

30. September 1997

Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zu Artikel 3 des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen - Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) begrüßt die Bemühungen, durch eine Straffung der Verwaltungsvorschriften zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen beizutragen. Hervorzuheben sind auch die Absichten, eine valide und objektivierbare Datenbasis zu erhalten, die für die Beteiligten im Gesundheitswesen und insbesondere für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) und für die Gesundheitsämter eine bessere Grundlage für Planungsentscheidungen bilden kann.

Auf die Notwendigkeit zur Abstimmung der Leistungserbringer mit den für die Sicherstellung verantwortlichen behördlichen Einrichtungen, den Kostenträgern sowie der einzelnen Leistungsbereiche untereinander hat die KGNW bereits in der Vergangenheit immer wieder hingewiesen. Die KGNW unterstützt dabei insbesondere die Bemühungen, auf örtlicher Ebene die Verzahnung zwischen den Leistungsbereichen auszubauen. Auf örtlicher Ebene sollte die bereichsübergreifende Koordination von Behandlungsabläufen verbessert und die Möglichkeit geschaffen werden, dazu gegebenenfalls auch neue rationellere Kooperationsformen zu etablieren.

Es stellt sich hierbei jedoch die Frage, inwieweit der öffentliche Gesundheitsdienst tatsächlich in der Lage sein kann, wie in § 3 vorgesehen, nicht nur für eine umfassende Information, sondern auch für eine Koordination der gesundheitlichen Maßnah-

men und Leistungen und somit für eine verbindliche Arbeitserledigung Sorge zu tragen. Diese Frage stellt sich noch dringender durch die in § 6 Abs. 6 definierte Aufgabe der ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung durch das Gesundheitsamt, die in § 24 (Kommunale Gesundheitskonferenz) näher dargestellt wird.

Mit dem ÖGDG wird auf örtlicher Ebene durch die kommunale Gesundheitskonferenz (§ 24) ein Abstimmungsgremium geschaffen, das aus der Aufgabenstellung der Krankenhäuser heraus insbesondere die Verantwortung des Landes für die Krankenhausplanung in Frage stellt. Die bald zweijährigen Erfahrungen aus dem Modellprojekt "Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung" und den in diesem Projekt als Vorläufer zur kommunalen Gesundheitskonferenz etablierten "Runden Tischen" zeigen, daß zur Zeit keine Ergebnisse vorliegen, die es geeignet erscheinen lassen, das Konzept der ortsnahen Koordinierung auf breiter Ebene umzusetzen. Vielmehr lassen erste Ergebnisse eher bezweifeln, daß durch eine Umsetzung des Modellprojekts die Zielsetzung des ÖGDG, rationellere Abstimmungsprozesse zu erzeugen, auch nur annähernd erreicht werden kann.

Wie bereits dargestellt ist zwar zu begrüßen, daß die Abstimmung der Leistungserbringer mit den für die Sicherstellung verantwortlichen behördlichen Einrichtungen, den Kostenträgern sowie der einzelnen Leistungsbereiche untereinander auf örtlicher Ebene verbessert werden soll. Jedoch ist eine Gesundheitskonferenz im Sinne der "Runden Tische" des o.g. Modellprojekts aufgrund ihrer unklaren Kompetenzstrukturen und heterogenen Zusammensetzung völlig ungeeignet, die flächendeckende Versorgung des Landes mit Krankenhausleistungen ortsübergreifend und effizient zu gestalten. Krankenhausleistungen werden vielfach weit über die Grenzen einer Kommune hinaus nachgefragt und bedürfen daher der überörtlichen Koordination. Aus diesem Grund obliegen die Beratungen und Entscheidungen über Bedarfsfragen im Krankenhausbereich nach Bundes- und Landesrecht eindeutig dem Land und den eigens hierzu eingesetzten Gremien.

Bereits unmittelbar nach der Ausschreibung zu dem o.g. Modellprojekt haben sich die Mitglieder des von Minister Müntefering geleiteten Landesausschusses für Krankenhausplanung in seiner Sitzung am 23. Januar 1995 ebenso wie die vom diesem Landesausschuß eingesetzte Expertengruppe zum Krankenhauskonzept Nordrhein-Westfalen mit kaum zu widerlegenden Argumenten gegen die Verknüpfung der Krankenhausplanung mit diesem Modellprojekt gewandt. Der Sicherstellungsauftrag des Landes für die Krankenhausplanung und -versorgung wäre durch die Ausweitung des Kreises der Mitwirkenden auf nur peripher an der Krankenhausversorgung Beteiligte nachhaltig ausgehöhlt. Die auf Landesebene wahrzunehmende Verantwortung für die Krankenhausplanung würde unübersehbar vermischt mit zahlreichen sozialen, psycho-sozialen, medizinischen und pflegerischen Aspekten ganz unterschiedlicher Aufgabenstellung, Trägerschaften, räumlicher Zuordnung und betroffener Bevölkerungsgruppen.

Der zuständige Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Franz Müntefering, hatte deshalb am 23. Januar 1995 bereits eindeutig klargestellt, daß der Bereich der Krankenhausplanung nicht mit dem Modellprojekt der ortsnahen Koordinierung verknüpft werden wird. Daß diese Verknüpfung jedoch ausdrücklich hergestellt werden soll, belegt ein Papier des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS NW), das sich über die Klarstellung des Ministers hinwegsetzt (**Anlage**).

Die Tatsache, daß in dem fast zeitgleich zur Diskussion stehenden Referentenentwurf für das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen bereits ein Einstieg für die Einbeziehung der Ergebnisse der ortsnahen Koordinierung vorgesehen ist, ohne daß daraus klar hervorgeht, wie und auf welcher Ebene übergeordnete Aspekte der Krankenhausplanung zum Ausgleich gebracht werden sollen, erhärtet die Bedenken gegen die regelhafte Einführung eines solchen Konferenzverfahrens zum Zwecke der Krankenhausplanung.

Gegen die Einbeziehung des Konzeptes der ortsnahen Koordinierung gemäß dem Modellprojekt sprechen jedoch auch methodische Gründe.

In der Landesgesundheitskonferenz, die dieses Modellprojekt konstruktiv begleitet hat, hatte man sich gemeinsam mit dem MAGS NW darauf verständigt, ein unabhängiges Institut mit der Evaluierung dieses Modellprojektes zu beauftragen. Erst nach Bewertung des auf Verbesserung der Abstimmungsprozesse auf kommunaler Ebene angelegten Modellprojektes sollte eine Empfehlung an das Ministerium ausgesprochen werden, ob dieses Instrumentarium geeignet sein kann, die Abstimmungsprozesse auf kommunaler Ebene zu verbessern oder nicht.

Nach nunmehr nahezu zweijähriger Laufzeit ist ein Abschluß des Projektes noch nicht greifbar. Ebenso wurde die Evaluierung bislang noch nicht abgeschlossen. Ein Zwischenbericht liegt nur für den Bereich der Strukturevaluierung vor. Die Prozeß- und vor allem die Ergebnisevaluierung stehen noch aus.

In vielen Kommunen konnte das Ziel, einvernehmliche Handlungsempfehlungen abzugeben, naturgemäß nicht erreicht werden. Ein Konsens bei den "Runden Tischen" konnte insbesondere in den Kommunen nicht erreicht werden, in denen Projekte im Mittelpunkt standen, die sich die Krankenhausplanung als Ziel gesetzt haben. Angesichts eines sich verschärfenden Wettbewerbs innerhalb der Leistungsbereiche aber auch zwischen ihnen ist ein auf Konsens ausgerichtetes Gremium aufgrund ganz unterschiedlicher Interessenslagen und Aufgabenstellungen zwangsläufig zum Scheitern verurteilt. Dies gilt insbesondere dort, wo es sich um Kapazitätsreduzierung handelt. Über Ausweitungen von Kapazitäten bzw. Neuansiedelung von Leistungsangeboten in der Kommune läßt sich dagegen leichter Einvernehmen erzielen. Diese Einschätzung belegt auch der Zwischenbericht über die Strukturevaluierung.

Ob sich durch das Instrument des "Runden Tisches" bzw. die kommunale Gesundheitskonferenz die Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen stärken läßt, muß nachhaltig bezweifelt werden. Die Kommunen sind zum Teil schon aus Gründen fehlender rechtlicher Zuständigkeit mit dieser Aufgabenstellung überfordert. Die Beratungen der "Runden Tische" waren von einem dauernden Diskussionsprozeß geprägt, der durch zum Teil rechtlich zwingende Kompetenzunterschiede und entsprechend unklare Abgrenzungen sowie die dadurch fehlenden homogenen Entscheidungsstrukturen beeinträchtigt wurde. Diese Art der Abstimmung hat in vielen Kommunen dazu geführt, daß allein für die Erfüllung ihrer Moderationsaufgabe neue Stellen eingerichtet und zusätzliche Ausstattung (z.B. zur Abwicklung der Kommunikation) angeschafft werden mußte. Für die Laufzeit des Modellprojektes standen hierfür Fördermittel des Landes zur Verfügung.

Die Frage, ob durch die flächendeckende Einführung dieses Instrumentes Kosten eingespart werden oder zusätzliche Kosten entstehen, deren Finanzierung erst noch geklärt werden muß, beantwortet sich angesichts des zu erwartenden Abstimmungs- und Verfahrensaufwandes von selbst.

Das ÖGDG sieht weiter die Einrichtung einer Landesgesundheitskonferenz nach § 26 vor, um in gesundheitspolitischen Fragen von grundsätzlicher Bedeutung das Fachministerium zu beraten, Empfehlungen abzugeben und an ihrer Umsetzung mitzuwirken. Diese Regelung soll, wie in der Begründung zu § 26 dargelegt, der bisherigen Praxis folgen.

Selbst wenn die Mitarbeit der beteiligten Institutionen an der bisherigen Form der Landesgesundheitskonferenz maßgeblich von deren Eigeninitiative, freiwilligem Engagement und dem Willen zur Kooperation geprägt war, darf dies jedoch nicht darüber hinweg täuschen, daß beinahe regelmäßig die Funktion und die Verbindlichkeit der Landesgesundheitskonferenz wegen der heterogenen Kompetenzstrukturen von den Beteiligten in Frage ge-

stellt werden mußte. Eine starre gesetzliche Verankerung dieses noch immer in Fluß befindlichen Vorhabens löst das Problem der unterschiedlichen Kompetenz- und Verantwortungsebenen nicht und birgt die Gefahr, daß über den Selbstbestimmungs- und Selbstbindungscharakter hinaus eine Verbindlichkeit der Beratungen und Entschließungen der Landesgesundheitskonferenz suggeriert wird, die aufgrund der bestehenden Rechtslage nicht umzusetzen ist. Die positiven Aspekte der Landesgesundheitskonferenz werden durch eine starre Fixierung eher gefährdet als gefördert.

An dieser Stelle muß darauf hingewiesen werden, daß die Landesgesundheitskonferenz durch das ÖGDG gesetzlich etabliert werden soll, ohne daß jedoch ihre Arbeit in Form der noch ausstehenden Empfehlung zum eigens dafür eingerichteten Modellprojekt Ortsnahe Koordinierung überhaupt abgewartet, gewichtet und berücksichtigt wird. Bereits dieses Vorhaben steht in krassem Widerspruch zur Intention des Gesetzes selbst.

Abschließend muß festgestellt werden, daß durch das ÖGDG und insbesondere durch die Einrichtung von kommunalen Gesundheitskonferenzen ein weiterer massiver Organisations- und Bürokratisierungsschub mit entsprechenden erheblichen Kostenfolgen ausgelöst würde. Angesichts immer knapperer Ressourcen steht zu befürchten, daß dies nur über die Vernachlässigung und somit zu Lasten anderer Aufgaben auszugleichen wäre.

V/V A 7

Betreff: Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung
hier: Integration der Arbeit der runden Tische in die Krankenhausplanung

1.

1. Vorbemerkung

Mit dem Modellprojekt der ortsnahen Koordinierung zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung sind Planung, Gestaltung und Vollzug des Gesundheitswesens um ein weiteres Instrument ergänzt worden. Aufgrund übergreifender gesundheitspolitischer Entwicklungen und erster Erfahrungen mit den Runden Tischen zeichnet sich ab:

- Die Notwendigkeit zur Nutzung eines solchen Instruments wird von den Beteiligten an den Runden Tischen ausweislich des ersten Zwischenberichts zunehmend anerkannt und als Bereicherung empfunden.
- Gesundheitspolitik kann auf örtl. Ebene angesichts der absehbaren Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen ohne ein solches Instrument auf die Dauer kaum noch erfolgreich sein.

Mehrere Kommunen, die im Rahmen des Modellversuchs das Thema Krankenhausplanung bearbeiten, haben Klage darüber geführt, daß die Diskussionsprozesse des runden Tisches durch parallele Aktivitäten der Planungsbehörde (MAGS, BR) empfindlich gestört würden. Diesen Kommunen wurde zugesagt, die entsprechende Einflußnahme auf ein absolutes Minimum einzugrenzen. Dies gilt nicht für die zur Zeit im Rahmen des Strukturbereinigungsprozesses zur Entscheidung anstehenden Einzelfälle.

Inzwischen liegen erste Erfahrungen vor, die Hinweise geben, wo sich für die Beteiligten neue Chancen größerer Zielgenauigkeit

und Transparenz des Handelns ergeben und was bei den Verfahren verbessert werden kann und muß, um ein mögliches Gegeneinander zu vermeiden und das Miteinander zu erleichtern.

Mögliche Vorteile der ortsnahen Koordination speziell für die Krankenhausplanung liegen in

- größerer Akzeptanz bei den Beteiligten wegen nachvollziehbarer Relevanz ihres Handelns für die Gesamtbetrachtung der Bedarfs- und Angebotssituation im Gesundheitswesen
- größerer Zielgenauigkeit und besserer Gewichtung durch die Einbettung in den Gesamtzusammenhang und die Möglichkeit zur Bildung indikationenspezifischer Versorgungsketten
- die Möglichkeit zur Kombination bisher vorhandener mit bisher zum Teil nicht erschlossenen oder erreichbaren Informationen mit dem Ziel größerer Transparenz und damit auch der Verbesserung der Qualität der Krankenhausplanung selbst.

2. Schlußfolgerungen für das Verfahren

Idealtypisch sollte das Verfahren zur Krankenhausplanung mit der Beratung einvernehmlicher Handlungsempfehlungen an den Runden Tischen wie folgt stattfinden:

- Wenn ein krankenhausesrelevantes Thema am Runden Tisch gewählt wird, fordert die Kommune entsprechende Rahmendaten (künftig ggf. aus dem Krankenhausrahmenplan abgeleitet) an.
- Das Land stellt auf Wunsch vor Beginn der Beratungen die ihm vorliegenden Informationen nach Abstimmung zwischen MAGS und Bezirksregierungen den Beteiligten am Runden Tisch über die Geschäftsstelle zur Verfügung.
- Der Runde Tisch berät sein Thema unter Einschluß der krankenhausesplanungsrelevanten Aspekte.

- Nach Verabschiedung einvernehmlicher Handlungsempfehlungen setzen die Beteiligten mit ihren jeweiligen Instrumenten (z.B. gegenwärtig Planfortschreibung durch Land oder Vertragsaktivitäten durch Krankenkassen) diese Empfehlungen unter Berücksichtigung der für sie geltenden Anforderungen an Inhalt und Verfahren um. Da dies für alle Beteiligten mit einer Grundlage der Datenlieferung und Beratung am Runden Tisch gewesen ist, sind Differenzen zwischen den Empfehlungen des Runden Tisches und einer Bewertung der an der Krankenhausplanung Beteiligten nur dann zu erwarten, wenn abweichende Interpretationen der Daten vorlägen.

Allerdings sind einige Grundsätze zu beachten:

- Die notwendige Transparenz zwischen den Beteiligten am Runden Tisch macht es erforderlich, daß alle Beteiligten die Information der übrigen als Bringschuld betrachten. Einzelheiten sind im weiteren Verfahren typisiert festzulegen.
- Das Prinzip der Einvernehmlichkeit von Handlungsempfehlungen würde solche Empfehlungen scheitern lassen, wenn am Runden Tisch über die Bedarfsgerechtigkeit einzelner namentlich benannter Häuser bzw. einzelner ihrer Leistungen beraten würde. Unbeschadet der, möglicherweise allen Beteiligten bekannten Tatsachen ist deshalb die Diskussion am Runden Tisch abstrakt auf den Bedarf in der Region und die zu seiner Deckung erforderlichen Verfahren zu beschränken.
- Die Mitwirkung am Runden Tisch dokumentiert die Bereitschaft der Häuser, sich grundsätzlich und konstruktiv am übergreifenden Auftrag einer ausreichenden zweckmäßigen notwendigen und wirtschaftlichen gesundheitlichen Versorgung zu beteiligen und umgekehrt.
- Der Prozeß am Runden Tisch sollte nicht durch parallele Prozesse am Runden Tisch vorbei gestört werden können. Deswegen müssen sich während der Beratungen zu einem bestimmten Thema alle parallelen Aktivitäten (auch des Landes), die den konkreten Inhalt einvernehmlicher Handlungsempfehlungen aus der

Sicht der Beteiligten konterkarieren könnten, auf das notwendigste beschränken. Auch MAGS und Bezirksregierungen sollten sich deshalb in dieser Zeit der Bereitschaft zu Einzelgesprächen und -entscheidungen am Runden Tisch vorbei enthalten. Abweichungen sind wegen der Signalwirkung zumindest mit der Abteilungsleitung abzustimmen.

3. Verbesserung der Datensituation

Durch die Verschränkung der Verfahren ist zu erwarten, daß die verschiedenen Informationsquellen gemeinsam genutzt werden können.

- Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben verfügen das MAGS und die Bezirksregierungen über die folgenden Daten, die derzeit die wesentlichen Planungsgrundlagen bilden:
 - Abteilungsbezogene Auslastungsvorgaben, die vom Landesaus-schuß für Krankenhausplanung einvernehmlich beschlossen wurden und die fortgelten,
 - Abteilungsbezogene Durchschnittswerte der Verweildauern, die jährlich nach Auswertung der Krankenhausstatistik her-ausgegeben werden,
 - Betten-Soll- und -Ist der Häuser,
- Erfahrungswerte für notwendige Strukturveränderungen auf Grund medizinischer Entwicklungen
- In den Kommunen, die als Themenschwerpunkte den Bereich sta-tionäre Versorgung/Krankenhaus gewählt haben, ist es bis auf wenige Ausnahmen inzwischen gelungen, darüber hinaus eine Da-tenbasis gemeinsam mit den Krankenhausträgern vor Ort, den Krankenkassen und weiteren Beteiligten zusammenzustellen und so die Planungsgrundlage anzureichern. Dazu zählen:
 - Die Entlassungsdiagnosen der jeweiligen Krankenhäuser

- Ergänzende Daten der Krankenkassen und des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik einschließlich der Wanderungsstatistiken im laufenden Jahr.
- Substitutionsmöglichkeiten aufgrund konkreter Gegebenheiten vor Ort im Überschneidungsbereich ambulant/stationär (z.B. ambulante Operationen)

Somit bietet sich hier auf der Basis von Freiwilligkeit eine wesentlich größere Transparenz zur Analyse der stationären Versorgung der Bevölkerung vor Ort, die den überörtlichen Planungsebenen zugeleitet werden können. Ermöglicht werden am Runden Tisch auf diese Weise

- Auswertungen mit inhaltlicher Zuordnung zu stationären Leistungsarten und Entlassungsdiagnosen auf aktueller Datenbasis
- Analysen, wie viele Patienten in angrenzenden Kommunen versorgt werden oder aus angrenzenden Kommunen in der eigenen Kommune stationär versorgt werden (Patientenwanderung),
- Aktuelle Bedarfseinschätzungen der stationären Anteile, die für die Bevölkerung notwendig sind
- Aktueller Vergleich von Angeboten und Inanspruchnahmen stationärer Leistungen
- Bestandsaufnahmen und Auswertungen aufgrund vorhandener Informationen bei den Krankenkassen zur Feinsteuerung in angrenzenden Fachdisziplinen (z.B. Geriatrie angrenzend an Neurologie/innere Medizin)
- Bewertung der Auswirkungen der demographischen Entwicklung, der Folgen neuer Versorgungskonzepte usw. durch konkrete Abschätzung am Runden Tisch

- Nutzung der Daten der Ärztekammern über spezielle Hochrechnungen und Entwicklungen, wie z.B. bei der Perinatalerhebung

- Nutzung der von den Krankenhäusern vorgelegten Daten zur Entlassungsdiagnose mit komplementären Krankenkassendaten (z.B. Qualität der Daten/wiederholte Einweisung - ein Patient, aber mehrere „Fälle“, durchschnittliche Verweildauer). Die entsprechenden Daten werden von den jeweiligen Institutionen zwar bisher erhoben, allerdings ohne systematische Nutzung, Zusammenführung und Auswertung

- Am jeweiligen Runden Tisch oder übergreifend Erarbeitung von Konzepten zur Nutzung der Daten und Ergebnisse z.B. für prospektive Studien, Einrichtung von Referenzverfahren zur Entwicklung von Zeitreihen in einzelnen Kommunen).