

CURACON GmbH · Calor-Emag-Straße 1 · 40878 Ratingen

Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in
Kooperation mit Jüngerkes & Schlüter

CURACON GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Calor-Emag-Straße 1
40878 Ratingen

Tel. 0 21 02/16 69-0
Fax 0 21 02/16 69-110

ratingen@curacon.de
www.curacon.de

Ausschuss für Gesundheit und Soziales

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
17/4595**

A01

23. November 2021

Stellungnahme zur

Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für das Land Nordrhein-Westfalen

Vorlage 17/5764

Grundsätzlich begrüßen wir den Ansatz, die in Jahrzehnten tradierte Methodik der Krankenhausbedarfsplanung auf Grundlage veränderter Versorgungsrealitäten und gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen neu aufzustellen. Ebenso halten wir die Planung in Leistungsbe-
reichen und -gruppen anstelle von Fachabteilungsplanungen für genauer und bedarfsrelevanter, insbesondere, da der initial im Vorgutachten eingeschlagene Weg der Klassifikation aufgrund des DRG-Systems jetzt zugunsten einer Klassifikation auf Grundlage der ICD- und OPS-Kataloge verlassen wurde. Dies stellt für uns einen Weg dar, schädlichen Wettbewerb zu reduzieren und die Notwendigkeiten einer qualitativ guten Versorgung abzubilden.

Wir sehen die Vorlage als einen ersten Schritt, jetzt in der Umsetzung der Krankenhausplanung in diese Richtung zu gehen und möchten in unserer Stellungnahme auf einige Punkte hinweisen, die unseres Erachtens auf diesem Weg diskutiert bzw. geklärt und beachtet werden sollten.

Für einige, eher spezialisierte Leistungsgruppen liegt eine genaue Definition über ICD-Diagnosen und OPS-Codes bereits vor, für viele eher allgemein gefasste Leistungsbereiche nicht. Hier wird in der Regel auf die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer für das jeweilige Gebiet verwiesen. Nach unserer Kenntnis werden ähnliche Verweise in der traditionellen Krankenhausplanung in Deutschland gerne vorgenommen, sind aber unseres Erachtens der Intention der „neuen“ Krankenhausplanung nicht angemessen, da Weiterbildungsordnungen zu einem anderen Zweck erstellt werden und Mindestanforderungen zur Erlangung der Facharztstreife beschreiben. Hier sollte in einer Weiterentwicklung eine Schärfung der Definitionen erfolgen.

Für uns ist aus dem Entwurf nicht eindeutig ersichtlich, wie mit Fällen umgegangen wird, bei denen die Versorgung über mehrere Leistungsgruppen hinweg erfolgt. Nach unserer Auffassung ist bei einer Bewertung zu Vorhaltungen und Kompetenz primär die Leistung in jeder Leistungsgruppe zu „werten“ und der Fallbezug aufzulösen, so dass die Kompetenz hier mehrfach „gewertet“ werden sollte. Für eine schlussendliche Überführung in eine Bettenplanung kann sekundär der Fallbezug wiederhergestellt werden.

Ebenso scheinen einige Leistungsbereiche sehr eng gefasst. Beispielsweise ist der Leistungsbereich „Hämatologie und Onkologie“ nur durch die Leistungsgruppen „Stammzelltransplantation“ und „Leukämie und Lymphome“ definiert, während alle anderen Tumorentitäten in spezifischen (Senologie) und allgemeinen Leistungsbereichen subsummiert werden. Gerade in diesem Bereich ist die fallsteuernde Aufgabe bei der Behandlung tumorerekrankter Patientinnen und Patienten oftmals gebündelt, die in einer derartigen Betrachtung komplett ausgeblendet wird. Somit würde dem Aspekt, dass eine Tumorbehandlung interdisziplinär übergreifend und nicht entlang von spezifischen Leistungsgruppen erfolgen sollte, wenig Rechnung getragen.

An diesem Beispiel wird auch gut ersichtlich, dass bei einer auf stationäre Versorgung fokussierten Beurteilung des Behandlungsspektrums und Versorgungsbedarfs relevante Aspekte ausgeblendet werden. So erfolgt leitlinien- und versorgungsbedarfsgerechte onkologische Versorgung heutzutage gerade im Zusammenspiel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, beispielsweise auch unter Nutzung des Instrumentariums der ASV (Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung). Hier kann also bei einem Leistungserbringer hohe Kompetenz im Leistungsbereich „Hämatologie und Onkologie“ bestehen, ohne dass diese in der hier gewählten Betrachtungsweise identifiziert wird, da die Behandlung ambulant erfolgt. Unseres Erachtens ist die ambulante Versorgungssituation deshalb, zumindest für Spezialbereiche, in den Planungskonferenzen mit zu betrachten.

Mit Blick auf die ambulante Versorgung insgesamt ist unseres Erachtens außerdem davon auszugehen, dass in den nächsten fünf bis acht Jahren ca. 10-15% der bisher stationären Leistungen aufgrund des medizinischen Fortschritts ambulant erbracht werden können. Diese Verschiebung von Versorgungsleistungen findet im aktuellen Landeskrankenhausplan keine Berücksichtigung. Trotzdem ist die ambulant-stationäre Verzahnung einer der Erfolgsfaktoren der Zukunft. Aus diesem Grund sollte der Landeskrankenhausplan auch Hinweise enthalten, wie die ambulant-stationäre Verzahnung gestärkt werden kann bzw. wie hier Anreize geschaffen werden können.

Die Qualitätskriterien der einzelnen Leistungsbereiche und -gruppen sind in der Regel eindeutig formuliert, für manche Begrifflichkeiten (z. B. Anforderungen an Konferenzen, Definition von Begriffen wie „Ernährungsberatung“ und „Kooperation“) sollten Konkretisierungen vorgenommen werden, damit diese nicht wie im Beispiel der Überprüfung von Strukturkriterien durch den Medizinischen Dienst definiert werden.

Bei einigen Qualitätskriterien ist für uns nicht ersichtlich, warum diese Eingang in den Katalog gefunden haben. Beispielsweise ist für mehrere Leistungsgruppen die Vorhaltung eines Basislabors 24/7 hinterlegt. Dies meint sicherlich die zeitnahe und qualitätsgesicherte Bestimmung von Laborparametern rund um die Uhr. Diese Leistungen können aber, beispielsweise in Ballungsgebieten, problemlos auch in Kooperation mit einem externen qualifizierten Leistungserbringer erfolgen, da in der Regel die Transportzeit nicht das Problem bei der Leistungserbringung darstellt, sondern die digitale Übermittlung der Ergebnisse mit der Möglichkeit der Qualitätssicherung in größeren Strukturen eher eine Verbesserung der Versorgungsqualität nach sich zieht. Dies gilt ebenfalls für radiologische Verfahren (z. B. Szintigrafie, Osteodensitometrie).

Aus der Vorlage ist für uns nicht ersichtlich, wie das Procedere in den regionalen Planungskonferenzen vorgesehen ist. Diesbezügliche Verwaltungsvorschriften sind nicht abgebildet. In diesen Konferenzen wird jedoch die entscheidende Weichenstellung für die Umsetzung einer neuen Versorgung erfolgen. Deshalb gestatten Sie uns, dass wir hierzu einige Fragen anzeigen und Überlegungen darstellen:

- Wie erfolgt die Einwertung der Leistungsmengen in den einzelnen Leistungsgruppen und -bereichen in der jeweils betrachteten Planungsregion? Außer von durch den GBA bereits definierten Mindestmengen gibt es unseres Erachtens zu einer Bewertung einer „adäquaten“ Menge keine Evidenz. Somit ist davon auszugehen, dass es in einer Planungsregion mehrere Leistungserbringer mit relevanten Fallzahlen in den verschiedenen Bereichen geben wird. Hier aufgrund eines mathematischen Verfahrens „Schwellwerte“ zu definieren, halten wir für schwer nachvollziehbar und angreifbar. Man wird hier wahrscheinlich zu regionalen Versorgungsanalysen greifen müssen, die Versorgungsbedarf, Erreichbarkeit, Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Angebot und Trägervielfalt berücksichtigen müssen.
- Gibt es Vorstellungen zu einer „Versorgungslandkarte“, die eine Verzahnung von Ober- und Mittelzentren sowie regionalen Versorgungsstrukturen berücksichtigt, z. B. in der Onkologie?
- Müssen qualitative Strukturen bereits bei der Ersterhebung erfüllt sein oder wird es bei der Umsetzung bei positiven Grundvoraussetzungen „Entwicklungspfade“ geben, d. h. kann die Erfüllung einzelner Kriterien in einem zu definierenden Zeitraum erfolgen?
- Wie erfolgt der Nachweis der Erfüllung von Strukturkriterien nach Ausscheiden von „relevanten“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern? Wird es für Nachbesetzungen Fristigkeiten geben und werden Mengenregelungen ähnlich wie bei der Mindestmengenregelung des GBA einen Zeitraum für die „Wiedererfüllung“ ermöglichen?

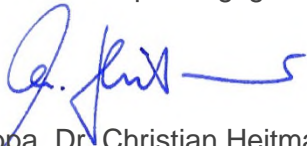
- Mit welchem Zeitraum wird gerechnet, der von der Antragstellung bis zur Erteilung des Versorgungsauftrages reicht? Dahinter steht der Punkt, dass die Sicherstellung der Strukturkriterien für Leistungserbringer einen Aufwand darstellt, der bei Nicht-Erteilen des Versorgungsauftrages umsonst erfolgt wäre und nicht refinanzierte Kosten darstellt. So ein Zeitraum müsste zeitlich eng begrenzt sein.

Nach unserer Einschätzung lassen sich einige Probleme und Fragen bereits aus der Vorlage ableiten, hierzu haben wir in unserer Stellungnahme verschiedene Beispiele aufgezeigt. Wesentlich wichtiger als eine allumfassende Analyse zum jetzigen Zeitpunkt scheint uns jedoch die Bereitschaft zur Akzeptanz eines „lernenden Systems“ zu sein.

Die erfolgskritischen Punkte werden nämlich erst in der Anwendung und Umsetzung angestoßen werden. Deshalb muss auf Seite der Beteiligten auch die Bereitschaft bestehen, diesen neu aufgezeigten Weg der Krankenhausplanung mitzugehen, aber auch aus eventuellen Fehlern oder Fehlentwicklungen zu lernen und die Systematik anzupassen. Es wird also aus unserer Sicht einer fortlaufenden Anpassung und Evaluation sowohl der vorgelegten Klassifikationssystematik als auch vielmehr des noch nicht vollständig ausformulierten Planungsprozederes bedürfen.

Mit freundlichen Grüßen

CURACON GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



ppa. Dr. Christian Heitmann
Partner
Unternehmensberatung



ppa. Prof. Dr. Christoph Gries
Senior Manager
Unternehmensberatung