

**TELEFAX****AOK Westfalen-Lippe**

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
12. WAHLPERIODE

**ZUSCHRIFT**  
**12/ 2126**

A C 1 + A C G

AOK Westfalen-Lippe · 44261 Dortmund

Nortkirchenstraße 103 - 106  
44263 Dortmund  
Telefon (02 31) 41 93-0  
Telefax (02 31) 41 93-1 07

Ausschußsekretariat des Ausschusses für  
Arbeit, Gesundheit und Soziales und Ange-  
legenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge  
z. H. Herrn Schlichting  
Landtagsverwaltung  
Postfach 10 11 43

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom  
11.11.D.2

Unser Zeichen

11.1.3 UK 841.31

Ihr Gesprächspartner

**Elke Neuhaus**

Telefon-/Telefax-Durchwahl

(02 31) 41 93-4 14/4 37

Datum

31.08.1998

40002 Düsseldorf

Gesetzentwurf des KHG NW

Sehr geehrter Herr Schlichting,  
sehr geehrte Damen und Herren,

die Verbände der Kostenträger in Nordrhein-Westfalen (einschließlich Verband der privaten Krankenversicherung – Landesausschuß Nordrhein-Westfalen -) nehmen zum Gesetzentwurf des KHG NW – Drucksache 12/3073 - wie folgt Stellung:

### 1. Allgemeines

Der Krankenhausbereich stellt mit bis zu 40 v. H. Anteil an den Gesamtausgaben den größten und wichtigsten Leistungs- und Kostenbereich der Krankenkassen dar. Ein Auseinanderdriften der verfügbaren finanziellen Mittel und der Ausgaben hat damit nirgendwo so dramatische Folgen wie in der stationären Versorgung. Wir begrüßen daher das Ziel des neuen KHG NW, die Verbände der Krankenkassen stärker in die Krankenhausplanung einzubinden.

Die vorliegenden Daten zur Krankenhausversorgung weisen eine enge Verbindung der Ausgaben im Krankenhausbereich zur Versorgungsstruktur, insbesondere der Bettendichte, auf. Nordrhein-Westfalen hat im stationären Krankenhausbereich die höchste Bettendichte aller vergleichbaren Flächenbundesländer. Nur in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen wird diese Bettendichte noch übertroffen. So werden in den einzelnen Bundesländern für jeweils 10.000 Einwohner folgende Betten vorgehalten (Basis 1996):

Städtische Sparkasse zu Schwelm  
Nr. 26 (BLZ 454 615 55)

Dortmunder Volksbank  
Nr. 3 034 000 600 (BLZ 441 600 14)

BfG-Bank Dortmund  
Nr. 1 000 903 800 (BLZ 440 101 11)

Commerzbank Dortmund  
Nr. 3 620 026 (BLZ 440 400 37)

Deutsche Bank Dortmund  
Nr. 1 20 600 200 (BLZ 440 700 50)

Dresdner Bank Dortmund  
Nr. 107 407 600 (BLZ 440 600 50)

Postbank Dortmund  
Nr. 19 971 482 (BLZ 440 100 48)

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

**AOK Westfalen-Lippe**

Datum: 31.08.1998

Blatt: 2

Baden-Württemberg	65,2
Bayern	71,2
<i>Berlin</i>	83,1
Brandenburg	66,3
<i>Bremen</i>	98,5
<i>Hamburg</i>	86,1
Hessen	68,5
Mecklenburg-Vorpommern	69,2
Niedersachsen	65,6
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<b>81,3</b>
Rheinland-Pfalz	72,0
Saarland	78,4
Sachsen	67,6
Sachsen-Anhalt	71,5
Schleswig-Holstein	59,9
Thüringen	76,3
<b>Deutschland insgesamt</b>	<b>72,5</b>

*(Quelle: Statistisches Jahrbuch 1998)*

Die Korrelation zwischen Bettendichte und Kosten für Krankenhausbehandlung je Einwohner beträgt in den westlichen Flächenländern 0,8. Die Korrelation von Krankenhausfällen je Einwohner und Bettendichte beträgt 0,87.

In Nordrhein-Westfalen beträgt die Häufigkeit der Krankenhausfälle auf 10.000 Einwohner 2.000, in Hessen 1.800 und in Baden-Württemberg 1.700. Die Quote ist in Nordrhein-Westfalen um 11,1 v. H. höher als in Hessen und um 17,6 v. H. höher als in Baden-Württemberg. Dabei liegt die durchschnittliche Verweildauer in Hessen mit 11,0 Tagen sogar schon deutlich unter der durchschnittlichen Verweildauer in Nordrhein-Westfalen von 11,8 Tagen. Damit kann u. E. von einer angebotsinduzierten Nachfrage im Krankenhausbereich gesprochen werden. Die angebots-induzierte Nachfrage führt zu einer überdurchschnittlich hohen

**AOK Westfalen-Lippe**

Datum: 31.08.1998

Blatt: 3

Kostenbelastung für Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Bundesländern. Denn zum einen steigen die durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber zu finanzierenden Ausgaben der Krankenkassen. Zum anderen entstehen durch überhöhte Fallzahlen im Krankenhausbereich allgemeine volkswirtschaftliche Kosten, die z. B. den Arbeitsmarkt durch hohe Ausfallzeiten belasten. Unter gesamtwirtschaftlichen Gesichtspunkten besteht daher aus unserer Sicht Handlungsbedarf.

Vor diesem Hintergrund leiten wir folgende Thesen für die zukünftige Zusammenarbeit im Bereich der Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen ab:

1. Alle Aktivitäten sind darauf zu fokussieren, eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung sicherzustellen.
2. Stationäre Versorgungsstrukturen und ambulante Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten müssen aufeinander abgestimmt sein. Es muß gewährleistet sein, daß die Versicherten nach Art und Schwere ihrer Krankheit qualifiziert und umfassend behandelt werden. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ hat aufgrund des medizinischen Fortschritts – insbesondere auch im medizinisch-technischen Bereich – noch mehr an Bedeutung gewonnen. Er ist bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen verstärkt zu berücksichtigen.
3. Im Vordergrund einer neuen Krankenhausplanung muß die Optimierung der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen stehen. Diese sind derzeit in Nordrhein-Westfalen gekennzeichnet durch eine medizinisch nicht zweckmäßige und zugleich kostentreibende Konkurrenz unmittelbar benachbarter Krankenhäuser.
4. Beurteilungskriterien für das stationäre Versorgungsangebot sind Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit. Der Prozeß der Optimierung erhöht die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Versorgungsangebotes. Optimierung erfordert zwingend auch eine Bettenanpassung, und zwar auch in Form der Aufgabe von ganzen Einheiten (Abteilungen oder Krankenhäuser).
5. Optimale Versorgungsstrukturen im stationären Bereich erfordern u. a., daß unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit ein ortsnahes Behandlungsangebot vorgehalten wird, das den medizinischen Erfordernissen entspricht. Dabei ist der Grundsatz eines abgestuften Versorgungsangebots (Grund-, Regel- und Spitzenversorgung) zu beachten.
6. Optimale Versorgungsstrukturen sind Voraussetzung für die Sicherung einer hohen medizinischen Qualität der stationären Leistungen. Die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung beschränkt sich in Deutschland überwiegend auf die Strukturqualität. Es bedarf daher intensiver Bemühungen um mehr Prozeß- und Ergebnisqualität. Dies setzt leistungsfähige stationäre Einheiten voraus, die Ziel des Optimierungsprozesses sind.
7. Hochwertige Versorgung (optimales Verhältnis von Nutzen und Kosten der gewünschten Leistungen) ist kongruent mit dynamischer Qualitätssicherung. Optimale Behandlung und

**AOK Westfalen-Lippe**

Datum: 31.08.1998

Blatt: 4

Wirtschaftlichkeit sind mithin zwei Seiten derselben Medaille. Die Zielerreichung im so definierten Sinne trägt der Knappheit der Mittel Rechnung; sie dient folglich auch der Eingrenzung der Lohnnebenkosten und leistet demzufolge einen positiven Beitrag zur Standortsicherung Nordrhein-Westfalen. Die im Vergleich zu anderen Bundesländern überproportional hohe Krankenhaushäufigkeit und die hohen Ausgaben für Krankenhausbehandlung schwächen im Augenblick die Wettbewerbssituation von Nordrhein-Westfalen.

Die Verbände der Kostenträger stellen sich der Diskussion dieser Thesen im Sinne einer Konsensbildung aller Beteiligten an der Krankenhausversorgung. Wenn Einvernehmen über die hier formulierten Ziele erreicht werden kann, gilt es, mit einem neuen KHG NW Rahmenbedingungen zu schaffen, die diese Ziele zeitnah und wirkungsvoll unterstützen. Zu den Punkten des Entwurfs des KHG NW, zu denen eine Anpassung weiterführend wäre, schlagen wir die unter 2. dargestellten Änderungen vor.

**2. Anpassungen KHG NW-Entwurf****§ 1 KHG NW-E - Grundsatz**

In § 1 des Gesetzes wird die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung genannt. Hierbei sollte (wie auch in § 13 Abs. 4) zur Klarstellung von einer abgestuften wohnortnahen Versorgung gesprochen werden. Im übrigen wird der unklare Begriff „wohnortnah“ potentiell zu Verwerfungen führen.

**§ 14 KHG NW-E - Rahmenvorgaben**

Nach Absatz 3 wird weiterhin eine Anzeigepflicht von Unterschreitungen der Regelauslastungen vorgesehen (zwei aufeinanderfolgende Kalenderjahre um 10 v. H.). In der Vergangenheit hat sich bei der Beurteilung von Planungsvorhaben der Krankenhäuser häufig gezeigt, daß den Verbänden der Krankenkassen nicht alle Daten (insbesondere auch von umliegenden Krankenhäusern) vorlagen. Es sollte das Ziel verfolgt werden, jederzeit eine aktuelle zeitnahe Basis für die Verbände der Krankenkassen und die anderen Verhandlungspartner für die Erstellung der Konzepte nach § 16 zu ermöglichen. Es bietet sich daher aus unserer Sicht an, daß alle Nutzungsdaten (Verweildauern, Fälle, Auslastungen) für jedes Krankenhaus ähnlich, z. B. bis 31.01. eines Folgejahres, übermittelt werden. Sofern dies aus systematischen Gründen nicht in § 14 geregelt werden kann, bestünde auch die Möglichkeit, einen entsprechenden Passus in § 17 Abs. 3 aufzunehmen.

**§ 16 KHG NW-E - Sonstige Festlegungen****§ 16 Abs. 1 KHG NW-E**

Gemäß Absatz 1 ist vorgesehen, daß Krankenhausträger, Verbände der Krankenkassen sowie die betroffenen Kreise/kreisfreien Städte ein gemeinsam und gleichberechtigt erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplanes vorlegen. Die Gründe der vorgesehenen gleichberechtigten Beteiligung der Kreise/kreisfreien Städte sind für uns nicht nachvollziehbar. In der Gesetzesbegründung wird als Ziel genannt, daß die kommunale Selbstverwaltung hierdurch gestärkt wird (Buchstabe F). Da die Kreise/kreisfreien Städte allerdings z. T. selbst Trä-

**AOK Westfalen-Lippe**

Datum: 31.08.1998

Blatt: 5

ger von Krankenhäusern sind, erhielten sie damit eine aus unserer Sicht zu starke Einflußmöglichkeit auf die Angebote anderer Krankenhäuser, zu denen die eigene Einrichtung in Konkurrenz steht. Der notwendige Abstimmungsprozeß wird hierdurch erheblich erschwert. Wir schlagen daher vor, die Konzepterstellung den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen vorzubehalten.

**§ 16 Abs. 2 KHG NW-E**

Gemäß Absatz 2 können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde zu Verhandlungen über ein Konzept auffordern. Dabei ist weder dem Gesetzestext noch der Begründung zu entnehmen, wer hier die zuständige Behörde ist. Aus unserer Sicht sollte dies wegen der Planungshoheit des Landes das Land selbst sein. Ferner ermöglicht Absatz 2 grundsätzlich jedem einzelnen Krankenhausträger, selbst zu Verhandlungen aufzufordern. Dies bedeutet eine Planung auf Basis von Einzelfallbetrachtungen. Eine zielgerichtete Umsetzung von Rahmendaten für eine Planungsregion wird hierdurch erheblich beeinträchtigt. Wegen der vorgesehenen Dreimonatsfrist, innerhalb derer die Verhandlungen eingeleitet werden müssen, besteht zudem unmittelbarer Handlungsdruck. Auch hierdurch wird eine sachgerechte Krankenhausplanung erschwert. Besser wäre es aus unserer Sicht, einen Planungsrahmen vorzusehen, nach dem eine Planung auf Landesebene nach abgestimmten Kriterien und einem abgestimmten Zeitplan auf die Planungsregionen heruntergebrochen wird. Dabei sollten dann zunächst die Planungsregionen fortgeschrieben werden, in denen nach objektivierbaren Kriterien vorrangiger Handlungsbedarf besteht.

**§ 16 Abs. 3 KHG NW-E**

Absatz 3 sieht die Durchführung eines Anhörungsverfahrens zu den nach Absatz 1 erstellten Konzepten vor. Hierbei bitten wir aufgrund der Erfahrungen zu den bisherigen Anhörungsverfahren zu prüfen, ob und inwieweit sich der Verwaltungsaufwand dabei vermindern läßt. Es ist ferner vorgesehen, daß die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) die Anhörung durchführt, wenn die Krankenhausträger sich nicht auf einen Verband einigen können. Aus unserer Sicht sollte in diesem Fall eine neutrale Instanz die Anhörung durchführen; z. B. die zuständige Behörde.

**§ 16 Abs. 4 bis 7 KHG NW-E**

In den Absätzen 4 bis 7 wird das Verfahren zur Genehmigung der Konzepte dargestellt; sowie das alternative Verfahren beschrieben, wenn ein Konzept nicht entwickelt werden kann. Die Verbände der Kostenträger stimmen dabei ausdrücklich der Letztentscheidung durch das Land zu.

**Gesamtbewertung zu § 16 KHG NW-E**

Die Verbände der Kostenträger in Nordrhein-Westfalen begrüßen, daß ihnen zukünftig eine stärkere Beteiligung an der Krankenhausplanung ermöglicht wird. Im Wege der Neuabstimmung des Verfahrens wäre dabei auch durch die Rahmenvorgaben nach § 17 ein umsetzbarer Modus zu finden. Der bürokratische Aufwand sollte auf ein Minimum begrenzt werden. Die letzte Neuaufstellung des Krankenhausplans wurde mit Zielplanhorizont 1985 vorgenommen. Mindestens in den letzten 13 Jahren wurden Änderungen des Krankenhausplans nur im Wege von Einzelfortschreibungen umgesetzt. Die für den Zielplanhorizont 1996 vorgesehene Neu-

**AOK Westfalen-Lippe**

Datum: 31.08.1998

Blatt: 6

aufstellung des Krankenhausplans ist seinerzeit wegen der nicht einschätzbaren Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes zurückgestellt worden. Mit der Neufassung des KHG NW böte sich nunmehr die Chance, die überfällige Neuaufstellung des Krankenhausplans durchzuführen. Die neuen Planungsüberlegungen sind jedoch vorrangig danach zu beurteilen, wie sie sich in der konkreten Situation für Nordrhein-Westfalen auswirken. Die aktuelle Krankenhausituation in Nordrhein-Westfalen stellt im Vergleich zu anderen Bundesländern mit anderen Krankenhausstrukturen erhebliche Anforderungen an die Beteiligten. Insbesondere die Doppelrolle der Kreise/kreisfreien Städte einerseits als Krankenhausträger und andererseits als Wahrnehmung kommunaler Aufgaben wird die Konsensfindung erheblich erschweren. Als Konfliktlösungsmechanismus ist die Letztentscheidung der Behörde nach Anhörung der unmittelbar und mittelbar Beteiligten an der Krankenhausversorgung vorgesehen. Das bisherige Planungsverfahren würde damit de facto weitergeführt und eine Verbesserung nicht umgesetzt. Die Übertragung der Planungsmitverantwortung auf Kreise/kreisfreie Städte ist wie oben angeführt in Frage zu stellen. Denn die Krankenkassen tragen rund 90 v. H. der Betriebskosten eines Krankenhauses. Es wirkt nahezu konterkarierend, daß andere Beteiligte als die Krankenhäuser selbst und die Krankenkassen über die Krankenhausversorgungsstrukturen mitentscheiden.

**§ 17 KHG NW-E – Beteiligte an der Krankenhausversorgung****§ 17 Abs. 1 KHG NW-E**

Dem Landesausschuß für Krankenhausplanung sollen nach dem Gesetzesentwurf zukünftig acht und damit zwei zusätzliche Vertreter der Verbände der Krankenkassen angehören. Um Stimmenparität im Landesausschuß zu erreichen, ist es aus unserer Sicht jedoch erforderlich, daß neun Vertreter der Verbände der Krankenkassen als unmittelbar Beteiligte dem Landesausschuß angehören. Wir schlagen ferner vor, auch einen Vertreter der privaten Krankenanstalten als unmittelbar Beteiligten für den Landesausschuß vorzusehen. Im Gegenzug wäre es dann erforderlich, für die Verbände der Krankenkassen einen weiteren und damit zehnten Platz einzurichten.

**§ 17 Abs. 3 KHG NW-E**

Es wäre für die Verhandlung der Konzepte nach § 16 hilfreich, einen Passus aufzunehmen, nach dem Planungsdaten regelmäßig an die Verbände der Krankenkassen zu übermitteln sind (vgl. auch unsere Anmerkungen zu § 14 Abs. 1). Nach § 17 Abs. 3 empfiehlt der Landesausschuß, welche auf örtlicher Ebene vorhandenen Bedarfsabschätzungen und Planungsüberlegungen von den Beteiligten zur Konzeptentwicklung nach § 16 zu berücksichtigen sind. Hierdurch wird aus unserer Sicht die gewollte aktivere Beteiligung der Krankenhausträger und der Verbände der Krankenkassen in der Krankenhausplanung eingeschränkt bzw. präjudiziert. Die einschränkende Begehung sollte daher aus § 17 Abs. 3 gestrichen werden.

**AOK Westfalen-Lippe**

Datum: 31.08.1998

Blatt: 7

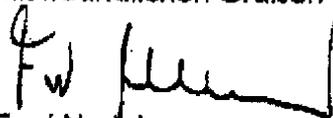
**§ 25 KHG NW-E – Pauschale Förderung**

Wir unterstützen das Ziel, mit der Neugestaltung der pauschalen Förderung die Kapazitätsanpassung zu erleichtern. Bei Änderung der Planbetten um mehr als 25 v. H. ist eine Neubewertung der Leistungspauschale vorgesehen. Hierdurch wird eine lineare Bettenanpassung der Schließung einer Abteilung grundsätzlich gleichgestellt. Um insbesondere die Motivation für die Schließung von Abteilungen zu erhöhen, schlagen wir vor, den in Absatz 8 Satz 4 genannten Wert auf 30 v. H. zu erhöhen.

**§ 42 Abs. 3 KHG NW-E - Sonstiges**

Die Übergangsvorschrift des KHG NW-E bedingt, daß bis zur Abstimmung der Rahmenvorgaben eine Fortschreibung des Krankenhausplans nicht möglich ist. Wir schlagen vor, diese Zeit zu nutzen, um bereits Überlegungen zu einer Gesamtneuaufstellung des Krankenhausplans zu entwickeln.

Mit freundlichen Grüßen



Fred Nadolny  
Vorsitzender des Vorstandes