiver Leistungsmengen anzuerkennen und abzubilden, andererseits aber einem psych. Krankenhaus, das über die entsprechende LG nicht verfügt, die Behandlung solcher Diagnosen im Rahmen der Allgemeinen Leistungsgruppe nicht grundsätzlich zu verwehren.

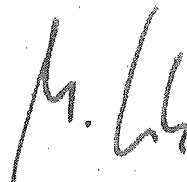
Speziell im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen wäre es darüber hinaus wünschenswert, wenn im Rahmen der Neufassung des KHGG die Voraussetzungen für einen Ausbau der sektorübergreifenden Versorgung und Überführung ambulant-sensitiver Fälle vorangetrieben werden. Ein großer Schritt auf diesem vielfach eingeforderten Ziel wäre es, wenn das Land den beiden Selbstverwaltungspartnern die Vertragsfreiheit einräumt, im KH-Plan ausgewiesene stationäre Leistungskapazitäten einvernehmlich durch substituierende, ambulant-intensive Behandlungsleistungen des Krankenhauses zu ersetzen.

Eine solche Vertragsfreiheit zwischen den Selbstverwaltungspartnern – idealerweise gekoppelt an die Erlaubnis zur Anpassung des Versorgungsvertrages - würde einen qualitativen Sprung zur Stärkung der Durchlässigkeit der stationären und ambulanten Sektoren des psych. Krankenhauses darstellen. Zusätzlich wäre es ein modellhafter Schritt zur Überwindung der Sektorengrenzen mit einer positiven Ausstrahlungswirkung auch auf andere Versorgungsbereiche.

Mit freundlichen Grüßen



Ulrike Lubek  
Direktorin des Landschaftsverbandes  
Rheinland



Matthias Löb  
Direktor des Landschaftsverbandes  
Westfalen-Lippe