

Anhörung von Sachverständigen

Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/3374

Alle Abg

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP

Drucksache 17/11162

Mittwoch, dem 9. Dezember 2020

Gemeinsame Stellungnahme

der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Nordrhein

A. Grundsätzliche Bewertung der geplanten Neuausrichtung der Krankenhausplanung

Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfs zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen ist es, die Krankenhausplanung nicht mehr vorrangig auf der Basis von Krankenhausbetten vorzunehmen, sondern die medizinischen Leistungen in den Mittelpunkt der Planung zu stellen.

Auf diese Weise sollen die Versorgungskapazitäten in den Ballungsgebieten besser strukturiert und koordiniert werden. Zugleich soll die flächendeckende Versorgung in den ländlichen Regionen gestärkt werden.

Die Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen begrüßen diese neue Herangehensweise bei der Planung.

Die COVID-19-Pandemie hat den Wert der starken Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen noch einmal deutlich gemacht. Diese Stärke gilt es auszubauen und zukunftsfest zu machen.

Die COVID-19-Pandemie hat insbesondere die Bedeutung der Intensivmedizin und der Infektiologie neu ins Blickfeld gerückt. Die neue Systematik der Krankenhausplanung schafft die Voraussetzungen dafür, diese Bereiche konsequent zu stärken.

Es ist richtig, dass die neue Planung auf eine noch bessere Strukturierung, auf sinnvolle Aufgabenteilung und auf mehr Kooperation der Krankenhäuser untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten setzt.

Mit Blick auf die ländlichen Regionen ist es gut, dass das Land weiter am Prinzip der ortsnahe Versorgung festhält.

Im Interesse einer hohen Versorgungsqualität ist die Ausrichtung der Krankenhausplanung an der ärztlichen Weiterbildungsordnung, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht, ausdrücklich zu begrüßen.

Zu einer neuen Krankenhausplanung gehört aber auch eine entsprechende Krankenhausinvestitionsfinanzierung und die überfällige Reform des DRG-Systems in der Krankenhausvergütung.

Die beiden Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen begrüßen es, dass das Land die Mittel für die Krankenhausinvestitionen deutlich aufgestockt hat. Diese Anpassung muss Kontinuität erhalten.

Zugleich muss sich Nordrhein-Westfalen auf Bundesebene entschieden für die überfällig Reform des DRG-Systems einsetzen.

Die beiden Ärztekammern haben die Beratungen im Landesausschuss für Krankenhausplanung in den letzten Monaten intensiv mit ihrem medizinisch-fachlichen Sachverstand und ihrem Versorgungswissen unterstützt.

Diese Einbindung der medizinisch-fachlichen Perspektive ist auch bei der Umsetzung des neuen Plans in den regionalen Planungskonzepten wichtig.

Die Kammern begrüßen deswegen, dass die Kammern – wie die übrigen Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung - mit der Gesetzesänderung künftig früher über die regionalen Planungen informiert werden sollen.

B. Konsequenzen des besonderen Versorgungsbedarfs in Nordrhein-Westfalen

Der Gesetzentwurf stützt sich an mehreren Stellen auf das Gutachten der Partnerschaft Deutschland GmbH in Kooperation mit der Lohfert und Lohfert AG und der TU Berlin.

An gleich zwei Stellen zitiert die Begründung zum Gesetzentwurf das Gutachten mit der Aussage, „in keinem anderen Bundesland würden bei vergleichbarer Altersstruktur mehr Fälle im Krankenhaus versorgt“ (S.1 unter „A Problem“ und S. 27 unter „Begründung A. Allgemeiner Teil“).

Diese Formulierung suggeriert, es gebe keine medizinischen Gründe für die höhere Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen. Eine höhere Erkrankungshäufigkeit (eine höhere „Morbiditätslast“) wird ausgeschlossen.

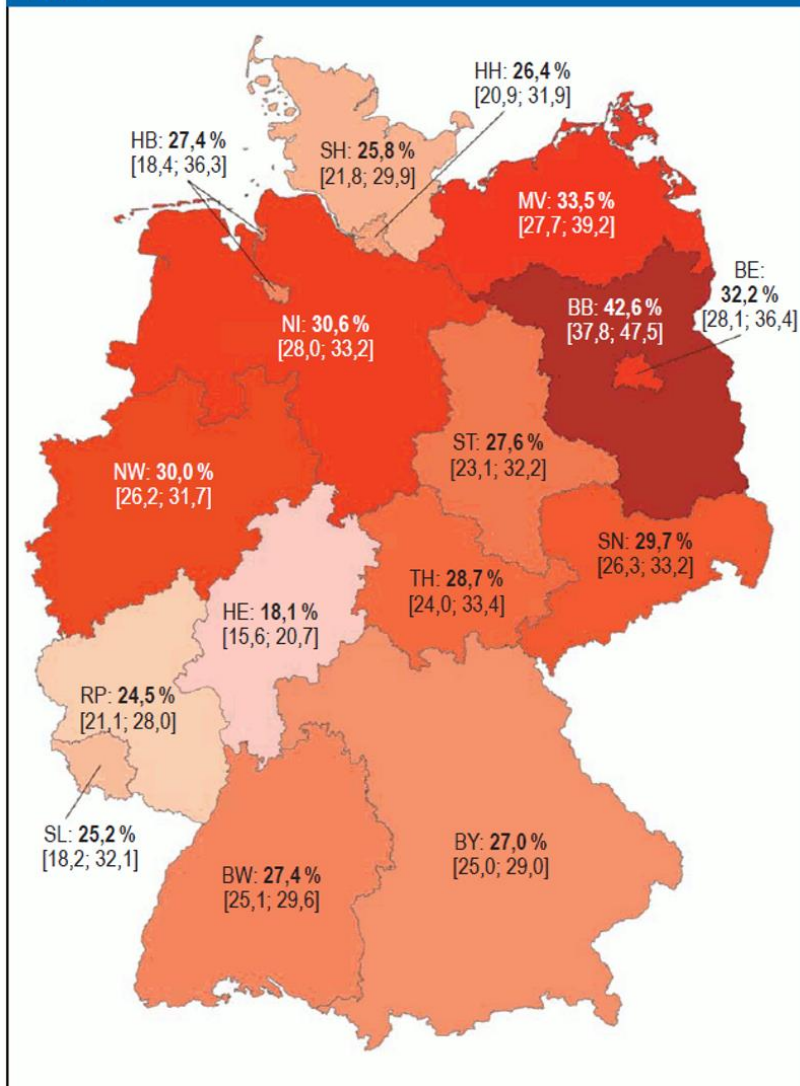
Dieser Ansatz ignoriert aus der Epidemiologie bekannte Forschungsergebnisse, wonach beispielsweise ein niedrigerer sozioökonomischer Status mit einer höheren Morbidität einhergeht – das Einkommen pro Kopf in NRW liegt unter dem Bundesdurchschnitt - und vorliegende Daten.

So liegt der Anteil der Raucher in Nordrhein-Westfalen über dem Bundesdurchschnitt und deutlich über den Werten von Baden-Württemberg und Bayern, die eine geringere Krankenhaushäufigkeit aufweisen als Nordrhein-Westfalen. Rauchen ist ein wesentlicher Risikofaktor für viele Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen.

So liegt die altersstandardisierte Krebshäufigkeit für Männer (alle Krebsarten) in NRW bei 435 (auf 100.000 Einwohner), in Bayern nur bei 327 und in Baden-Württemberg nur bei 350 (aktuellste Daten von 2016; Quelle: <https://atlas.gekid.de/CurrentVersion/atlas.html>).

Dass eine im Schnitt 30% höhere Krebshäufigkeit auch eine höhere Krankenhaushäufigkeit nach sich zieht, ist unmittelbar einsichtig.

GRAFIK



Gewichtete 1-Jahres-Prävalenz [95%-Konfidenzintervall] aktueller Tabakraucher je Bundesland

Gesamtstichprobengröße N = 12 273, 1-Jahres-Prävalenz Gesamtdeutschland = 28,3 %.

BW, Baden-Württemberg; BY, Bayern; BE, Berlin; BB, Brandenburg;
 HB, Bremen; HH, Hamburg; HE, Hessen; MV, Mecklenburg-Vorpommern;
 NI, Niedersachsen; NW, Nordrhein-Westfalen; RP, Rheinland-Pfalz; SL, Saarland;
 SN, Sachsen; ST, Sachsen-Anhalt; SH, Schleswig-Holstein; TH, Thüringen

An anderer Stelle prognostiziert das Gutachten - trotz der bekannten demographischen Entwicklung - eine sinkende Belegung und einen Rückgang der Krankenhaushäufigkeit. Das wird in der Gesetzesbegründung explizit aufgegriffen.¹

Methodische Grundlage für diese Aussagen ist u.a. die Annahme eines „Ambulantisierungspotentiales“ bei kurzen stationären Aufenthalten von 1-3 Tagen.

¹ „Das Gutachten prognostiziert für die Jahre 2022-2032, dass aufgrund der aktuell beobachtbaren Überversorgung und der prognostizierten sinkenden Belegung in fast allen Leistungsbereichen in der Somatik deutliche Überkapazitäten auftreten werden. Es werde insgesamt von einem Rückgang von knapp 6 Prozent der Fälle ausgegangen“. (S.27 Gesetzentwurf KHGG)

Mit Einführung der DRGs ist es (erwartbar) zu einem konstanten Absinken der durchschnittlichen Verweildauer gekommen. Für Patienten ist dies nicht ohne Risiko. In Australien, dem Mutterland der DRGs, wurde angesichts von vielen (vermeidbaren) Todesfällen das Konzept der „unteren Grenzverweildauer“ eingeführt wurde, das auch im deutschen DRG-System übernommen wurde.

Aus einer „blutigen Entlassung“ darf künftig nicht ein ambulant zu behandelnder Fall werden. Das Land Berlin geht in seinem aktuellen Krankenhausplan 2016 anders als die Gutachter aufgrund der demographischen Entwicklung von einer steigenden Krankenhaushäufigkeit aus.²

Umso mehr begrüßen es die Ärztekammern, dass sich das Land mit der neuen Krankenhausplanung nicht einer einseitigen Schließungs- und Zentralisierungsphilosophie verpflichtet, sondern stattdessen auf eine bessere Aufgabenteilung und mehr Kooperation der Krankenhäuser und einen Erhalt der flächendeckenden Versorgung setzt.

C. Anforderungen an die Krankenhausplanung aus Sicht der Ärztekammern

Die Kammerversammlungen der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Nordrhein haben sich im November mit den Anforderungen an eine zukunftsgerichtete Krankenhausplanung aus ärztlicher Sicht befasst. Dabei wurden sechs wichtige Handlungsfelder benannt:

1. Eine differenzierte Planung erfordert fundierte medizinisch-fachliche Grundlagen und eine sorgfältige Folgenabschätzung.

Es ist gut, dass Nordrhein-Westfalen auf eine bessere Strukturierung, auf sinnvolle Aufgabenteilung und auf mehr Kooperation der Krankenhäuser untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten setzen will.

Der geplante Einstieg in eine differenzierte Leistungsplanung ist ein für diesen Zweck prinzipiell geeignetes Mittel.

Sie erfordert jedoch eine sorgfältige medizinisch-fachliche Prüfung der gewählten Planungsparameter, um Fehlsteuerungen und Verwerfungen zu vermeiden.

Die Landesregierung ist deswegen aufgefordert, den medizinisch-fachlichen Sachverstand der Ärztekammern auch bei der weiteren Erarbeitung intensiv einzubeziehen und die neue Systematik einer gründlichen Folgenabschätzung zu unterziehen.

² „Die absehbare demografische Entwicklung hat einen wesentlichen und vergleichsweise gut zu prognostizierenden Einfluss auf den zu erwartenden Bedarf an Krankenhauskapazitäten in Berlin. Unabhängig von der aktuellen Bevölkerungsdynamik, die zu einem bisher so nicht erwarteten Zuwachs in den mittleren und jüngeren Altersgruppen führt, wird über den gesamten Prognosezeitraum eine deutliche Verschiebung der Bevölkerungszahlen innerhalb der älteren Bevölkerung in die höheren Altersgruppen (demografische Alterung) stattfinden. In diesen zahlenmäßig anwachsenden höheren Altersgruppen besteht ein höheres Risiko infolge einer Krankheit stationär behandelt werden zu müssen.“ (S. 44 Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin)

2. Mehr Spezialisierung erfordert verbindliche Vorgaben für die Zusammenarbeit der Krankenhäuser bei der Qualifizierung des ärztlichen Nachwuchses.

Die Ärztekammern begrüßen die grundsätzliche Orientierung der Krankenhausplanung an der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Die Weiterbildungsordnung spiegelt den Stand des medizinischen Fortschritts und die Versorgungserfordernisse wider. Sie muss deswegen den Planungszuschnitt und die Qualitätsanforderungen prägen.

Zentrale Qualitätsmerkmale einer Krankenhausabteilung sind die Ausstattung mit Fachärztinnen bzw. Fachärzten und das Vorliegen einer Weiterbildungsbefugnis.

Um auch unter den Bedingungen einer stärkeren Spezialisierung den ärztlichen Nachwuchs auf hohem Niveau weiterbilden zu können, sind Weiterbildungsverbände zwischen Standorten der Spezial- und der Regelversorgung verbindlich vorzugeben.

3. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erfordert regionale und (in der Grundversorgung) wohnortnahe Kooperationen. Für solche Kooperationen muss der Krankenhausplan Anreize bieten.

Das DRG-System und eine fehlende Detailplanung haben benachbarte, konkurrierende Krankenhäuser oft genug in eine kontraproduktive Konkurrenzsituation getrieben.

An deren Stelle müssen regionale oder wohnortnahe Versorgungskonzepte treten, damit knappe Ressourcen wie Personal und Investitionsmittel am Patienten eingesetzt werden können.

Diese kooperativen Versorgungskonzepte müssen im Krankenhausplan gefördert werden, wirtschaftliche und juristische Barrieren (z. B. durch die Monopol-Gesetzgebung) überwunden werden.

4. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erfordert Sektoren übergreifende Kooperationskonzepte.

Mit Blick auf die ländlichen Regionen ist es richtig, dass das Land weiter am Prinzip der ortsnahen Versorgung festhält. Für die Verwirklichung dieses Ziels wird es in Zukunft verstärkt auf sektorenübergreifende Versorgungskonzepte ankommen. Deswegen muss das Belegarztwesen auch im neuen Krankenhausplan gefördert werden.

5. Die Bewältigung von Pandemien und anderen Gesundheitskrisen erfordert die Vorhaltung ausreichender Reservekapazitäten.

Nordrhein-Westfalen setzt mit dem neuen Krankenhausplan nicht primär auf Bettenabbau und Schließungen, wie dies von interessierter Seite immer wieder gefordert wurde.

Die COVID-19-Pandemie hat einmal mehr gezeigt, wie gefährlich ein solcher Weg gewesen wäre.

Als Konsequenz aus der Pandemie muss der Plan künftig besonderes Gewicht auf ausreichende Reservekapazitäten für den Infektionsschutz und in der Intensivmedizin legen.

6. Eine erfolgreiche Krankenhausplanung erfordert eine nachhaltige Investitionsfinanzierung und eine Reform des DRG-Systems.

Die Ärztekammern begrüßen es, dass Bund und Land – auch als Konsequenz aus der COVID-19-Pandemie – in erheblichem Umfang zusätzliche Investitionsmittel für die Krankenhäuser zur Verfügung stellen. Zugleich ist zu betonen: Die neue Krankenhausplanung wird nur dann nachhaltig erfolgreich sein können, wenn die Investitionsmittel nicht nur einmalig erhöht werden, sondern dauerhaft das erforderliche Niveau erreichen, welches sich aus den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Werten ergibt.

Außerdem muss Nordrhein-Westfalen sich auf Bundesebene entschieden für die längst überfällige Reform der Krankenhausvergütung einsetzen. Andernfalls werden alle Bemühungen des Landes um eine bessere Struktur der Krankenhausversorgung auch weiterhin durch die massiven Fehlsteuerungen des DRG-Systems konterkariert.

D. Stellungnahme zu den vorgesehenen Gesetzesänderungen im Einzelnen

1. Zu § 1 Abs. 1: wohnortnahe Versorgung

Die Ärztekammern begrüßen es ausdrücklich, dass das Land sich auch mit dieser Gesetzesnovelle weiterhin zum Ziel einer wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung bekennt. Die COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung einer erreichbaren Krankenhausversorgung noch einmal in aller Deutlichkeit gezeigt.

Es ist deswegen richtig, dass das Land – anders als es von manchen Akteuren aus Feld der Gesundheitsökonomie in den vergangenen Jahren immer wieder gefordert wurde – mit der neuen Planung zwar auf eine bessere Strukturierung der Krankenhausversorgung, nicht jedoch auf ein einseitiges Schließungs- und Zentralisierungskonzept hinwirkt.

Die Versorgung soll besser strukturiert werden, ohne dass es zu Einschränkungen der flächendeckenden Versorgung kommt. Die vom Land beauftragten Gutachter haben nicht nur einen Strukturierungsbedarf in der Spezialversorgung aufgezeigt, sondern auch nachgewiesen, dass es derzeit in manchen Regionen Lücken in der flächendeckenden Versorgung gibt, die zu beheben sind.

Das Adjektiv „wohnortnah“ steht im Übrigen dem Ziel einer besseren Strukturierung, wie sie das Land im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplans anstrebt, nicht entgegen, weil der Begriff der „Wohnortnähe“ schon immer einer Konkretisierung, Differenzierung und Operationalisierung durch die Rahmenvorgaben des Krankenhausplans zugänglich war (vgl. dazu die einschlägigen Kommentare zum Krankenhausgestaltungsgesetz NRW).

Der Minister hat zwischenzeitlich – auch als Konsequenz aus den Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie – angekündigt, dass es in Nordrhein-Westfalen dabei bleiben soll, dass für mindestens 90% der Einwohner ein Krankenhaus innerhalb von 20 Autominuten erreichbar ist. Diese Operationalisierung sollte im Krankenhausrahmenplan als Grundsatz festgeschrieben werden. Mit dieser Vorgabe bleibt ein weiter Spielraum für die notwendigen Weiterentwicklungen der Krankenausstrukturen in den Ballungsräumen.

2. Zu § 1 Abs. 4: Kooperation der Krankenhäuser bei der Aus- und Weiterbildung

Krankenhäuser sind gemäß § 1 Abs. 4 KHGG verpflichtet, im Rahmen ihrer Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie von psychologischen Psychotherapeuten bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken. Dieser Verpflichtung kommt angesichts des bedrängenden Nachwuchsmangels in der Ärzteschaft wie bei den anderen Gesundheitsfachberufen besondere Bedeutung zu. Sie bedarf unter den Bedingungen der neuen, differenzierteren Krankenhausplanung einer Präzisierung.

Wenn künftig im Interesse einer höheren Versorgungsqualität und Effektivität bestimmte Leistungsbereiche der Spezialversorgung (z.B. Wirbelsäulenchirurgie, Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse, spezielle kardiologische Leistungen) an einer kleineren Zahl von Standorten gebündelt werden sollen, hat dies Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung.

Um auch in Zukunft eine umfassende Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses sicherzustellen, muss dafür gesorgt werden, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung an Krankenhäusern der Grundversorgung beginnen, in einem geordneten Verfahren die Chance erhalten, die erforderlichen Teile der Spezialversorgung an den dafür ausgewiesenen Krankenhäusern zu erlernen.

Dies kann über entsprechende Weiterbildungsverbände erreicht werden, wie sie sich schon heute in manchen Bereichen bewährt haben.

Angesichts der angestrebten stärkeren und verbindlicheren Strukturierung der Krankenhauslandschaft müssen solche Verbände nun verbindlich vorgegeben werden.

Krankenhäuser, denen das fachlich wie wirtschaftlich attraktive „Privileg“ der Spezialversorgung zugesprochen wird, müssen damit auch eine besondere Verantwortung für die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses übernehmen.

Dies gilt in ähnlicher Weise auch für Weiterbildung anderer Gesundheitsfachberufe.

Diese grundsätzliche Verpflichtung sollte gesetzlich normiert werden, damit für eine Konkretisierung im Rahmenplan eine verlässliche Grundlage besteht.

Änderungsvorschlag:

§ 4 Abs. 1 ist um folgenden Satz 2 zu ergänzen:

„Zu diesem Zweck schließen Krankenhäuser, deren Versorgungsauftrag spezifische Leistungsgruppen gemäß § 12 Abs. 3 umfasst, nach den Vorgaben des Rahmenplans verbindliche, auch trägerübergreifende Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhäusern.“

3. Zu § 12 Abs. 2: ortsnahe Versorgung der Bevölkerung

Die Beibehaltung des Ziels einer ortsnahen Versorgung der Bevölkerung ist ausdrücklich zu begrüßen. Zur Begründung siehe die Ausführungen unter Nr. 1 zur wohnortnahen Versorgung.

4. Zu § 12 Abs. 3 (neu):

Leistungsbereiche, Leistungsgruppen, besondere Leistungsangebote

Die Ärztekammern begrüßen ausdrücklich, dass sich Leistungsbereiche an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe orientieren sollen. Die Weiterbildungsordnungen geben eine sinnvolle Strukturierung der Medizin in Facharztkompetenzen, Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen vor.

Laut Gesetzentwurf werden den Leistungsgruppen qualitative Anforderungen zugeordnet. So ist z.B. die Vorhaltung bestimmter Medizintechnik oder die Anstellung einer Mindestanzahl von Fachärzten vorgesehen. Dabei ist auf eine sinnvolle Verknüpfung von Qualitätskriterien zu achten. Wenn die Zuteilung einer Leistungsgruppe „Palliativmedizin“ als Qualitätskriterium das Vorhandensein der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ gebunden ist, die Zuteilung einer Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ wiederum an das Vorhandensein der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“, setzt in dieser „Kettenreaktion“ die Zuteilung einer Leistungsgruppe „Palliativmedizin“ das Vorhandensein einer Intensivstation voraus.

Bei Berücksichtigung dieser Aspekte ist die in § 12 Abs. 3 (neu) normierte Struktur der Krankenhausplanung mit Leistungsbereichen und Leistungsgruppen für die Breite der Versorgung insgesamt geeignet.

Bei der Diskussion der möglichen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen in den (Unter-)Arbeitsgruppen des Landesausschusses für Krankenhausplanung hat sich allerdings gezeigt, dass es spezielle Versorgungsangebote gibt, auf die sich diese Systematik nicht gut anwenden lässt.

Als Beispiele seien die Versorgung von Schwerbrandverletzten oder von anderen Schwerverletzten (sog. Polytrauma-Versorgung) genannt. Hier geht es im Wesentlichen um die Festlegung von Standorten, an denen diese Versorgung unter Einhaltung sehr hoher Qualitätsstandards erfolgen soll. Einige sehr spezielle Angebote lassen sich im Übrigen nur schwer einem bestimmten Leistungsbereich zuordnen, weil sie sehr stark interdisziplinären Charakter tragen.

Deswegen sollte das Gesetz neben der insgesamt prägenden Systematik von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen auch die Benennung von besonderen Leistungsangeboten vorsehen, wie dies in der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen bis 2007 prinzipiell möglich war.

Dies würde es dem Land auch ermöglichen, spezielle Versorgungsaufträge, die bisher als besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 136c Abs. 5 SGB V im Krankenhausplan vorgesehen sind (z.B. Brustzentren oder die sogenannten „Druckkammern“ zur Behandlung von Kohlenmonoxidvergiftungen) auch jenseits der inzwischen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss dominierten bundeseinheitlichen Zentrums-Systematik eigenständig festzulegen und ggf. entsprechend zu fördern.

Änderungsvorschlag:

§ 12 Abs. 3 (neu) ist um folgenden Satz zu ergänzen:

„Neben den Leistungsbereichen und Leistungsgruppen können die Rahmenvorgaben die Ausweisung von besonderen Leistungsangeboten vorsehen.“

5. Zu § 12 Abs. 5 (neu): Regionale Kooperationen

Es ist zu begrüßen, dass das Krankenhausgestaltungsgesetz und der Krankenhausplan Kooperationen ausdrücklich fördern will. Kooperationen sind insbesondere dann sinnvoll, wenn sie die Zusammenarbeit im kommunalen oder jedenfalls regionalen Kontext stärken und es Krankenhäusern der Grundversorgung ermöglichen, von der Kompetenz spezialisierter Krankenhäuser in der unmittelbaren Umgebung zu profitieren.

Demgegenüber sind Kooperationsmodelle kritisch zu sehen, die – eher ökonomisch motiviert und häufig trägerintern organisiert – weit voneinander entfernt liegende Krankenhäuser verbinden und so Krankenhäuser in der gleichen Region geradezu von der Zusammenarbeit ausschließen.

Solche Modelle laufen auch dem Gedanken einer wohnortnahen Versorgung für die betroffenen Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen zuwider.

Die Formulierungen in § 12 Abs. 5 (neu) sollten deswegen über den bereits enthaltenen Verweis auf den Einzugsbereich hinaus geschärft werden.

Änderungsvorschlag

§ 12 Abs. 5 (neu) Satz 2 ist folgendermaßen zu ergänzen (Einfügungen unterstrichen):

„Zudem soll die – vorrangig kommunaler oder regionaler Ebene, aber auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten sowie einer verbesserten Qualität in der Grundversorgung im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen.“

6. Zu § 13 Abs. 1 Satz 3 und 4: Mindestmengen

Die Regelung zur Festlegung von Mindestfallzahlen sehen wir auch in der vorgesehenen Umformulierung von § 13 Abs. 1 Satz 3 skeptisch. So sehr das Ziel zu begrüßen ist, die „anekdotische“ Erbringung gerade von hochspezialisierten Leistungen zu vermeiden, so sehr sprechen zwei wesentliche Einwände aus unserer Sicht gegen Mindestfallzahlen als Instrument der Landeskrankenhausplanung:

Zum einen stößt die Festlegung konkreter Mindestfallzahlen regelmäßig auf erhebliche methodische und juristische Probleme.

Dies gilt erst recht, wenn dies, wie der Gesetzestext ausführt, evidenzbasiert erfolgen soll. Auch dann, wenn sich ein prinzipieller Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität belegen lässt, ist es in der Regel schwierig, einen genauen „Schwellenwert“ zu definieren, der „bessere“ von „schlechterer“ Qualität trennscharf unterscheidet.

Die in Satz 4 genannten Übergangsregelungen, Ausnahmetatbestände und Härtefallregelungen bei „nachgewiesener hoher Qualität“ unterhalb der Mindestfallzahl bringen unseres Erachtens weitere methodische Probleme und Bürokratie-Risiken mit sich.

Zum anderen ist zu bedenken, dass die Festlegung von Mindestmengen potentiell Fehlankreize in Richtung einer Leistungszahlsteigerung entfalten kann.

Wir sprechen uns deswegen dafür aus, auf eine Regelung zu Mindestmengen auf Landesebene zu verzichten.

Eine stringente Krankenhausplanung, die gerade bei hochspezialisierten Leistungen nur so viele Standorte vorsieht, wie für die Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist, macht die Festlegung von Mindestmengen aus unserer Sicht im Übrigen entbehrlich.

Denn wenn das Land die Zahl der Standorte planerisch unmittelbar auf ein bedarfsgerechtes Maß begrenzt, stellt sich eine medizinisch sinnvolle, ausreichende Leistungszahl an den einzelnen Standorten von selbst ein.

Änderungsvorschlag

§ 13 Abs. 1 Satz 3 und 4 sind zu streichen.

7. Zu § 14 Abs. 3: Regionale Planungskonzepte, Information der Beteiligten

Die Absicht des Landes, die konkrete Umsetzung des Krankenhausplans in den regionalen Planungskonzepten künftig transparenter und zügiger abzuwickeln, ist ausdrücklich zu begrüßen. Schritte in diese Richtung sind bereits mit der letzten Novelle des Krankenhausgestaltungsgesetzes gegangen worden. Nun tritt eine frühere Information der unmittelbar Beteiligten nach § 15 Abs. 1 KHGG hinzu. Dies wird zu einer weiteren Verschlinkung und Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Die Ärztekammern werden dadurch in die Lage versetzt, ihren Sachverstand und ihren moderierenden Einfluss zu einem früheren Zeitpunkt in die Gespräche mit den Beteiligten einzubringen und so auf sachgerechte und möglichst einvernehmliche Lösungen hinzuwirken.

8. Zu § 16 Abs. 1: Spezialversorger

Die neue Systematik der Krankenhausplanung setzt zu Recht auf eine gestufte Versorgung. Dabei setzen spezielle Versorgungsangebote prinzipiell die Vorhaltung allgemeiner Versorgungsangebote voraus (Pyramidenmodell). Dies hatten auch die vom Land beauftragten Gutachter so vorgeschlagen.

Die Gutachter hatten allerdings auch darauf hingewiesen, dass es für wenige Fachkliniken auch in Zukunft möglich sein muss, sich auf eine spezialisierte Leistungserbringung zu beschränken, ohne die Grundversorgung im entsprechenden Gebiet in ihrer Breite mit abzudecken.

In Nordrhein-Westfalen ist hier beispielsweise an Fachkliniken im Bereich der Pneumologie und der Rheumatologie zu denken. Die in § 16 Abs. 1 dargestellte Systematik würde diese Kliniken vor die Alternative stellen, entweder die (in diesem Fall internistische) Grundversorgung in ihrer Breite mit zu übernehmen (durch Beantragung der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“) oder kategorisch auf die in der betreffenden speziellen Leistungsgruppe explizit ausgewiesenen Leistungen beschränkt zu bleiben (auf Basis der Weiterbildungsordnung oder – noch restriktiver - von jeweils zugewiesenen OPS-Codes). Beides wäre in der Versorgungsrealität kaum umsetzbar.

Die Gutachter hatten deswegen vorgeschlagen, dass diesen Spezialversorgern außer ihrer jeweiligen speziellen Leistungsgruppe auch derjenige Ausschnitt aus dem Spektrum der

Grundversorgung eröffnet werden muss, der unverzichtbar zur Erbringung der Spezialversorgung erforderlich ist.

Dies kann im Einzelnen im Krankenhausplan ausgeführt werden. Damit es dort beschrieben werden kann, sollte jedoch eine entsprechende Grundlage im Gesetzestext gelegt werden. Diese – an enge Voraussetzungen zu knüpfende – Öffnungsmöglichkeit kann an die Gesetzesformulierungen angeschlossen werden, die dem Land in bestimmten Fällen (wenn es die übergeordneten Ziele der Krankenhausplanung erforderlich machen) eine Einschränkung hinsichtlich einzelner Leistungsgruppen oder Leistungsbereiche ermöglicht.

Änderungsvorschlag

§ 16 Abs. 1 ist um folgenden Satz zu ergänzen:

„Unter der gleichen Voraussetzung kann im Falle von Krankenhäusern, denen aufgrund besonderer Versorgungserfordernisse und unter Berücksichtigung der Vorgaben von § 12 Abs. 5 (neu) ausschließlich eine oder mehrere spezielle Leistungsgruppen zugewiesen werden, der Versorgungsauftrag um denjenigen Teil des Spektrums der zugehörigen allgemeinen Leistungsgruppen erweitert werden, der zur Erbringung der Leistungen der speziellen Leistungsgruppen erforderlich ist.“