



LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/3368

Alle Abg

Geschäftsführung

Amalienstraße 9
40472 Düsseldorf

Telefon (02 11) 90 43-601
Telefax (02 11) 90 43-108

gf@vkkd-kliniken.de
www.vkkd-kliniken.de

**Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit,
Gesundheit und Soziales am 9. Dezember 2020**

**„Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes
des Landes Nordrhein-Westfalen“**

Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD)

Der Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf ist ein unter einheitlicher Leitung stehender GmbH-Konzern, dem mehrere Krankenhausträgersgesellschaften – ebenfalls in der Rechtsform der GmbH – angehören. Der VKKD betreibt in Düsseldorf vier Akut-Krankenhäuser und in Meerbusch eine Neurologische Rehabilitationsklinik mit einem Akut-Bereich, die sämtlich Akademische Lehrkrankenhäuser der Heinrich-Heine-Universität sind. Der VKKD beschäftigt 3.400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und erwirtschaftet einen Jahresumsatz von 280 Mio. €.

Die Krankenhäuser des Verbundes zeichnen sich durch eine hohe Spezialisierung aus. Neben der an den Akut-Standorten notwendigen Basisversorgung der Inneren Medizin und Chirurgie sind in einem langjährigen Entwicklungsprozess Doppelvorhaltungen in allen Fachbereichen reduziert und an einem der ausgewiesenen Schwerpunktkrankenhäuser zentralisiert worden. Zuletzt wurde im vergangenen Jahr die Orthopädische Fachklinik Marienkrankenhaus Kaiserswerth in das St. Vinzenz-Krankenhaus (zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung) integriert. Darüber hinaus wird standortübergreifend das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ) betrieben, das zur Beratung und Mitbehandlung für alle Diabetes-assoziierten Erkrankungen zur Verfügung steht.

Alle Fachbereiche profitieren von der Expertise der Schwerpunkte der anderen Krankenhäuser. Ein Austausch in der Mitarbeiterschaft wird nachhaltig gefördert. Durch eine regelhafte Rotation der Assistenzärzte wird ein hohes Niveau in der Weiterbildung angeboten.

Sämtliche Verwaltungs- und Servicebereiche von der Personalverwaltung bis zum Einkauf der Medizinprodukte und deren fachgerechte Betreuung sind vollständig zentralisiert.

Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf gGmbH

Amalienstraße 9, 40472 Düsseldorf
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Michael C. Begeré
Geschäftsführer: Ass. jur. Jürgen Braun,
Christian Kemper, Dr. Martin Meyer, Joachim Schnorr
Sitz Düsseldorf - Handelsregister: HRB 48623
USt-IdNr.: DE244487275

Einrichtungen im Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf

Augusta-Krankenhaus
Krankenhaus Elbroich
Marien Hospital Düsseldorf
St. Vinzenz-Krankenhaus
St. Mauritius Therapiekl. Klinik
Gesundheits- und Therapie-Centrum

Bankverbindungen

Stadtparkasse Düsseldorf
IBAN: DE47 3005 0110 0010 0225 72
BIC: DUSSDE33XXX

Bank im Bistum Essen
IBAN: DE13 3606 0295 0030 0920 15
BIC: GENODE33BBA



Grundsätzliche Erwägungen

Das Selbstverständnis eines freigemeinnützigen Krankenhausträgers ist ausschließlich auf eine möglichst gute Versorgung aller Patienten im Rahmen des ihm übertragenen Versorgungsauftrags gerichtet und zwar in partnerschaftlichem Zusammenwirken mit allen an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beteiligten Institutionen und Gruppierungen.

Aus Sicht des VKKD hat das Modell des partnerschaftlichen Zusammenwirkens in der vergangenen Dekade erheblichen Schaden genommen. Die politischen und in der Folge krankenhau- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen sind in einer Weise weiterentwickelt worden, die zu erheblichen Spannungen unter allen Beteiligten (auch innerhalb der jeweiligen Gruppen) geführt haben. Als kleines Beispiel sei die Aufwandspauschale genannt, die Krankenhäuser den Krankenkassen in Rechnung stellen können, wenn eine von einer Krankenkasse beauftragte Prüfung des Medizinischen Dienstes zu Gunsten des Krankenhauses entschieden wurde. Um, so heißt es offiziell, „Waffengleichheit“ herzustellen, müssen nun im umgekehrten Fall die Krankenhäuser Strafzahlungen leisten – wäre „Abrüstung“ nicht der bessere Weg?

Das Herumdoktern an einem angeschlagenen System hat in der aktuellen Legislaturperiode des Bundestages eine nicht zu überbietende Dynamik erfahren. Strukturelle Verbesserungen sind davon weitgehend nicht zu erwarten. Eher werden die aufwändigen Verwaltungsprozesse zusätzlich erschwert. Die Unwägbarkeiten und Unsicherheiten für die Führung von Krankenhäusern nehmen in einem beängstigenden Maße zu: Pflegepersonaluntergrenzen trotz Corona, Pflegebudgetausgliederung und Vieles mehr. So haben in etwa erst 75 % der Krankenhäuser in NRW für 2019 einen Budgetabschluss und für 2020 gibt es in NRW noch gar keine verhandelten und genehmigten Abschlüsse – und das bei einem gesetzlichen Modell der prospektiven Budgetierung.

Dabei hat das Krankenhauswesen in Deutschland in der aktuellen Krise eine hohe Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Soweit ersichtlich hat unser Gesundheitssystem im europäischen Vergleich einen Spitzenplatz im Kampf gegen die Pandemie eingenommen. Anhand weniger Einzeldaten vorgetragene internationale Vergleiche zu Lasten des deutschen Gesundheitswesens greifen notwendig zu kurz und finden damit nun hoffentlich ihr Ende.

Reformvorhaben im Gesundheitswesen bedürfen einer intensiven und ausgewogenen Vorbereitung. Try and Error ist keine gute Maxime in der Gesetzgebung. So falsch die Aufgabe der Teilgebieteplanung in Nordrhein-Westfalen war, so falsch wird es sein, das Pendel nun in gleicher Amplitude in die entgegengesetzte Richtung ausschlagen zu lassen und wie im Gesetzentwurf und in der Begründung dargestellt minutiös „konkrete medizinische Leistungen“ in einzelnen Leistungsgruppen zum Gegenstand der Planung zu machen.

Die Einleitung zum Gesetzentwurf formuliert politische Zielvorstellungen, die nicht tragfähig sind. Wenn die Krankenhausplanung bestimmt, welche konkreten medizinischen Leistungen die Krankenhäuser in einer Region erbringen dürfen, sind derartige Eingrenzung vielleicht geeignet, eine angenommene Überversorgung zu reduzieren.



Wie soll damit aber einer Unterversorgung in ländlichen Gebieten begegnet werden? Wenn die Bevölkerung einer Region örtliche Krankenhäuser nicht in Anspruch nimmt, ein Krankenhausträger kein Personal für seine Einrichtung findet oder sich schon gar kein Träger findet, der sich zutraut, dort ein Krankenhaus erfolgreich zu führen, liegt das Problem ganz woanders – jedenfalls nicht in der Krankenhausplanung.

Auch der Begriff der „Versorgungsqualität“ wird als Ziel formuliert, wobei hier und an anderer Stelle unklar bleibt, welches konkrete Qualitätsziel mit welchen konkreten Mitteln erreicht werden soll. So bleibt „Versorgungsqualität“ ein Schlagwort, das für sich genommen nicht überzeugt. Über „Qualität im Gesundheitswesen“ kann man philosophieren. Für einen Gesetzesbefehl ist der Begriff ungeeignet.

Im Einzelnen

Konzept Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Der Grundgedanke des Gesetzentwurfs zur Umstellung der Krankenhausplanung weg von einer Bettenplanung hin zu einer Planung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen wurde in der Krankenhauslandschaft mit Interesse aufgenommen und beinhaltet bedenkenswerte Ansätze. Der Gesetzentwurf und die Begründung vermitteln aber den Eindruck, dass die notwendige Diskussion dieses Konzeptes noch nicht den erforderlichen Detaillierungsgrad für die Umsetzung im Krankenhausgestaltungsgesetz erreicht hat.

Eine konkrete Bewertung ist allein deshalb schon nicht möglich, weil es keine autorisierte öffentliche Vorlage für die Strukturierung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gibt.

§ 12 Abs. 3 KHGG (neu) bestimmt in Satz 10, dass den Leistungsbereichen „qualitative Anforderungen“ zugeordnet werden. Im Sinne der Kritik an dem Schlagwort Versorgungsqualität erfordert der Bestimmtheitsgrundsatz eine Präzisierung z.B. dahingehend, dass die Leistungserbringung von personellen und sächlichen Voraussetzungen abhängen soll. Noch viel mehr gilt dies für Satz 11. Satz 12 mit dem Hinweis auf mögliche Planbettenzahlen (§14 - Gesamtplanbetten?) zeigt dann überdeutlich, dass das Konzept noch nicht hinreichend durchstrukturiert ist und nicht allein durch die Rahmenvorgaben präzisiert werden sollte.

Als kritisch ist eine Kapazitätsplanung anhand von Fallzahlen (mit welcher Periodenzuordnung?) zu bewerten (§ 16 neu). Fallzahlen unterliegen zeitweise erheblichen Veränderungen, insbesondere in Abhängigkeit von der Personalausstattung. Die Kompensation mittels einer Schwankungsbreite würde die Problematik zwar abmildern, zeigt aber, dass der Ansatz als solches nicht tauglich ist.

Es ist an dieser Stelle nicht der Raum für Ausführungen wie aktuelle Fallzahlen einer Klinik festzustellen sind. Es sei nur der Hinweis gestattet, dass hierzu eindeutige Regularien verbunden mit erheblichem Verwaltungsaufwand erforderlich wären.



In keiner Weise sachgerecht sind die Ausführungen in der Begründung zu Nr. 12 Buchstabe a), wonach kein Bedürfnis bestehe, eine Schwankungsbreite für planbare Operationen festzulegen. Die „Planbarkeit“ bezieht sich doch nur auf den Termin eines konkreten Eingriffs, aber nicht auf das gesamte Leistungsvolumen eines zu bestimmenden Zeitraumes. Auch diese Behandlungen unterliegen je nach Personaleinsatz Schwankungen wie alle anderen Behandlungen auch. Es ist nicht nachvollziehbar, wenn es in der Gesetzgebung heißt, dass sich aus den im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Kapazitätsgrenzen kein Automatismus für die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern ergibt. Kostenträger und Krankenhäuser vereinbaren Budgets notwendig nur im Rahmen des konkreten Versorgungsauftrags und die Kapazitätsgrenze soll ja gerade den Versorgungsauftrag begrenzen. Auch hier eröffnen sich wieder viele unnötige Streitfelder zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern.

Von hoher Brisanz ist das Konzept aber für jegliche personelle Veränderung in einem Krankenhaus.

Vor allem auf der Ebene der Leitenden Ärzte verändert sich mit nahezu jeder Neubesetzung auch das Leistungsspektrum der Abteilung. Dies gilt auch für die Besetzung herausragender Oberarztpositionen. Die Besetzung von Arztstellen erfolgt in aller Regel in einem engen zeitlichen Rahmen. Selbst bei einem sicher planbaren Chefarztwechsel wegen Erreichens der Regelaltersgrenze des Stelleninhabers kann das Nachbesetzungsverfahren zeitlich und strukturell nicht annähernd im Hinblick auf mögliche Veränderungen in den Leistungsgruppen gestaltet werden. Damit Vorstellungsgespräche überhaupt sinnvoll geführt werden können, muss es eine Verbindlichkeit bezüglich des Leistungsspektrums geben. Veränderungen im Bereich von Leistungsgruppen und Kapazitäten können nicht ausschließlich im Rahmen eines regionalen Planungsverfahrens abgewickelt werden.

Nachweis freier Behandlungskapazitäten

Ein Nachweis freier Behandlungskapazitäten an die Leitstellen der Rettungsdienste ist erforderlich und bereits Gegenstand des geltenden KHGG, § 10 Abs. 1. Inwieweit eine Meldung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen praktikabel ist, sollte zuvor evaluiert werden. In Düsseldorf ist beispielsweise von allen Krankenhäusern zusammen mit der Stadt Düsseldorf mit großem Aufwand und langfristigen Lizenzverträgen ein elektronisches Meldesystem implementiert worden, das für alle transparent alle notwendigen Informationen beinhaltet und sich auch in der aktuellen Krise bewährt hat.

Absicht zum Wechsel in der Trägerschaft

Ein Wechsel in der Trägerschaft eines Krankenhauses ist der zuständigen Behörde anzuzeigen, § 16 Abs. 4 KHGG. Den Zeitpunkt der Anzeige auf die Verwirklichung einer hinreichend konkreten Absicht vorzulegen ist schon im Grundsatz zu unbestimmt. Dann soll auch noch auf Basis einer bloßen Absichtserklärung ein Bescheid ergehen, der den Trägerwechsel feststellt. Für die differenzierten Verfahren zur Realisierung eines Trägerwechsels erscheint dagegen eine Anzeigepflicht vor Vollzug des Trägerwechsels mit einer konkreten Äußerungsfrist der Behörde praktikabel und für die Träger in dem Verfahren planbar.



Sicherung von Patientenunterlagen

Die Formulierung im Gesetzentwurf zur Sicherung von Patientenunterlagen, § 34 c (neu), beinhaltet keinen konkreten Regelungsgegenstand. Das zeigt auch die Begründung, indem dort lediglich ausgeführt wird, die Regelung enthalte „eine entsprechende Verpflichtung“ der Krankenhausträger. Ein Krankenhausträger ist zweifellos verpflichtet, Patientenunterlagen aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist beträgt 10, für bestimmte Unterlagen 30 Jahre. Für den allgemeinen Rechtsverkehr ist auch die allgemeine 30-jährige Verjährung relevant. Wenn auch selten, so kommt es in der Praxis doch vor, dass Ansprüche noch nach weit mehr als 10 Jahren geltend gemacht werden.

Die Aufbewahrung und Verwaltung der Originaldokumente ist mit einem hohen finanziellen und personellen Aufwand verbunden. Es mag sein, dass Krankenhäuser, wenn sie Akten digitalisieren, anschließend die Originalunterlagen vernichten. Hierzu ist aber auf die Anwendungshinweise des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) – Technische Richtlinie 03138 (BSI TR-03138-R) zum ersetzenden Scannen vom 15.06.2018 zu verweisen, wonach „eine Vernichtung medizinischer Dokumentationen in der Regel vor Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ausgeschlossen“ ist.

Eine wie auch immer geartete Regelung zur Sicherung von Patientenunterlagen für den Insolvenzfall (bzw. für den Fall, dass sich in einem Insolvenzverfahren kein Erwerber findet), kann zu für Krankenhäuser wirtschaftlich nicht tragbaren Verpflichtungen führen.

Dieses grundsätzlich berechnete Anliegen bedarf einer intensiven Evaluierung und Präzisierung. Sehr von Vorteil wäre die Schaffung von Rechtssicherheit für ersetzendes Scannen.


Jürgen Braun
Geschäftsführer