



**Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen (KGNW)
zum Entwurf "Krankenhausplan NRW 2015"**

Düsseldorf, 22.02.2013

1.	Zentrale Aspekte	4
2.	Krankenhausplanung im Lichte des Krankenhausgestaltungsgesetzes	8
3.	Grundsätzliches zum Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“	9
4.	Positionen der KGNW	10
5.	Krankenhausplanerische Strukturqualitätsvorgaben	11
6.	Zu einzelnen Punkten im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“	13
6.1.	Bezugnahme auf Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften (Seiten 44-48, 77, 89-93, 100-105)	13
6.1.1.	Bedeutung und Inhalt von Leitlinien	13
6.1.2.	Generelle Übernahme von Leitlinien in die Krankenhausplanung problematisch	14
6.1.3.	Beispiel Intensivbetten	15
6.1.4.	Gutachten der IGES-Institut GmbH und Bezugnahme auf Leitlinien im aktuellen Entwurf	15
6.1.5.	Blick über die Landesgrenze.....	17
6.2.	Flächendeckende gestufte Versorgung (Seiten 27-30) und Versorgungsauftrag (Seiten 42-48)	18
6.2.1.	Unklare Abgrenzungen von gestufter Versorgung und Versorgungsauftrag	18
6.2.2.	Krankenhausplanung faktisch erst in den Budgetverhandlungen	20
6.3.	Gebiete nach der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte (Seiten 66-82)	21
6.3.1.	Planungsgrundlagen	21
6.3.2.	Kapazitäten 2015 (Quantitative Eckwerte).....	22
6.3.3.	Psychiatrischer Bereich	23

6.4.	Planungsgrundsätze (Seite 38, Anhang 10) und „Weitere Angebote“ (Seiten 82-105)	24
6.4.1.	Geriatric (Seiten 82-88)	27
6.4.2.	Perinatalzentren (Seiten 89-93)	29
6.4.3.	Palliativmedizin (Seiten 97-100).....	30
6.4.4.	Intensivbetten (Seiten 100-104)	32
7.	Telematik und Telemedizin (Seiten 37, 38)	33
8.	Fazit.....	34

Kernaufgabe der Krankenhausplanung

- Die Kernaufgabe der Krankenhausplanung besteht in der Bedarfsfeststellungs- und Versorgungsplanung. Der Krankenhausplan hat die für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, nach Standort, Bettenzahl, Behandlungsplätzen und Fachrichtungen auszuweisen. Krankenhausplanung ist in erster Linie die Planung erforderlicher Kapazitäten.

Kapazitätsprognose

- Zu den erforderlichen Kapazitäten im Jahr 2015 haben wir für den somatischen Bereich ein Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) „Die Entwicklung des stationären somatischen Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2015 als Basis der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen“ vorgelegt. Danach wird auf Basis einer wissenschaftlichen Methode für den somatischen Bereich ein geringerer Bettenabbau ermittelt, als nunmehr im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ ausgewiesen.
- In den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie halten wir einen höheren Bettenaufbau für erforderlich, als nunmehr im Entwurf ausgewiesen.
- Im Rahmen einer Kapazitätsreduzierung mit Augenmaß in weiten Teilen der somatischen Fachdisziplinen sollte vermieden werden, heute (bis 2015) Kapazitäten zu reduzieren, die morgen (z. B. 2025) wieder benötigt werden könnten.

Verlässliche und interpretationsfreie Rahmenbedingungen

- Krankenhausplanung muss verlässliche und interpretationsfreie Rahmenbedingungen schaffen, die ein tragfähiges Gleichgewicht zwischen den Zielrichtungen der Krankenhausversorgung - patientengerecht, qualitativ hochwertig, ortsnah, bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich - zulassen. Beim vorliegenden Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ ist dies bislang nicht sichergestellt. Er eröffnet in wesentlichen Punkten Spielräume für Interpretationen, deren Auswirkungen gravierend sein können. Insbesondere im Hinblick auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung in unserem Bundesland betrachten wir dies mit großer Sorge.

Versorgungsqualität

- Wir unterstützen grundsätzlich rechtssichere Strukturqualitätsvorgaben, die geeignet sind, die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten in unserem Bundesland sichern und verbessern zu helfen. Aus unserer Sicht müssen solche

rechtssicheren qualitativen Vorgaben nachweislich einer verbesserten Patientenversorgung dienen. Die Patientin bzw. der Patient muss im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

- Wir setzen uns jedoch nachdrücklich für die notwendige Qualität qualitativer Vorgaben ein. Qualitative Vorgaben müssen den wissenschaftlichen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin, vergleichbar z. B. der Vorgehensweise bei der Erarbeitung von G-BA-Vorgaben, genügen.

Krankenhausplanerische Bezugnahmen

- Bezugnahmen auf Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften im Entwurf sehen wir kritisch, da diese das ärztliche Handeln und nicht die Krankenhausplanung zum Gegenstand haben. Sie bilden nicht per se den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ab.
- Weder eine Analyse der tatsächlichen Versorgungssituation in unserem Bundesland noch eine Folgenabschätzung im Hinblick auf die zahlreichen Bezugnahmen ist ersichtlich. Beispielsweise erfolgt im Bereich der Planung von Intensivbetten eine Bezugnahme auf die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Die Empfehlungen beinhalten unter anderem eine Mindestgröße von 8 bis 12 Intensivbetten pro Einheit bzw. Krankenhaus. Über 22% der aktuell an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser weisen jedoch zurzeit eine Soll-Bettenstärke von 2 bis 7 Intensivbetten auf.

Gestufte Versorgung und Versorgungsauftrag

- Im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ bleiben die Definitionen der gestuften Versorgung und die Ausgestaltung des konkreten Versorgungsauftrages unklar. Für die Beteiligten zukünftiger regionaler Planungskonzepte ist damit eine Vielzahl an Streitfällen zu befürchten, die dazu führen können, dass die Krankenhausplanung nicht zeitnah und verlässlich im Sinne der Patientinnen und Patienten erfolgen kann.
- Definition und Ausgestaltung des Versorgungsauftrages sind nach den gesetzlichen Vorschriften keine Verhandlungsgegenstände der Budgetverhandlungen und dürfen es vor dem Hintergrund unklarer Versorgungsaufträge faktisch auch nicht werden. Der Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses muss in der Budgetverhandlung feststehen. Eine Krankenhausplanung faktisch erst in den Budgetverhandlungen lehnen wir strikt ab.

Psychiatrie und Psychosomatik

- Wir unterstützen das Ziel des integrativen Versorgungskonzeptes im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik, Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Rahmen ihres Leistungsanspruchs ein gemeindenahes und umfassendes stationäres und teilstationäres Versorgungsangebot zu bieten. Damit eine Umsetzung des Konzepts zielführend erfolgen kann, müssen einige Bedingungen erfüllt sein. Insbesondere sehen wir derzeit die aktuelle und zukünftige Personalsituation in der Psychosomatischen Medizin nicht ausreichend berücksichtigt.

Geriatric

- Im Bereich Geriatric konnte das vom MGEPA vorgelegte Konzept von uns in der vorgelegten Form nicht mitgetragen werden. Weiterentwicklungs- und Verbesserungspotentiale sollten im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V auf Basis einer wissenschaftlich gesicherten Bestandsaufnahme der gegenwärtigen medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend erörtert werden. Die im „Strukturkonzept Geriatric“ festgelegten Anforderungen an die Zusammenarbeit im geriatricen Versorgungsverbund werden - insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen Fachkräftesituation - auf Grenzen stoßen. Es besteht somit die Gefahr bei der Festschreibung nicht flächendeckend erfüllbarer Anforderungen, dass dem medizinischen Stand der Erkenntnisse entsprechende, ausreichende und zweckmäßige, örtliche bzw. regionale Versorgungskonzepte nicht mehr für die Versorgung der Bevölkerung vor Ort zur Verfügung stehen (dürfen), ohne dass dafür adäquater Ersatz geschaffen werden kann und entstehende Lücken geschlossen werden können.

Perinatalzentren

- Im Bereich Perinatalzentren konnte das vom MGEPA vorgelegte Konzept von uns ebenfalls nicht mitgetragen werden. Wir haben darauf hingewiesen, dass wir über die Erfüllung der G-BA-Vorgaben hinaus in dem Ziel einer reinen Standortreduzierung kein qualitatives Merkmal erkennen können. Aktuell nehmen rund 60 Krankenhäuser an der Versorgung teil. Im Entwurf ist von einer zukünftigen Versorgung durch „deutlich weniger“ als 42 Krankenhäuser die Rede, ohne Auswahlkriterien für die Standortreduzierung zu benennen und untersucht zu haben, ob die verbleibenden Standorte künftig die Versorgung überhaupt bewältigen können.

Weitere Angebote

- Die weiteren Bereiche Herzchirurgie, Stroke Units, Brustzentren, Transplantationszentren, Komplementärmedizin, Palliativmedizin, Intensivbetten und Infektionsbetten waren nicht Gegenstand der Beratungen im Landesausschuss für Krankenhausplanung.

Im Ergebnis halten wir eine Beratung des vollständigen Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ im Landesausschuss für Krankenhausplanung für erforderlich.

2. Krankenhausplanung im Lichte des Krankenhausgestaltungsgesetzes

Seite 8 von 35

Am 29.12.2007 ist das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) in Kraft getreten. Die Zielrichtung des KHGG NRW bestand unter anderem darin, den aufgrund detaillierter Verfahrensvorgaben engen Handlungsspielraum der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erweitern und bürokratische Hemmnisse abbauen zu wollen.

Die nordrhein-westfälische Krankenhauslandschaft sollte nach dem gesetzgeberischen Willen zukünftig nicht mehr detailreich geregelt, sondern so gestaltet werden, dass die Krankenhäuser weitestgehend eigenständig im Sinne ihrer Patientinnen und Patienten handeln können. Insoweit ist auch die Namensgebung des Gesetzes - Krankenhaus**gestaltungsgesetz** - wegweisend für die Krankenhausplanung.

Mit dem KHGG NRW wollte der Landesgesetzgeber auf die bisherige Detailplanung zu Gunsten einer Rahmenplanung verzichten. Das Krankenhausplanungsverfahren mit seinem bisher dreistufigen Aufbau aus Rahmenplanung, Schwerpunktplanung und regionalen Planungskonzepten sollte gestrafft werden. Die bisherige Schwerpunktplanung sowie die Teilgebieteplanung sollten entfallen.

Aus unserer Sicht ist für die Umsetzung im Rahmen der Neuaufstellung eines Krankenhausrahmenplans für Nordrhein-Westfalen entscheidend, dass sich die Intention des KHGG NRW nunmehr auch tatsächlich in der Krankenhausplanung widerspiegelt. Unter dem Begriff Rahmenplanung Detailvorgaben zu subsumieren, die über die bisherige Teilgebieteplanung hinausgehen, würde dem Krankenhaus**gestaltungsgesetz** nicht gerecht. Die Neuaufstellung eines Krankenhausrahmenplans für Nordrhein-Westfalen darf nicht dazu führen, dass - bildlich gesprochen - nicht der Rahmen des Bildes, sondern vielmehr das Bild selbst als „Rahmen“ vorgegeben wird.

Die Kernaufgabe der Krankenhausplanung besteht in der Bedarfsfeststellungs- und Versorgungsplanung. Der Krankenhausplan hat die für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, nach Standort, Bettenzahl, Behandlungsplätzen und Fachrichtungen auszuweisen. Krankenhausplanung ist insofern in erster Linie die Planung erforderlicher Kapazitäten.

3. Grundsätzliches zum Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“

Seite 9 von 35

Dem Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist am 30.12.2012 zur Einleitung des Anhörungsverfahrens nach § 13 Abs. 2 KHGG NRW der Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ und ein schriftlicher Bericht zum Krankenhausplan vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) zugeleitet worden.

Die entsprechende Vorlage 16/488 ist am 03.01.2013 auf der Internetseite des Landtags veröffentlicht worden.

Der Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ beschreibt zwar - auf den ersten 19 Seiten - den theoretischen Überbau einer Krankenhausplanung, die der Intention des KHGG NRW und der Kernaufgabe der Krankenhausplanung entspricht. Auf den nachfolgenden 89 Seiten wird dieser theoretische Überbau jedoch in wesentlichen Teilen durch Detailvorgaben modifiziert, die in ihrer Detailtiefe über die bisherige Schwerpunkt- und Teilgebieteplanung hinausgehen.

Der Entwurf hat in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern erhebliche Verunsicherungen und Befürchtungen hervorgerufen.

In wesentlichen Punkten eröffnet der vorliegende Entwurf Spielräume für Interpretationen, deren Auswirkungen gravierend sein können. Dies betrachten wir insbesondere im Hinblick auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung in unserem Bundesland mit großer Sorge.

Krankenhausplanung muss aus unserer Sicht verlässliche und interpretationsfreie Rahmenbedingungen schaffen, die ein tragfähiges Gleichgewicht zwischen den Zielrichtungen der Krankenhausversorgung - patientengerecht, qualitativ hochwertig, ortsnah, bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich - zulassen.

Beim vorliegenden Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ ist dies unseres Erachtens bislang nicht sichergestellt.

In Anbetracht der derzeitigen Ausgestaltung des Entwurfs halten wir insbesondere folgende Punkte für kritisch:

- Eine Krankenhausplanung unter Bezugnahme auf Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften.
- Eine Krankenhausplanung, bei der der Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses unklar bleibt.
- Eine Krankenhausplanung faktisch erst in den Budgetverhandlungen, soweit Aspekte des Versorgungsauftrages unklar und interpretationsfähig bleiben.

Da das MGEPA beabsichtigt, mit dem „Krankenhausplan NRW 2015“ Qualitätsvorgaben als Äquivalent zur früheren Teilgebieteplanung einzuführen, hat die abschließende textliche Ausgestaltung des Krankenhausrahmenplans, eine wesentlich höhere Bedeutung als noch beim „Krankenhausplan NRW 2001“.

Der Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ ist erst seit dem 03.01.2013 auf der Internetseite des Landtags zugänglich. Eine Beratung des vollständigen, jetzt vorliegenden Entwurfs hat bisher nicht stattgefunden.

Die Ausgestaltung wesentlicher Planungsgegenstände, wie z. B. die Planung der Intensivbetten, ist weder im Landesausschuss für Krankenhausplanung (Plenum) noch in den 22 Sitzungen der eigens gebildeten Unterarbeitsgruppe des Landesausschusses zur Diskussion gestellt worden.

Ca. 70 von rund 100 Seiten des Entwurfs sind bisher nicht konkret im Landesausschuss bzw. in der Unterarbeitsgruppe beraten worden (**Anlage 1**).

Wir halten eine Beratung des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ im Landesausschuss für Krankenhausplanung für erforderlich.

Im Landesausschuss für Krankenhausplanung (und ggf. über entsprechende Vorberatungen in der Unterarbeitsgruppe) könnten die aktuell bestehenden Probleme und Unklarheiten, die im Hinblick auf die nunmehr vorliegende textliche Ausgestaltung des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ bestehen, detailliert beleuchtet und nach Möglichkeit zielgerichteten Lösungen zugeführt werden. Nach unserer derzeitigen Einschätzung könnten bei einer solchen Vorgehensweise zumindest maßgebliche Teile des neuen Krankenhausrahmenplans zeitnah und im Einvernehmen umgesetzt werden.

4. Positionen der KGNW

Unter dem Eindruck des Krankenhaus**gestaltung**sgesetzes und vor dem Hintergrund der Kernaufgabe der Krankenhausplanung haben wir bereits in einem frühen Stadium der Beratungen mit Schreiben vom 20.06.2008 gegenüber dem MGEPA unsere Grundsatzpositionen in Bezug auf einen neuen Krankenhausrahmenplan dargelegt. Wegen der Einzelheiten verweisen wir auf die „Positionen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zur Krankenhausplanung“ (**Anlage 2**).

Wir halten eine Planung über die Gebiete nach den nordrhein-westfälischen Weiterbildungsordnungen der Ärztinnen und Ärzte hinaus grundsätzlich nur in den vier nachfolgend aufgeführten Bereichen für erforderlich:

- Versorgungsmangel bzw. Unterversorgung,
- Schwer Brand- und schwer Hirnverletzte,
- Intensivpflegeeinheiten,
- Gesetzliche Vorgabe (z. B. Transplantationszentren).

Unsere durchgängig seit dem Jahr 2008 vertretenen Positionen widmen sich unter anderem auch dem Thema „Krankenhausplanerische (Struktur-) Qualitätsvorgaben“.

5. Krankenhausplanerische Strukturqualitätsvorgaben

Wir unterstützen grundsätzlich rechtssichere Strukturqualitätsvorgaben, die geeignet sind, die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten in unserem Bundesland sichern und verbessern zu helfen.

Aus unserer Sicht müssen solche rechtssicheren qualitativen Vorgaben nachweislich einer verbesserten Patientenversorgung dienen. Die Patientin bzw. der Patient muss insoweit im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

Voraussetzung dafür ist, dass qualitative Vorgaben den wissenschaftlichen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin, vergleichbar z. B. der Vorgehensweise bei der Erarbeitung von G-BA-Vorgaben, genügen. Eine jede Vorgabe muss sich daran messen lassen, ob sie tatsächlich geeignet, erforderlich und angemessen ist.

Wir möchten an dieser Stelle noch einmal betonen, dass wir seit Beginn der Beratungen zur Neuaufstellung des Krankenhausrahmenplans rechtssichere qualitative Vorgaben auf der Ebene der Krankenhausplanung nicht abgelehnt haben.

Wir setzen uns jedoch nachdrücklich für die notwendige Qualität qualitativer Vorgaben ein. Wenn qualitative Vorgaben selbst keine entsprechende Qualität aufweisen und über ein eigenes landesspezifisches Verfahren fraglicher methodischer und wissenschaftlicher Güte versucht wird, Qualitätsvorgaben für die Krankenhausplanung festzulegen, besteht die Gefahr einer reinen „Türschildqualität“ auf Basis „gefühlter“ Qualitätsdefizite.

Unerlässlicher Ausgangspunkt einer Diskussion wäre unseres Erachtens stets eine Analyse der tatsächlich vorherrschenden Situation in unserem Bundesland (Ist-Analyse).

Qualitative Vorgaben, die nachweislich einer verbesserten Patientenversorgung dienen, werden von den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern nicht gefürchtet. Im Gegenteil, wenn sie dies nachweislich tun, werden sie von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt und angenommen.

Die aktuellen Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V belegen beispielhaft und eindrucksvoll, dass sich die nordrhein-

westfälischen Krankenhäuser ständigen und stetigen Qualitätsverbesserungen verpflichtet fühlen. In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass es in keinem anderen Land der Welt derzeit ein vergleichbares nationales Verfahren zur Qualitätsdarstellung gibt, das alle Krankenhäuser einschließt und auf medizinische und pflegerische Ziele ausgerichtet ist.

Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser stellen sich einem Wettbewerb um die beste Qualität.

Auf Initiative der KGNW besteht seit mehreren Jahren in der externen stationären Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V eine erfolgreiche und bundesweit einzigartige „Qualitätsinitiative“. Im Rahmen dieser Initiative werden durch die Krankenkassen, die Ärztekammern und die KGNW jährlich zu relevanten medizinischen Themen (z. B. Herzschrittmacher, Gallenblasenentfernung, Versorgung hüftnaher Frakturen) Ziele definiert und erreicht, die über die vom G-BA festgesetzten Referenzwerte hinausgehen.

„Qualität“ ist ein Begriff, der sich wandelt, der laufend angepasst und aktualisiert werden muss. Die medizinischen Mindeststandards entwickeln sich ständig weiter und entziehen sich deshalb weitgehend einer generellen und abstrakten Regelung auf der Ebene der Krankenhausplanung.

Wir haben vor diesem Hintergrund darauf hingewiesen, dass krankenhauplanerische Qualitätsvorgaben jenseits einer rechtssicheren, qualitätsorientierten Beschreibung der krankenhauplanerisch erforderlichen Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern auf der Ebene jedes der 16 Bundesländer zu 16 unterschiedlichen „Qualitätsstandards“ führen würde. Dies würde dem in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V normierten Qualitätsanspruch der Versicherten nicht gerecht.

Der G-BA stellt die maßgebliche Institution dar, in der durch die Selbstverwaltungspartner bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben für die Erbringung einzelner Leistungen evidenzbasiert, evaluiert und für alle Krankenhäuser verbindlich „aus einer Hand“ erfolgen.

Aktuell hat der G-BA z. B. am 17.01.2013 im Bereich der Qualitätssicherung die Veröffentlichung der Liste von Themen beschlossen, für die eine Qualitätssicherung im Rahmen von Richtlinien des G-BA entwickelt wird. Dazu zählen unter anderem Bereiche wie Schlaganfall, minimalinvasive Herzklappen-Eingriffe und Tonsillektomie (Teilentfernung der Gaumenmandeln). Dabei kam erstmalig das standardisierte Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren (TuP) zur Anwendung, bei dem Themenvorschläge schriftlich eingereicht und anhand eines Kriterienkataloges begründet werden. Zu den Vorteilen des neuen Verfahrens zählt, dass Qualitätsverbesserungspotentiale und angestrebte Qualitätsziele des beantragten neuen Qualitätssicherungsverfahrens klar definiert und

wissenschaftlich untermauert sein sollen. Zusätzlich sind Machbarkeitsgesichtspunkte sowie das Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu beachten.

Seite 13 von 35

6. Zu einzelnen Punkten im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“

Nachfolgend möchten wir auf die aus unserer Sicht wesentlichen Punkte im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ eingehen.

6.1. Bezugnahme auf Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften (Seiten 44-48, 77, 89-93, 100-105)

Der Plangeber nimmt im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ an verschiedenen Stellen auf ganze Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften Bezug und macht diese zum Inhalt der Krankenhausplanung (vgl. z. B. die Bereiche „Kardiologie“, „Unfallchirurgie/ Traumaversorgung“, „Gefäßchirurgie“ und „Wirbelsäulenchirurgie“, Seiten 44-48).

Auf Seite 44 heißt es hierzu:

„Durch die Bezugnahme auf Leitlinien zum zitierten Datum macht sich die Planungsbehörde den derzeit geltenden fachlich konsentierten Qualitätsmaßstab zu Eigen. Die Weiterentwicklung des allgemeinen Stands der medizinischen Wissenschaft ist impliziert. Eine darüber hinausgehende automatische Erhöhung von Qualitätsstandards bleibt der Prüfung vorbehalten.“

6.1.1. Bedeutung und Inhalt von Leitlinien

Unter Leitlinien werden nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs Regeln guten ärztlichen Handelns verstanden, die von ärztlichen Fachgremien für typische Sachverhalte aufgestellt werden und auf die qualitative Sicherung und Verbesserung des maßgeblichen Standards diagnostischen und therapeutischen Vorgehens abzielen.

Leitlinien haben insoweit das ärztliche Handeln und nicht die Krankenhausplanung zum Gegenstand.

Von medizinischen Fachgesellschaften für typische Sachverhalte aufgestellte Leitlinien können zwar den Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft deklaratorisch wiedergeben. Ihnen kommt aber für den medizinischen Standard keine konstitutive Wirkung zu. Leitlinien beschreiben als „praxisorientierte Entscheidungshilfen“ diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen zu speziellen gesundheitlichen Problemen. Hierbei

bestehen Entscheidungs- und Handlungskorridore, von denen unter Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten der jeweiligen Patientin bzw. des jeweiligen Patienten eine Abweichung gerechtfertigt sein kann.

Die Bedeutung einer Leitlinie für eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patientinnen und Patienten ist unmittelbar von ihrer methodischen und wissenschaftlichen Güte abhängig.

Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) ist der wichtigste Herausgeber ärztlicher Leitlinien in Deutschland. Im Falle der Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) kooperieren die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit der AWMF.

Die Leitlinien werden anhand der Kriterien des Deutschen Leitlinien-Bewertungs-Instrumentes (DELBI) der AWMF in drei verschiedene Qualitätsstufen klassifiziert (S1-S3), wobei die Bezeichnung S3 die höchste systematische und wissenschaftliche Qualität kennzeichnet.

Nicht primär als Leitlinien ausgewiesene Stellungnahmen und Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften können ebenfalls mit den DELBI-Kriterien bewertet werden und erfüllen häufig die Charakteristika einer S1-Leitlinie (keine systematische Evidenzbasierung, keine strukturierte Konsensfindung).

6.1.2. Generelle Übernahme von Leitlinien in die Krankenhausplanung problematisch

Die verbindliche Übernahme von Leitlinien bzw. einzelner Teile aus Leitlinien in die gesetzliche Qualitätssicherung oder in die Krankenhausplanung der Länder bedarf eines strukturierten wissenschaftlichen Bewertungsverfahrens, da selbst die S3-Leitlinien nicht grundsätzlich den anerkannten Stand der Medizin wiedergeben.

Diesem Umstand wird in der gesetzlichen Qualitätssicherung durch die komplexe Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf der Bundesebene seit vielen Jahren Rechnung getragen.

Zwei renommierte wissenschaftliche Institute mit mehreren Hundert Mitarbeitern (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen -AQUA-Institut-, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen -IQWiG-) erstellen regelmäßig umfangreiche Gutachten zur wissenschaftlichen Aussagekraft von Leitlinien und anderer medizinischer Fachbeiträge. Die Arbeit der genannten Institute wird oftmals von Expertengremien (sogenannten Panels) begleitet. Zu den AQUA- bzw. IQWiG-Vorberichten und Berichten erfolgt ein ausführliches Stellungnahmeverfahren der Fachgesellschaften und der Selbstverwaltungspartner.

Ein zumindest gleichwertiges Prozedere ist bei der intendierten Übernahme von Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften bzw. einzelnen Teilen daraus in den Krankenhausrahmenplan unverzichtbar, jedoch in der Zusammenschau der Aktivitäten zur aktuellen Krankenhausplanung bislang nicht ersichtlich.

Rechtssichere, interpretationsfreie und für eine Verbesserung der Versorgung unzweifelhaft zweckdienliche Merkmale liegen aktuell nicht vor. Das Fehlen kann gravierende Auswirkungen auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung in unserem Bundesland haben.

6.1.3. Beispiel Intensivbetten

Beispielsweise erfolgt im Bereich der Planung von Intensivbetten (vgl. Seiten 100-104) eine Bezugnahme auf „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Die DIVI formuliert auf Basis zweier eingeschränkt aussagekräftiger und zur zweifelsfreien Darstellung des aktuellen Standes der Wissenschaft und Medizin ungeeigneter Studien aus Italien und den USA (mangelnde Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme, nur bedingt patientenrelevante primäre Untersuchungsparameter bzw. Endpunkte, kein prospektiv/randomisiertes Studiendesign) eine Mindestgröße von 8 bis 12 Intensivbetten pro Einheit bzw. Krankenhaus.

Aktuell erfüllen über 22% der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen das genannte Strukturmerkmal nicht, da diese zurzeit eine Soll-Bettenstärke von 2 bis 7 Intensivbetten aufweisen. Eine konsequente Anwendung dieses Strukturmerkmals hätte entweder einen Aufbau möglicherweise unnötiger und kostenintensiver Kapazitäten oder den Verlust der Intensivstation zur Folge. Letzteres würde die medizinische Leistungsfähigkeit, insbesondere im ländlichen Raum, nachhaltig in Frage und die rettungsdienstlichen Strukturen vor unlösbare Probleme stellen. Hinzu kommen für die potentiell verbleibenden Einrichtungen Vorgaben, u. a. personelle Voraussetzungen, die ebenfalls weder wissenschaftlich ausreichend fundiert, noch in ihrer jeweiligen Tragweite ohne Auswirkungsanalyse zurzeit abschätzbar sind.

6.1.4. Gutachten der IGES-Institut GmbH und Bezugnahme auf Leitlinien im aktuellen Entwurf

Diese grundsätzliche Sichtweise wird durch ein vom Strategiezentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen an die IGES-Institut GmbH vergebenes Gutachten „Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung“ unterstützt (vgl. Seiten 19 bis 24).

In dieser explizit für die aktuelle Krankenhausplanung beauftragten Studie hat die IGES-Institut GmbH in Abstimmung mit dem Auftraggeber eine Beschränkung der Analyse ausschließlich auf S3-Leitlinien vorgenommen, da diese Entwicklungsstufe die größtmögliche methodische Fundierung und Evidenzbasierung mit einem abgeschlossenen Konsentierungsprozess der beteiligten Experten verbinde. Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner Fachgesellschaften wurden im Gutachten der IGES-Institut GmbH nicht einmal einer Untersuchung unterzogen.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung konnten auf dem Internetauftritt der AWMF annähernd 700 Leitlinien der unterschiedlichen Stufen abgerufen werden. Von den abrufbaren 101 S3-Leitlinien wurden von der IGES-Institut GmbH lediglich 15 S3-Leitlinien mit operationalisierbaren Strukturqualitätskriterien identifiziert (vgl. Seite 22). Von diesen 15 Leitlinien verweist der Plangeber nunmehr im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ gerade einmal auf 2 Leitlinien (S3-Leitlinie „Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung“ und S3-Leitlinie „Demenzen“).

Insgesamt verweist der Plangeber im Entwurf allerdings auf 29 Leitlinien (unterschiedlicher Entwicklungsstufen) sowie 4 Stellungnahmen und Empfehlungen. Es fehlt insoweit eine nachvollziehbare Begründung, warum neben den beiden von der IGES-Institut GmbH identifizierten S3-Leitlinien noch 31 weitere Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen vom MGPEA für die Krankenhausplanung herangezogen werden. Warum diese für die Krankenhausplanung geeignet sein sollen, bleibt unbeantwortet.

Zudem stellt sich die Frage, warum sich der Plangeber „zum zitierten Datum“ auch Leitlinien zu Eigen macht, deren Gültigkeitsdatum bereits überschritten ist, die zurzeit in Überarbeitung sind bzw. bei denen eine Überprüfung bereits seit längerem ansteht. So war z. B. die S2-Leitlinie „Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter“ zum zitierten Datum (22.11.2012) bereits nicht mehr gültig. Die Leitlinie war gültig bis zum 31.07.2012 und befindet sich zurzeit in der Überarbeitung. Bereits im September 2010 sollten 6 von 9 Leitlinien, die bei der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie gelistet sind, einer Überprüfung unterzogen werden.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass der Plangeber zunächst selbst den Aussagegehalt von Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner Fachgesellschaften für krankenhauplanerische Zwecke in zutreffender Weise einschränkt, indem er ausführt, dass Kriterien der Fachgesellschaften einem Wandel beim Erkenntnisstand und dem medizintechnischen und pharmakologischen Fortschritt unterliegen und zum Teil besonderen Gruppeninteressen folgen (vgl. Seite 25).

Sodann stellt der Plangeber allerdings an verschiedenen Stellen im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ (vgl. z. B. Seiten 44-48) eine krankenhauplanerische

Bezugnahme auf Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner Fachgesellschaften her, obwohl S3-Leitlinien auf Seite 22 noch unter Bezugnahme auf das Gutachten der IGES-Institut GmbH - angesichts der geringen Anzahl von Strukturqualitätsindikatoren - als insgesamt nur wenig geeignet für die Krankenhausplanung beschrieben werden.

Die Frage, warum Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner Fachgesellschaften, die nicht für krankenhauplanerische Zwecke erarbeitet worden sind, für die Krankenhausplanung generell geeignet sein sollen und welche Rolle sie konkret im Rahmen zukünftiger regionaler Planungskonzepte spielen sollen, bleibt unbeantwortet.

Hier stellt sich die Frage nach den zeitlichen und inhaltlichen Zielvorstellungen des Ministeriums. Sind die „qualitativen Festlegungen“ bis zum Jahr 2015 in der Krankenhausplanung „umzusetzen“ (vgl. Seite 7) oder stellen diese lediglich „Empfehlungen“ oder perspektivische Zielvorstellungen dar?

Es fehlen durchgehend Festlegungen zur Verbindlichkeit der einzelnen Aussagen in den Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen. Darüber hinaus erfolgt weder eine belastbare Analyse der tatsächlichen Versorgungssituation in unserem Bundesland noch eine Folgenabschätzung zu einzelnen Vorgaben.

6.1.5. Blick über die Landesgrenze

Ein Blick über die Landesgrenze hinweg nach Rheinland-Pfalz verdeutlicht, welche Auswirkungen Formulierungen im Krankenhausrahmenplan haben können, die Spielräume für Interpretationen bieten.

Dort ist im Krankenhausrahmenplan ausgeführt, dass „alle Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz, die gefäßchirurgische Leistungen erbringen, aufgefordert werden, bis zum 31.12.2012 eine Zertifizierung ihrer gefäßchirurgischen Einheit nach Maßgabe der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (Stand: 30.06.2010) zu erwirken“. Das Zertifikat solle die Grundlage für eine entsprechende Erneuerung des Versorgungsauftrages sein.

Die im Landeskrankenhausplan gewählte Formulierung konnte so ausgelegt werden, dass grundsätzlich alle gefäßchirurgischen Leistungen nur noch in zertifizierten Gefäßzentren erbracht werden dürfen. Dies hätte zu erheblichen Problemen in der flächendeckenden Versorgung der rheinland-pfälzischen Bevölkerung mit gefäßchirurgischen Leistungen geführt.

Das zuständige Gesundheitsministerium sah sich deshalb veranlasst, die Aussagen im Krankenhausplan 2010 klarzustellen, um Missverständnissen vorzubeugen: *„Die Ausführungen im Plan dürfen auch nicht dazu führen, dass zusätzliche Lücken in der*

Bedarfsdeckung entstehen. Deshalb wurden noch keine Bescheide bezüglich der Versorgungsaufträge von Krankenhäusern, die gefäßchirurgische Leistungen erbringen, erlassen und somit der Versorgungsauftrag von keinem Krankenhaus eingeschränkt. Auch nach dem 31.12.2012 bedarf die Einschränkung des Versorgungsauftrages einzelner Krankenhäuser eines Bescheides der Landesregierung.“

Der Termin für die Vorlage eines Zertifikates (bis zum 31.12.2012) wurde in Rheinland-Pfalz aufgehoben.

6.2. Flächendeckende gestufte Versorgung (Seiten 27-30) und Versorgungsauftrag (Seiten 42-48)

Der Plangeber entwirft auf den Seiten 27-30 und 42-48 des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ sein „Konzept“ für eine flächendeckende gestufte Versorgung.

6.2.1. Unklare Abgrenzungen von gestufter Versorgung und Versorgungsauftrag

Die konkrete Abgrenzung der einzelnen Stufen einer flächendeckend gestuften Versorgung und die Abgrenzung des konkreten Versorgungsauftrages des einzelnen Krankenhauses bleiben unklar.

Im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ definiert der Plangeber ansatzweise einen zukünftigen „allgemeinen Versorgungsauftrag der örtlichen Versorgung“ (vgl. Seite 44). Dieser soll „überwiegend“ die Gebiete Innere Medizin und Chirurgie, mit Einschränkungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, umfassen.

Auf Seite 29 heißt es hierzu einschränkend: *„Der neue Plan eröffnet den Krankenhäusern, die Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie betreiben, erweiterte Möglichkeiten einer mit den Krankenkassen abgestimmten Differenzierung, bindet diese Optionen jedoch an die Erfüllung von Qualitätskriterien, insbesondere personeller Art“.*

Eine Abgrenzung zu einer weiteren „Stufe“ ist nicht möglich, da ein „über den allgemeinen Versorgungsauftrag der örtlichen Versorgung hinausgehender Versorgungsauftrag“ nicht konkret definiert wird.

Auf Seite 44 führt der Plangeber aus, dass der Versorgungsauftrag, der durch den Krankenhausplan erteilt werde, nicht auf einzelne Leistungen beschränkt werde, sondern umfassend sei. Zusätzlich führt der Plangeber im Weiteren aus, dass die Erbringung hoch komplexer einzelner Leistungen, wie beispielsweise die Implantationen von Herzschrittmachern mit Defibrillator, große Gefäßeingriffe oder spezielle Eingriffe an der Wirbelsäule nur akzeptiert werden könnten, wenn der gesamte dazu zählende

Behandlungsbereich angeboten würde. Auf den Seiten 44-48 werden jeweils unter der Überschrift „Versorgungsauftrag“ die Bereiche „Kardiologie“, „Stroke Unit“, „Unfallchirurgie/Traumaversorgung“, „Gefäßchirurgie“ und „Wirbelsäulenchirurgie“ genannt.

Zunächst ist hierzu anzumerken, dass kein/e Gebiet/Facharztkompetenz Wirbelsäulenchirurgie in den Weiterbildungsordnungen existiert, vielmehr verteilt sich diese medizinische Expertise auf mehrere Gebiete und Facharztkompetenzen. Eingriffe an der Wirbelsäule führen Chirurgen, Orthopäden, Unfallchirurgen, Neurochirurgen und in Teilbereichen Radiologen (zur Schmerztherapie) durch.

Zudem können nur wenige ausgewiesene Abteilungen für Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie oder Kardiologie den gesamten Fachbereich anbieten.

Z. B. werden thorakale Aortenaneurysmen, d. h. Gefäßaussackungen der Hauptschlagader in unmittelbarer Herznähe, nur von einem geringen Anteil der ausgewiesenen Gefäßchirurgien behandelt. Ähnlich verhält es sich mit komplexen Eingriffen in der Viszeralchirurgie. Hier verhindert u. a. die Mindestmengenregelung zur Speiseröhre und zur Bauchspeicheldrüse, dass alle viszeralchirurgischen Abteilungen den gesamten Behandlungsbereich abdecken können. In der Unfallchirurgie verlegen selbst große Einrichtungen hohe Halswirbelsäulenfrakturen an hochspezialisierte Kliniken (Uni-Kliniken, BG-Kliniken). Die Behandlung komplizierter Herzrhythmusstörungen (Mapping und Ablation) oder der minimal-invasive Herzklappenersatz finden sich häufig nicht in ansonsten leistungsstarken Kardiologien. Im Ergebnis müsste die Anzahl der gefäßchirurgisch, viszeralchirurgisch, unfallchirurgisch und kardiologisch tätigen Abteilungen drastisch reduziert werden. Eine flächendeckende Versorgung wäre nicht mehr gewährleistet.

Auf den Seiten 26 und 51 merkt der Plangeber im Hinblick auf die Abgrenzung von Versorgungsaufträgen an, dass der Umfang der Ermächtigung zur Weiterbildung ein wichtiger Hinweis auf die Leistungsfähigkeit der Abteilung sein könne. Bestehe nur eine eingeschränkte Weiterbildungsermächtigung, könne dies ein Indiz dafür sein, dass die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gegenüber dem Gesamtgebiet als eingeschränkt anzusehen sei.

Die ärztliche Weiterbildung verfolgt allerdings keine krankenhauserplanerischen Zielsetzungen. Die Einschränkung der Weiterbildungsbefugnis erfolgt in zeitlicher und nicht inhaltlicher Hinsicht. Besteht z. B. in einer chirurgischen Abteilung eine Weiterbildungsbefugnis für die Fachrichtung Gefäßchirurgie von 24 Monaten, können in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte in dieser Abteilung deutlich mehr als 2 Jahre arbeiten. Für die Weiterbildungszeit zum Facharzt für Gefäßchirurgie (24 Monate Basisweiterbildung im Gebiet Chirurgie und 48 Monate spezielle Weiterbildung in der

Gefäßchirurgie) können jedoch für die spezielle gefäßchirurgische Weiterbildung nur 24 Monate angerechnet werden. Hiervon unabhängig ist es jedoch den Weiterbildungsassistenten möglich, in dieser Abteilung mit eingeschränkter Weiterbildungsbefugnis dennoch alle medizinischen Inhalte des Weiterbildungskataloges (wenn angeboten) abzuleisten. Insofern ist aus dem Umfang der Weiterbildungsbefugnis nicht folgerichtig die Leistungsfähigkeit einer Klinik abzuleiten.

Sollte das Ausmaß der Weiterbildungsbefugnis ein relevanter Faktor für die Krankenhausplanung werden, wäre bei jedem Chefarztwechsel oder jeder Änderung der Weiterbildungsordnungen die Krankenhausplanung auf den Prüfstand zu stellen. Weiterhin ist ungeklärt, wie der Versorgungsauftrag bei einer Weiterbildungsbefugnis von 12, 24, 36 oder 48 Monaten rechtssicher ausgewiesen werden soll.

Für die Beteiligten zukünftiger regionaler Planungskonzepte bleiben nach Durchsicht insbesondere der Seiten 27-30 und 42-48 die Definitionen der gestuften Versorgung und die Ausgestaltung des konkreten Versorgungsauftrages unklar. Insofern steht eine Vielzahl an Streitfällen zu befürchten, die dazu führen, dass die Krankenhausplanung nicht zeitnah und verlässlich im Sinne der Patientinnen und Patienten erfolgen kann.

6.2.2. Krankenhausplanung faktisch erst in den Budgetverhandlungen

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund einer Krankenhausplanung, bei der der Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses unklar und interpretationsfähig bleibt, besteht die Befürchtung dass eine Krankenhausplanung faktisch erst in den Budgetverhandlungen erfolgt.

Insbesondere die in den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie vorgesehenen „erweiterten Möglichkeiten einer mit den Krankenkassen abgestimmten Differenzierung“ (vgl. Seite 29) nähren vor dem Hintergrund der Abschaffung der Teilgebieteplanung die Sorge einer unangemessenen und bedenklichen Ausweitung und Überfrachtung der Budgetverhandlungen.

Definition und Ausgestaltung des Versorgungsauftrages sind nach den gesetzlichen Vorschriften keine Verhandlungsgegenstände der Budgetverhandlungen und dürfen es vor dem Hintergrund unklarer Versorgungsaufträge faktisch auch nicht werden. Der Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses muss in der Budgetverhandlung feststehen. Eine Krankenhausplanung faktisch erst in den Budgetverhandlungen ist strikt abzulehnen.

6.3.1. Planungsgrundlagen

Die Seiten 56-66 des Entwurfs enthalten im Hinblick auf die Kapazitäten für den Planungshorizont 2015 vorab grundsätzliche Ausführungen zu den „Planungsgrundlagen“ und zum „Bedarf“.

Im Entwurf wird für die Berechnung der notwendigen Kapazitäten grundsätzlich die Formel nach Hill-Burton angewendet. Diese verknüpft die Determinanten Krankenhaushäufigkeit (KH), Verweildauer (VD), Zahl der zu versorgenden Bevölkerung (E) mit dem normativ festgelegten Auslastungsgrad (BN) (vgl. Anhang 10, Planungsgrundsatz 6).

In diesem Zusammenhang möchten wir auf ein redaktionelles Versehen hinweisen: Auf den Seiten 56, 57 wird zur Krankenhaushäufigkeit ausgeführt, dass diese im Jahr 2001 in Nordrhein-Westfalen bei 207,7 Fällen pro 100.000 Einwohner gelegen habe. Bis zum Jahr 2010 sei sie auf 234,7 Fälle pro 100.000 Einwohner gestiegen. Tatsächlich hat die Krankenhaushäufigkeit im Jahr 2001 in Nordrhein-Westfalen bei 20.770 Fällen pro 100.000 Einwohner gelegen. Bis zum Jahr 2010 ist sie auf 23.470 Fälle pro 100.000 Einwohner gestiegen. Das redaktionelle Versehen hat sich unseres Erachtens nicht auf die Berechnung der ausgewiesenen Kapazitäten auf den Seiten 66-82 ausgewirkt.

Insgesamt wäre es der Nachvollziehbarkeit halber grundsätzlich wünschenswert, wenn bei den Darlegungen zu den ausgewiesenen Kapazitäten auf den Seiten 66-82 jeweils auch die vom Plangeber für die Kapazitätsberechnung 2015 herangezogenen Berechnungsparameter aufgeführt würden oder dem Entwurf hierzu eine tabellarische Übersicht (wie z. B. beim Krankenhausplan NRW 2001) beigelegt würde.

Insbesondere vor dem Hintergrund der im Entwurf auf den Seiten 60-66 dargestellten Nachfrageprognosen bis zum Jahr 2025 (und darüber hinaus) sollte unseres Erachtens für jedes einzelne Gebiet kritisch beleuchtet werden, ob die nunmehr auf den Seiten 66-82 des Entwurfs ausgewiesenen Kapazitäten - die sich auf den Planungshorizont 2015 beziehen - auch über den Planungshorizont hinaus tragfähig sind. So wird z. B. ausgeführt, dass nach derzeitigen Schätzungen in der Inneren Medizin zukünftig 40% der gesamten jährlichen Krankenhausfälle behandelt werden.

Im Rahmen einer Kapazitätsreduzierung mit Augenmaß in weiten Teilen der somatischen Fachdisziplinen sollte vermieden werden, heute (bis 2015) Kapazitäten zu reduzieren, die morgen (z. B. 2025) wieder benötigt werden könnten. Die vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen aufbereiteten Daten für ausgewählte Erkrankungen weisen jedenfalls in weiten Teilen erhebliche Steigerungsraten auf.

6.3.2. Kapazitäten 2015 (Quantitative Eckwerte)

Auf den Seiten 66-82 des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ finden sich die Kapazitäten 2015 (Quantitative Eckwerte).

Der Entwurf weist für den somatischen Bereich einen Bettenabbau von 106.554 im Jahr 2010 auf 94.303 im Jahr 2015 aus. Dies entspricht einem Abbau im somatischen Bereich von 12.251 Betten (-11,50%).

Im psychiatrischen Bereich soll ein Bettenaufbau von 14.108 im Jahr 2010 auf 14.438 im Jahr 2015 (Psychiatrie und Psychosomatik) bzw. von 1.118 auf 1.224 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) erfolgen. Dies entspricht einem Aufbau im psychiatrischen Bereich von 330 bzw. 106 Betten (+2,34% bzw. +9,48%).

Die vollstationären Kapazitäten 2015 werden im Entwurf insgesamt mit 109.965 angegeben (2010: 121.780). Der Gesamtabbau (somatischer und psychiatrischer Bereich saldiert) beläuft sich damit auf 11.815 Betten (-9,31%).

Für die Psychiatrie und Psychosomatik sind zudem 3.906 und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie 764 tagesklinische Plätze vorgesehen.

In der 47. Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 02.11.2012 wurde von allen Beteiligten eine Kapazitätsreduzierung mit Augenmaß in weiten Teilen der somatischen Fachdisziplinen nicht in Abrede gestellt.

Im Hinblick auf die Kapazitäten 2015 haben wir auf ein von uns vorgelegtes Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) „Die Entwicklung des stationären somatischen Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2015 als Basis der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen“ verwiesen.

Danach wird auf Basis einer wissenschaftlichen Methode für den somatischen Bereich ein Bettenabbau von 106.554 im Jahr 2010 auf 98.206 im Jahr 2015 berechnet. Dies bedeutet für den somatischen Bereich einen Abbau von 8.348 Betten (-7,83%).

Zur Frauenheilkunde und Geburtshilfe und zur Kinderheilkunde haben wir in den Beratungen des Landesausschusses und der Unterarbeitsgruppe auf die entsprechende Fußnote im DKI-Gutachten verwiesen: *„Die unter Berücksichtigung der Morbidität und Demographie prognostizierten Bettenzahlen bedürfen einer gesonderten Betrachtung und politischen Bewertung. Die Festlegung der Bettenzahlen sollte vor allem im Hinblick auf die Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Versorgung erfolgen.“*

Für die Psychiatrie und Psychosomatik (Erwachsene) haben wir ein Korridormodell im Sinne „kommunizierender Röhren“ zwischen den vollstationären und den teilstationären Kapazitäten vorgeschlagen, wobei in beiden Bereichen von einem notwendigen

Kapazitätsaufbau ausgegangen wird. Erheblichen zusätzlichen Kapazitätsbedarf sehen wir insbesondere im teilstationären Bereich.

Vor diesem Hintergrund halten wir im vollstationären Bereich einen Bettenaufbau von 14.108 im Jahr 2010 auf 14.215 bis 14.588 im Jahr 2015 für erforderlich. Dies entspricht einem Aufbau von 107 bzw. 480 Betten (+0,76% bzw. +3,40%). In der teilstationären Versorgung halten wir 3.962 bis 4.294 Plätze für erforderlich.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen unseres Erachtens weitere Anstrengungen im Rahmen einer Weiterentwicklung des „Konzepts zur Verbesserung der stationären und teilstationären Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Nordrhein-Westfalen“ erfolgen, damit der erforderliche Lückenschluss zwischen Angebot und Nachfrage in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen kann. Ein Korridormodell - wie von uns in der Psychiatrie und Psychosomatik (Erwachsene) vorgeschlagen - ist deshalb für diesen Bereich aus unserer Sicht noch nicht zielführend.

Vor diesem Hintergrund halten wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen Bettenaufbau von 1.118 im Jahr 2010 auf 1.556 im Jahr 2015 für erforderlich. Dies entspricht einem Aufbau von 438 Betten (+ 39,18%). In der teilstationären Versorgung halten wir 780 Plätze für erforderlich.

In der **Anlage 3** haben wir eine Übersicht über die Kapazitätsprognosen 2015 in den einzelnen Gebieten beigefügt.

6.3.3. Psychiatrischer Bereich

Aufgrund der seit Jahren stetig wachsenden Nachfrage im Bereich der stationär und teilstationär zu behandelnden Erkrankungen und der Prognose von Expertinnen und Experten, dass sich dieser Trend auch in Zukunft weiter fortsetzen wird, ist aus unserer Sicht eine Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes in unserem Bundesland sowohl in der stationären und teilstationären Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Erwachsener als auch der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich. Ein diesbezügliches „Positionspapier der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) für den Bereich der Psychiatrie zur Aufstellung eines neuen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen“ hatten wir dem MGEPA mit Datum 14.07.2011 übersandt.

Den Mitgliedern des Landesausschusses für Krankenhausplanung ist - nach entsprechender Erörterung in der Unterarbeitsgruppe - mit der Einladung zur 47. Sitzung am 02.11.2012 ein Krankenhausplanungskonzept „Psychiatrie/Psychosomatik“ (Stand: 06.08.2012) als Beratungsunterlage übersandt worden. Am 31.10.2012 wurde vom MGEPA eine

Neufassung des Entwurfs des Krankenhausplanungskonzepts „Psychiatrie und Psychosomatik“ (Stand: 22.10.2012) übermittelt.

Das Konzept verfolgt dabei aus unserer Sicht das Ziel, Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Rahmen ihres Leistungsanspruchs ein gemeindenahes und umfassendes stationäres und teilstationäres Versorgungsangebot zu bieten, um eine an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung ohne Versorgungsbrüche zur Verfügung zu stellen. Dieses Ziel unterstützen wir grundsätzlich.

Damit eine Umsetzung des Konzepts zielführend erfolgen kann, müssen aus unserer Sicht jedoch einige Bedingungen erfüllt sein. In **Anlage 4** haben wir daher Eckpunkte beigefügt, unter denen das Konzept zielführend umgesetzt und demzufolge krankenseitig mitgetragen werden kann.

Nach unserer Wahrnehmung wurden diese Eckpunkte zur Kenntnis genommen. Unseres Erachtens sollten sie im Krankenhausplanungsprozess zwingend berücksichtigt werden.

Im Hinblick auf das nunmehr auf den Seiten 76-81 des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ niedergelegte Krankenhausplanungskonzepts „Psychiatrie und Psychosomatik“ und dem darin beschriebenen Ziel (alle an der Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen beteiligten Krankenhäuser haben zukünftig psychiatrische und psychosomatische Angebote vorzuhalten), werden auf Seite 78 personelle Anforderung aufgestellt (jeweils eigenständige fachärztliche Leitung). Aus diesem Grund regen wir an, die folgenden Fragen in den Blick zu nehmen:

- Wie sieht aktuell die Personalsituation in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie aus?
- Wie viele Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden zukünftig benötigt?
- Wie wird mit einem etwaigen Fachkräftemangel umgegangen?

6.4. Planungsgrundsätze (Seite 38, Anhang 10) und „Weitere Angebote“ (Seiten 82-105)

Auf Seite 38 des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ wird auf die im Anhang 10 enthaltenen Planungsgrundsätze verwiesen. Auf den Seiten 82-105 des Entwurfs finden sich Ausführungen zur Planung der „Weiteren Angebote“.

„Weitere Angebote“ sind danach: „Geriatric“, „Perinatalzentren“, „Herzchirurgie“, „Stroke Units“, „Brustzentren“, „Transplantationszentren“, „Komplementärmedizin“, „Palliativmedizin“, „Intensivbetten“ und „Infektionsbetten“.

In der 47. Sitzung des Landesausschusses hatten wir unsere grundsätzlich zustimmende Positionierung zu den Planungsgrundsätzen unter den Vorbehalt der endgültigen - auch textlichen - Ausgestaltung des neuen Krankenhausrahmenplans gestellt.

Wir regen nunmehr nach Veröffentlichung des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ am 03.01.2013 auf der Internetseite des Landtags eine grundlegende Überprüfung der Planung der „Weiteren Angebote“ im Rahmen einer Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung an, da Zweifel bestehen, ob eine rechtssichere Erarbeitung und Ausgestaltung der Planung der „Weiteren Angebote“ erfolgt ist und gegebenenfalls nicht doch noch die Planungsgrundsätze der diesbezüglichen Planung angepasst werden müssen.

Zunächst ist hierzu anzumerken, dass bei der Planung der „Weiteren Angebote“ (vgl. Kapitel 5.3., Seiten 82-105) kein Einvernehmen mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung (Plenum) angestrebt bzw. kein Einvernehmen im Landesausschuss erzielt wurde:

- Im Bereich „Geriatric“ konnte das vom MGEPA vorgelegte Konzept von uns in der vorgelegten Form nicht mitgetragen werden. Weiterentwicklungspotentiale sollten unseres Erachtens im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V auf Basis einer wissenschaftlich gesicherten Bestandsaufnahme der gegenwärtigen medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend erörtert werden (vgl. hierzu im Einzelnen Punkt 6.4.1.).
- Im Bereich „Perinatalzentren“ konnte das vom MGEPA vorgelegte Konzept von uns ebenfalls nicht mitgetragen werden. Wir haben darauf hingewiesen, dass wir über die Erfüllung der G-BA-Vorgaben hinaus in dem Ziel einer reinen Standortreduktion ohne vorherige Bedarfsanalyse kein qualitatives Merkmal erkennen können (vgl. hierzu im Einzelnen Punkt 6.4.2.).
- Bei den übrigen im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ nunmehr vorgesehenen „Weiteren Angebote“ wurde vom MGEPA kein Einvernehmen angestrebt. Die Bereiche „Herzchirurgie“, „Stroke Units“, „Brustzentren“, „Transplantationszentren“, „Komplementärmedizin“, „Palliativmedizin“, „Intensivbetten“ und „Infektionsbetten“ waren nicht Gegenstand der Beratungen der 47. Sitzung des Landesausschuss für Krankenhausplanung.

Beim Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ handelt es sich um die Neuaufstellung des Krankenhausrahmenplans. Im Hinblick auf dessen inhaltliche Ausgestaltung ist Einvernehmen anzustreben.

Ein grundlegendes Problem könnte unseres Erachtens in der aktuellen Ausgestaltung der Planung - zumindest einiger - „Weiterer Angebote“ in Ansehung der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen (OVG NRW) zu den

„Brustzentren“ und den „Stroke Units“ bestehen (vgl. hierzu z. B. OVG NRW, Urteil vom 05.10.2010, Az.: 13 A 2070/09, OVG NRW, Beschlüsse vom 23.02.2007 und 18.12.2008, Az.: 13 A 3730/06, 13 A 2221/08). Betroffen hiervon könnten zumindest die „ehemaligen Schwerpunkte“ sein, wenn nicht gar sämtliche „ehemalige besondere Leistungsangebote“, die zukünftig als „Weitere Angebote“ geplant werden sollen.

Im Krankenhausplan 2001 war unter Planungsgrundsatz 3 die Grundsatzentscheidung niedergelegt, dass sich die der Planung zugrundeliegenden Gebiete und Schwerpunkte (Teilgebiete) an den Weiterbildungsordnungen für Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe orientierten. Sie wurden gesondert festgelegt und gliederten sich in stationäre, teilstationäre und sonstige Angebotsstrukturen.

Im Hinblick auf die Bedarfsermittlung bestimmte der alte Planungsgrundsatz 7, dass besondere Leistungsangebote von dem Berechnungsverfahren nach Nummer 5 (Hill-Burton-Formel) ausgenommen waren. Diese wurden als Schwerpunktfestlegung vom Land nach gesundheitspolitischen Kriterien bedarfsgerecht unter Berücksichtigung der medizinischen Weiterentwicklung gesondert bestimmt.

Diese Zusammenhänge hat auch das OVG NRW im Rahmen seiner bisherigen Rechtsprechung zu den „Brustzentren“ und den „Stroke Units“ - neben der seinerzeit erfolgten Befassung des Landesausschusses für Krankenhauplanung - betont.

Im Zuge des KHGG NRW ist die Schwerpunktplanung nunmehr grundsätzlich vom Gesetzgeber abgeschafft worden.

In den Planungsgrundsätzen des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ finden sich obige Regelungsgegenstände demzufolge nicht mehr. Eine Grundsatzentscheidung zur Planung „Weiterer Angebote“ und zur abweichenden Bedarfsberechnung findet sich - wie es noch bei den Schwerpunktfestlegungen im „Krankenhausplan NRW 2001“ der Fall war - in den Planungsgrundsätzen des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ nicht.

Insoweit stellt sich die Frage der Kompatibilität der „Weiteren Angebote“ mit den Planungsgrundsätzen und dem KHGG NRW.

In Planungsgrundsatz 3 wird ausgeführt, dass der Planung festgelegte Leistungsangebote unterliegen. Ausweislich der Anlage zu den Planungsgrundsätzen sind dies die Gebiete nach den Weiterbildungsordnungen sowie die Geriatrie. Vor diesem Hintergrund müsste die Planung der übrigen „Weiteren Angebote“ entweder von Planungsgrundsatz 3.1 oder Planungsgrundsatz 3.2 gedeckt sein. Eindeutig ist dies unseres Erachtens nicht.

Erschwerend kommt hinzu, dass bei der Ausgestaltung der „Weiteren Angebote“ eine (aktuelle) Bedarfsermittlung nicht ersichtlich ist.

Zum Teil wird auf die alten Grundlagen und Rahmenbedingungen verwiesen („Stroke Units“ (2005), „Brustzentren“ (2002)), obwohl demgegenüber im Entwurf z. B. auf Seite 63 ausgeführt wird, dass für 2025 in Nordrhein-Westfalen etwa 13.000 Neuerkrankungen durch Brustkrebs (Mammakarzinom) erwartet würden. Dies entspreche einer Zunahme um 13% im Vergleich zu 2004. Auf Seite 62 des Entwurfs wird ausgeführt, dass für den Schlaganfall (ICD-10 I63 Hirninfarkt) in der stationären Versorgung eine Zunahme der Fälle im Zeitraum 2000 bis 2010 dokumentiert worden sei (altersstandardisierte Raten Krankenhausfälle ; 2000: 114,0/100.000 Einwohner/innen; 2010: 156,8/100.000 Einwohner/innen). Auf der Seite 61 wird ausgeführt, dass deutschlandweit bei den Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sowohl für die Anzahl der Schlaganfälle als auch die der Herzinfarkte eine deutliche Zunahme prognostiziert werde. Die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen in 2030 werde bei den Herzinfarkten auf ca. 440.000 (+42% im Vergleich zu 2007) und bei Schlaganfällen auf ca. 250.000 (+37%) geschätzt.

Hinzu kommen die im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ enthaltenen - vollkommen neuen - Ausführungen, insbesondere in den Bereichen „Palliativmedizin“ und „Intensivbetten“, die eine Planung mit weitreichenden fachlich-inhaltlichen Vorgaben enthalten. Diese gehen unseres Erachtens über rein deskriptive Elemente weit hinaus und würden die Versorgungslandschaft in Nordrhein-Westfalen nachhaltig verändern.

6.4.1. Geriatrie (Seiten 82-88)

Gegenüber dem MGEPA, im Landesausschuss für Krankenhausplanung und in der Unterarbeitsgruppe haben wir mehrfach betont, dass wir die Erarbeitung sachgerechter und praxistauglicher Lösungsansätze der mit dem demografischen Wandel bereits heute sowie insbesondere zukünftig einhergehenden Herausforderungen in der Versorgung der nordrhein-westfälischen Bevölkerung als eine der prioritären Aufgaben ansehen.

Das „Strukturkonzept Geriatrie“, welches nunmehr auf den Seiten 82-88 des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ niedergelegt ist, können wir bei unveränderter Ausgestaltung nicht mittragen.

Diese ablehnende Haltung soll allerdings in keiner Weise zum Ausdruck bringen, dass wir uns einer stärkeren Zusammenarbeit der Beteiligten bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten verschließen.

Weiterentwicklungs- und Verbesserungspotentiale sollten unseres Erachtens im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V auf Basis einer wissenschaftlich gesicherten Bestandsaufnahme der gegenwärtigen medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten erörtert werden. Modellprojekte, in denen unter anderem Verzahnungselemente bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten zunächst

erprobt und evaluiert werden, könnten einen solchen Diskussionsprozess unterstützen, ohne die bisher unter den derzeit bestehenden Rahmenbedingungen gut funktionierenden Formen der Zusammenarbeit aufzugeben. Krankenhausplanung kann durch die Bereitstellung bedarfsnotwendiger Kapazitäten zwar einen wesentlichen, allerdings keinen umfassenden Beitrag leisten.

Im Hinblick auf das nunmehr auf den Seiten 82-88 des Entwurfs niedergelegte „Strukturkonzept Geriatrie“ regen wir an, vor allem auch die folgenden Fragen in den Blick zu nehmen:

- Wie viele Fachärzte, die eine abgeschlossene Weiterbildung mit der Zusatzbezeichnung oder die fakultative Weiterbildung Geriatrie bzw. eine andere durch die ärztlichen Weiterbildungsordnungen definierte geriatriische Qualifikation besitzen, versehen aktuell in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern ihren Dienst?
- Wie viele Fachärzte, die eine abgeschlossene Weiterbildung mit der Zusatzbezeichnung oder die fakultative Weiterbildung Geriatrie bzw. eine andere durch die ärztlichen Weiterbildungsordnungen definierte geriatriische Qualifikation besitzen, werden zukünftig in den im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Geriatrien benötigt?
- Wie viele Fachärzte, die eine abgeschlossene Weiterbildung mit der Zusatzbezeichnung oder die fakultative Weiterbildung Geriatrie bzw. eine andere durch die ärztlichen Weiterbildungsordnungen definierte geriatriische Qualifikation besitzen, werden darüber hinaus zusätzlich in geriatriischen Versorgungsverbänden benötigt?

Wir geben in dieser Hinsicht zu bedenken, dass nach unserer Einschätzung die im „Strukturkonzept Geriatrie“ festgelegten Anforderungen an die Zusammenarbeit im geriatriischen Versorgungsverbund - insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen Fachkräftesituation - auf Grenzen stoßen werden.

Auch die Praktikabilität der Durchführung des Screening- und Assessmentverfahrens sollte unseres Erachtens in diesem Kontext überprüft werden.

Bei der Festschreibung nicht flächendeckend erfüllbarer Anforderungen besteht die Gefahr, dass dem medizinischen Stand der Erkenntnisse entsprechende, ausreichende und zweckmäßige, örtliche bzw. regionale Versorgungskonzepte nicht mehr für die Versorgung der Bevölkerung vor Ort zur Verfügung stehen (dürfen), ohne dass dafür adäquater Ersatz geschaffen werden kann und entstehende Lücken geschlossen werden können. Das Ansinnen, mit den geriatriischen Versorgungsverbänden eine flächendeckend abgestimmte,

ortsnahe geriatrische Versorgung ohne weiße Flecken sicherzustellen, würde auf diese Weise ins Gegenteil verkehrt.

Abschließend möchten wir anmerken, dass das „Strukturkonzept Geriatrie“ den Fokus stark auf die Zusammenarbeit ausgewiesener Geriatrien mit nichtgeriatrischen Fachabteilungen legt und diese regelt. Aus unserer Sicht sollten im Zuge konzeptioneller Überlegungen sämtliche an der Behandlung der Patientinnen und Patienten über 75 Jahre (ca. 1 Mio. Behandlungsfälle in NRW pro Jahr) beteiligten Fachgebiete (z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Psychiatrie) berücksichtigt werden.

6.4.2. Perinatalzentren (Seiten 89-93)

Die aktuell im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ auf den Seiten 89-93 enthaltene Ausgestaltung der Planung von Perinatalzentren können wir bei unveränderter Ausgestaltung nicht mittragen.

Gegenüber dem MGEPA, im Landesausschuss für Krankenhausplanung und in der Unterarbeitsgruppe haben wir wiederholt darauf hingewiesen, dass wir über die Erfüllung der G-BA-Vorgaben hinaus in dem Ziel einer reinen Standortreduktion ohne vorherige Bedarfsanalyse kein qualitatives Merkmal erkennen können.

Im Hinblick auf die zukünftige Ausweisung von Perinatalzentren sind keine Ist-Analyse, keine Bedarfsermittlung und keine Auswirkungsanalyse durch das MGEPA erfolgt.

Aktuell nehmen rund 60 Krankenhäuser an der Versorgung teil. Das MGEPA spricht von einer zukünftigen Versorgung durch „deutlich weniger“ als 42 Krankenhäuser, ohne Auswahlkriterien für die Standortreduzierung zu benennen. Eine Analyse, ob die verbleibenden Standorte künftig die Versorgung - insbesondere unter Kapazitätsgesichtspunkten - überhaupt bewältigen können, ist nicht ersichtlich.

Hierbei sei darauf hingewiesen, dass aktuell kein qualitativer Aspekt ersichtlich ist, von den G-BA-Vorgaben abzuweichen bzw. keine Gründe bekannt sind, die die Kriterien des G-BA als nicht ausreichend darstellen. Die reine Standortreduktion ist kein krankenhauplanerisches Ziel an sich.

Erwähnt sei an dieser Stelle zudem der weiterhin unklare Umstand, wie die zahlreichen und häufig wenig evidenzbasierten Leitlinien und Stellungnahmen der Fachgesellschaften konkret in der Krankenhausplanung und den regionalen Planungskonzepten umgesetzt werden sollen; zumal sich eine Vielzahl von Leitlinien und Stellungnahmen auf die Geburtshilfe, die an anderer Stelle im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ geregelt ist, beziehen.

Dieses Grundproblem zieht sich - wie bereits mehrfach oben dargelegt - durch verschiedene Bereiche des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“.

Anzumerken ist zudem, dass das MGEPa dem Landesausschuss für Krankenhausplanung am 31.10.2012 zur 47. Sitzung am 02.11.2012 einen Konzeptentwurf „Struktur der Geburtshilfe und Neonatologie, Versorgung von Früh- und sonstigen Risikogeburten, Perinatalzentren“ (Stand: 30.10.2012) übermittelt hat. Im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ wird nunmehr offensichtlich ein Textteil verwandt, der einer älteren Version entspricht. Dies wird deutlich auf Seite 91. Dort wird noch auf eine Mindestmenge 14 für Perinatalzentren Level 2, die bereits seit längerem nicht mehr existiert, verwiesen. Zudem wird auf eine AWMF-Leitlinie hingewiesen. In der für die Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 02.11.2012 vorgelegten Fassung waren diese Punkte - aufgrund unserer diesbezüglichen Hinweise - bereits nicht mehr enthalten.

6.4.3. Palliativmedizin (Seiten 97-100)

Die Seiten 97-100 im aktuellen Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ enthalten die zukünftige Ausgestaltung der Planung im Bereich der Palliativmedizin.

Der Plangeber führt hierzu auf Seite 100 aus:

„Zukünftig ist für die im Krankenhausrahmenplan ausgewiesenen Angebote inhaltlich auf die Erfüllung der Mindestmerkmale der OPS 8-98e und den vertraglich abgesicherten Nachweis einer Einbindung in ein regionales Versorgungsnetz der Hospiz- und Palliativversorgung abzustellen.“

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinen medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Er ist nicht für krankenhauplanerische Zwecke konzipiert worden.

Für die palliativmedizinische Komplexbehandlung stehen im OPS-Katalog zwei Komplexkodes zur Verfügung; die palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-982) und die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98e).

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Definition von OPS-Komplexkodes zwar unter Beteiligung der Fachgesellschaften erfolgt, aber die methodische und wissenschaftliche Qualität des Abstimmungsprozesses zur Anpassung/Erweiterung der bestehenden OPS-Kodes deutlich geringer ist als z. B. die Verfahrensweise des G-BA. Diese ist aber als Standard für die Formulierung weitreichender Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung zu fordern.

Auch die IGES-Institut GmbH stellt hierzu in ihrem Gutachten „Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung“ fest: *„Eine Fundierung - d. h. einen Verweis auf eine wissenschaftliche Evidenz - liegt für die OPS Codes nicht vor. Die OPS Codes entstehen aus einem Vorschlagsverfahren, an dem sich primär die Fachgesellschaften beteiligen sollen; die Vorschläge können Verweise auf wissenschaftliche Evidenz enthalten.“*

Der palliativmedizinische Komplexcode 8-982 kommt seit mehreren Jahren zur Anwendung und Abrechnung.

Ausweislich der Auswertungen der IGES-Institut GmbH in o.g. Gutachten wurden im Jahr 2010 9.285 Fälle durch 120 Einrichtungen mit dem palliativmedizinischen Komplexcode 8-982 kodiert. Die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98e) konnte im Jahr 2010 noch nicht kodiert werden, da sie erst mit dem OPS-Katalog 2012 eingeführt wurde.

Vor diesem Hintergrund fehlen zurzeit noch Erfahrungen dahingehend, wie oft die OPS 8-98e in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern kodiert und abgerechnet wird. Insofern ist auch eine Auswirkungsanalyse im Hinblick auf die nunmehr vorliegende krankenhauplanerische Bezugnahme auf diesen OPS Kode derzeit nicht möglich.

Zur Einführung der OPS 8-98e mit dem OPS-Katalog 2012 ist anzumerken, dass im Zuge der Weiterentwicklung des Kodier- und Vergütungssystems durch die Selbstverwaltungspartner regelmäßig Vorschläge zur Anpassung/Erweiterung der bestehenden ICD- und OPS-Kodes formuliert werden. Diese dienen primär einer verbesserten finanziellen Abbildung therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen. Der Nachweis einer vormals unzureichenden Therapie, in diesem Fall durch den OPS-Kode 8-982, ist mit der Anpassung/Erweiterung der Systematik nicht verbunden. Vielmehr bestand offensichtlich der Verdacht, dass die Kosten für die in dem neuen Kode 8-98e zur Darstellung kommenden Strukturen durch das Zusatzentgelt für den Komplexcode 8-982 nicht ausreichend gedeckt sind. Das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) wird in den kommenden Jahren anhand der Daten der Kalkulationshäuser ermitteln, ob zwischen den o. g. palliativmedizinischen Codes ein Kostenunterschied besteht und für den neuen Kode 8-98e ein eigenständiges Zusatzentgelt oder eine DRG kalkuliert werden muss.

Warum also explizit der Komplexcode 8-98e für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen herangezogen wurde, obwohl finanzielle bzw. leistungsrechtliche Überlegungen im Vordergrund stehen und keinerlei Hinweise vorliegen, dass das Behandlungskonzept des OPS-Kodes 8-982 zu einer mangelhaften Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen führt, ist nicht nachvollziehbar.

6.4.4. Intensivbetten (Seiten 100-104)

Der Plangeber nimmt bei seiner zukünftigen Ausgestaltung der Planung von Intensivbetten auf den Seiten 100-104 auf die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 Bezug. Neben zahlreichen - jeweils kritisch zu hinterfragenden - Detailvorgaben findet sich dort auch die bereits oben dargestellte Mindestgröße von 8 bis 12 Intensivbetten.

Eine diesbezügliche Auswertung der aktuellen Soll-Bettenverteilung in den Feststellungsbescheiden der Krankenhäuser durch die KGNW kommt zu dem Ergebnis, dass von aktuell 286 Krankenhäusern mit ausgewiesenen Intensivkapazitäten 64 Krankenhäuser zwischen 2 und 7 Intensivbetten aufweisen.

Mit anderen Worten: Über 22% der Krankenhäuser könnten zukünftig nicht mehr ohne Weiteres für die intensivmedizinische Versorgung zur Verfügung stehen. Überwiegend handelt es sich dabei um Einrichtungen in der Fläche.

Weiterhin ist zur Intensivmedizin als planungsrelevanter Aspekt im Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ festzuhalten, dass die zahlreichen und nicht durchgehend wissenschaftlich fundierten Aussagen der Fachgesellschaft offenbar für alle Intensivstationen verbindlich sein sollen. Kleine bis mittelgroße Einheiten werden mehrere Mindestmerkmale nur schwerlich erfüllen können. Hierzu gehört z. B. die permanente Präsenz von Anästhesisten, Allgemein- und Viszeralchirurgen und Internisten auf „Facharzniveau“. Ein nicht fachärztlicher internistischer und nicht fachärztlicher chirurgischer Anwesenheitsdienst in der Nacht und an den Wochenenden (Regelfall in kleinen und mittelgroßen Krankenhäusern) wäre dann nicht mehr möglich. Zahlreiche Krankenhäuser könnten als Folge keine rund um die Uhr Versorgung mehr gewährleisten oder müssten auf eine Intensivstation verzichten, was gleichsam zum Zusammenbruch der flächendeckenden diesbezüglichen Versorgung führen würde.

Bei einer Bettenanzahl von > 8 sind mindestens 7 Vollzeitarztstellen vorzuhalten. Ob diese ausschließlich für die Tätigkeit auf der Intensivstation zur Verfügung stehen müssen, bleibt dabei unklar. Sollte dies der Fall sein, ist zur Aufrechterhaltung der sonstigen Aufgaben einer anästhesiologischen Abteilung (z. B. Narkosen, präklinische und klinische Notfallversorgung) eine zumindest gleichgroße Anzahl ärztlicher Mitarbeiter zusätzlich notwendig.

Trotz erheblicher und bis dato noch nicht erfolgter Reglementierung der Organisationsstruktur der Krankenhäuser (u. a. verbindliche Personalschlüssel für den ärztlichen und pflegerischen Dienst, dezidierte Aussagen zur Behandlungsführung durch Festlegung der an einer Visite Beteiligten, verbindliche Detailtiefe bis hin zur seelsorgerischen Betreuung, der Haustechnik und zum Reinigungsdienst) bedient sich das MGEPA ausschließlich einer einzigen begründenden und eingangs genannten Literaturstelle. Diese stellt allenfalls das Niveau einer S2-Leitlinie dar. Eine sorgfältige, wissenschaftlich und methodisch belastbare Untersuchung der Aussagekraft und Güte der Empfehlung der DIVI ist nicht ersichtlich.

Aus unserer Sicht wäre für die Planung von Intensivbetten ein Vorschlag erwägenswert, der bereits im Rahmen eines Meinungsbildes zum Katalog weiterer Planungsbereiche in der Unterarbeitsgruppe erörtert worden ist: Vor dem Hintergrund der Verpflichtung des Landes, im Rahmen seiner Daseinsvorsorge eine Unterversorgung zu vermeiden, könnte beim Aufbau intensivmedizinischer Kapazitäten lediglich eine Anzeige an die zuständige Bezirksregierung ausreichen, während bei einer Reduzierung ein regionales Planungskonzept notwendig wäre.

7. Telematik und Telemedizin (Seiten 37, 38)

Auf den Seiten 37 und 38 des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ erfolgen Ausführungen zum Themenbereichs "Telematik und Telemedizin".

Wir hatten bereits Mitte 2012 - unabhängig von den Beratungen zum neuen Krankenhausplan - unsere Bereitschaft bekundet, gemeinsam mit dem MGEPA den Weg für die Umsetzung von medizinischen Telematikanwendungen für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen bereiten zu wollen, sofern das Land die Kosten dieser Maßnahmen übernimmt.

Im Vordergrund stehen dabei - anders als nunmehr formuliert - zunächst die beiden Anwendungen „elektronische Fallakte“ und „elektronischer Arztbrief“, die für eine nahtlose Kommunikation in einer sektorenübergreifende Versorgung die größte Relevanz besitzen. Weitere Anwendungen wie z. B. der „Medikationsplan“ zur Verbesserung der Patientensicherheit, können sukzessive hinzukommen, bringen aber wie in diesem Beispiel oft auch höhere Investitionskosten mit sich. Anwendungen der Telemedizin waren noch nicht Gegenstand dieser Gespräche.

Die Landesregierung hat - ebenfalls Mitte 2012 - angekündigt, die aktuell entstandene Konzentration der initial zu erprobenden Telematikinfrastruktur auf das Management der Versichertendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wieder verbreitern zu

wollen. Parallel zu den Tests der Gematik will die Landesregierung die Einführung nutzerorientierter Telematikanwendungen und der Telemedizin in Nordrhein-Westfalen forcieren.

Der in der Entwicklung befindliche „Stufenplan für die Einführung von Telematikanwendungen in NRW-Krankenhäusern“ sieht jedoch nicht nur vor, die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen bei der Erprobung nutzerorientierter medizinischer Telematikanwendungen zu unterstützen. Vielmehr fasst er auch die Verzahnung mit den anstehenden Gematik-Test- und Erprobungsverfahren im Online Rollout (Stufe 1) ins Auge. Der Stufenplan soll einen strukturierten Ablauf sicherstellen und eine abgestimmte organisatorische Grundlage für die gesamten vorgesehenen Maßnahmen schaffen. MGEPA und KGNW erarbeiten diesen Stufenplan gemeinsam mit externen Experten.

Vor diesem Hintergrund müsste die Formulierung auf Seite 38 des Entwurfs aufgreifen, dass

- zunächst die Erprobung der beiden zentralen Anwendungen „elektronische Fallakte“ und „elektronischer Arztbrief“ im Vordergrund steht,
- die Verweise auf nicht in den Bereich der Telematik, sondern IT-Verfahren der internen Organisation der Krankenhäuser fallende Verfahren („administrative Aufnahme über den Bettenbelegungsplan, die Belegung der Operationsäle, die Dokumentation der Operationen, die Pflegedokumentationen, die DRG-Ermittlung“) entfallen und
- die Maßnahmen des Stufenplans unter dem Vorbehalt einer Finanzierung durch das Land Nordrhein-Westfalen gestellt sind.

8. Fazit

In der Gesamtschau halten wir den vorliegenden Entwurf des „Krankenhausplan NRW 2015“ der Landesregierung in verschiedenen Bereichen für noch überarbeitungsbedürftig. Verlässliche und interpretationsfreie Rahmenbedingungen, die ein tragfähiges Gleichgewicht zwischen den Zielrichtungen der Krankenhausversorgung - patientengerecht, qualitativ hochwertig, ortsnah, bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich - zulassen, liegen aktuell in Teilen noch nicht vor.

Eine Umsetzung des vorliegenden Entwurfs betrachten wir insbesondere im Hinblick auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung in unserem Bundesland mit großer Sorge.

Wir halten eine Beratung des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ im Landesausschuss für Krankenhausplanung (und ggf. entsprechende Vorberatungen in der Unterarbeitsgruppe) für erforderlich. Dort könnten die aktuell bestehenden Probleme und

Unklarheiten, die im Hinblick auf die textliche Ausgestaltung des Entwurfs „Krankenhausplan NRW 2015“ bestehen, detailliert beleuchtet und nach Möglichkeit zielgerichteten Lösungen zugeführt werden.

Seite 35 von 35

Anlagen (4)

Anlage 1 zur Stellungnahme der KGNW

Übersicht über die Beratungen zum Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“ im Landesausschuss und in der Unterarbeitsgruppe

Gliederungspunkte		mit Beratung		ohne Beratung		Bemerkungen
		Unterausschuss	Landesausschuss	Unterausschuss	Landesausschuss	
1.	Einleitung			Seite 7	Seite 7	
2. 2.1	Rahmenbedingungen Rechtsgrundlagen			Seiten 8-15	Seiten 8-15	
2.2 2.2.1 2.2.2 2.2.2.1 2.2.2.2 2.2.2.3 - 2.2.2.9 2.2.3	Planungsziele der Krankenhausversorgung Grundsätzliche Ziele Spezielle Ziele Versorgungsqualität Flächendeckende gestufte Versorgung Versorgungsschwerpunkte bis Telematik und Telemedizin Planungsgrundsätze (Anhang Ziffer 10)	Seite 38	Seite 38	Seiten 15-19 Seiten 19-27 Seiten 27-30 Seiten 30-38	Seiten 15-19 Seiten 19-27 Seiten 27-30 Seiten 30-38	Im LA nur Information Im LA nur Information s. Entwurf Planungsgrundsätze vom 05.10.2012
2.3 2.4 2.5 2.6 2.7	Versorgungsstrukturen Versorgungsauftrag Gesetzliche Aufgaben Beteiligte an der Krankenhausversorgung Abstimmung des Rahmenplans			Seiten 38-42 Seiten 42-48 Seiten 49-54 Seite 54 Seite 55	Seiten 38-42 Seiten 42-48 Seiten 49-54 Seite 54 Seite 55	im LA nur Information
3.	Planungsgrundlagen			Seiten 56-60	Seiten 56-60	
4.	Bedarf			Seiten 60-64	Seiten 60-64	

Gliederungspunkte		mit Beratung		ohne Beratung		Bemerkungen
		Unterausschuss	Landesausschuss	Unterausschuss	Landesausschuss	
5.	Medizinische Fachplanung					
5.1	Auswirkungen der demografischen Entwicklung			Seiten 64-66	Seiten 64-66	
5.2	Gebiete nach der WBO	Seiten 66-82	Seiten 66-82			s. Arbeitsblätter vom 30.10.2012 s. Entwurf Psychatriekonzept vom 22.10.2012
5.3	Weitere Angebote					
5.3.1	Geriatric	Seiten 82-88	Seiten 82-88			s. Entwurf Geriatriekonzept vom 29.06.2012
5.3.2	Perinatalzentren	Seiten 89-93	Seiten 89-93			s. Konzeptentwurf Frühgeborenenversorgung vom 30.10.2012
5.3.3	Herzchirurgie			Seite 93	Seite 93	zu 5.3.3 -5.3.10:
5.3.4	Stroke Units			Seite 94	Seite 94	- keine Beratung LA
5.3.5	Brustzentren			Seiten 94-96	Seiten 94-96	- keine inhaltliche Beratung
5.3.6	Transplantationszentren			Seite 96	Seite 96	UA (Positionen zur Frage
5.3.7	Komplementärmedizin			Seiten 96-97	Seiten 96-97	“Planung ja/nein“
5.3.8	Palliativmedizin			Seiten 97-100	Seiten 97-100	wurden teilweise ausgetauscht)
5.3.9	Intensivbetten			Seiten 100-104	Seiten 100-104	
5.3.10	Infektionsbetten			Seiten 104-105	Seiten 104-105	
5.4	Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe	Seiten 105-107	Seiten 105-107			s. Entwurf Planungsgrundsätze vom 05.10.2012



Positionen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zur Krankenhausplanung

I. Grundsatzpositionen

„Kernaufgabe“ der Krankenhausplanung ist die Bedarfsfeststellungs- und Versorgungsplanung, bei der der Krankenhausplan die für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser (vgl. § 12 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW) nach Standort, Bettenzahl, Behandlungsplätzen und Fachrichtungen (vgl. § 16 Abs. 1 KHGG NRW) auszuweisen hat. Insofern ist Krankenhausplanung in erster Linie die Planung erforderlicher Kapazitäten.

Aus Sicht der KGNW wird vor diesem Hintergrund eine **Planung über die Gebiete nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztinnen und Ärzte** hinaus grundsätzlich nur in den vier nachfolgend aufgeführten Bereichen für erforderlich gehalten (vgl. bereits KGNW-Schreiben vom 20.06.2008 - I/Sp/Ac/ni/06b06, KGNW-Schreiben vom 19.09.2011 - I/Kö/Sp/ni/09b04):

- Versorgungsmangel bzw. Unterversorgung,
- Schwer Brand- und schwer Hirnverletzte,
- Intensivpflegeeinheiten,
- Gesetzliche Vorgabe (z. B. Transplantationszentren).

II. Krankenhausplanerische (Struktur-) Qualitätsvorgaben

Aus Sicht der KGNW muss jede Vorgabe zur Strukturqualität das Ziel verfolgen, eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten - unabhängig von Wohnort und sozioökonomischer Situation - zu gewährleisten und zu sichern.

Eingriffe in Grundrechte - insbesondere die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) - müssen dem Schutz der körperlichen Unversehrtheit der Patientinnen und Patienten dienen, auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen und einer Verhältnismäßigkeitsprüfung standhalten; dies gilt insoweit auch für etwaige ergänzende, indikationsbezogene Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung.

Eine jede Vorgabe muss sich daran messen lassen, ob sie zur Erreichung des o. g. Zieles tatsächlich geeignet, erforderlich und angemessen ist.

Unter Bezugnahme auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und den dort beschriebenen Rahmen der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan im Lichte des Art. 12 Abs. 1 GG besteht derzeit keine landesgesetzliche Ermächtigungsgrundlage zur Festlegung ergänzender (Struktur-) Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung (vgl. hierzu z. B. KGNW-Schreiben vom 19.09.2011 - I/Kö/Sp/ni/09b04 m. w. N.).

Auch ein Verweis auf § 13 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW überzeugt nicht. § 13 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW regelt, dass die Rahmenvorgaben unter anderem Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer „Qualität“ enthalten. Diese Regelung fand sich unverändert bereits im alten § 14 Abs. 1 Satz 1 KHG NRW. In der Gesetzesbegründung zum neuen § 13 KHGG NRW finden sich (auch im Vergleich zur Begründung des alten § 14 KHG NRW) keine Hinweise, dass der Gesetzgeber detailliertere Vorgaben und damit eine extensivere Auslegung der Regelung als bisher bezwecken will. Beschrieben sind in der Gesetzesbegründung die qualitativen Vorgaben nach der bisherigen Lesart des Krankenhausplans 2001.

In der Gesetzesbegründung zu § 13 Abs. 1 KHGG NRW ist wie folgt ausgeführt:

„Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und -kriterien sowie qualitative und quantitative Inhalte für die Festlegung nach § 12. Die Planungsgrundsätze umfassen insbesondere den qualitativen Rahmen des Krankenhausplans, insbesondere eine Bestimmung der Planungsinhalte. Zu den qualitativen Inhalten zählt die Bestimmung von Planungs determinanten wie Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettennutzung, gegebenenfalls Bettenmessziffern und Leistungszahlen und Aussagen zur gestuften Versorgung (örtlich, regional und überregional). [...]

Ausgangspunkt der Aufstellung des Krankenhausplans ist die Ist-Analyse. Sie untersucht und beschreibt die bestehenden stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen und ihre Strukturen in den Planungsregionen sowie der Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen in der Vergangenheit.“

Die Ausführungen zu § 13 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW als Ermächtigungsgrundlage im Gutachten „Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung“ der IGES Institut GmbH, die laut Gutachter nicht als abschließend anwaltlich zu werten sind (vgl. Seite 47, Fn. 24), gestalten sich widersprüchlich, wenn auf der einen Seite von einer belastbaren rechtlichen Grundlage die Rede ist, auf der anderen Seite die Ermächtigungsqualität des § 13 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW in Frage gestellt wird (vgl. Seiten 56, 162 des Gutachtens).

Wesentliche Arbeitsschritte im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplans sind - insbesondere unter Zugrundlegung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes - demnach:

- Ermächtigungsgrundlage schaffen,
- etwaige Qualitätsdefizite identifizieren (Ist-Analyse),
- evidenzbasierte Lösungsmöglichkeiten (Strukturqualitätsvorgaben) aufzeigen,

- Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen unter Bezugnahme auf die aktuelle Ist-Situation evaluieren,
- Finanzierungsbedingungen sowohl auf Landesebene als auch auf Bundesebene klären.

Da die wesentlichen Arbeitsschritte bisher nicht erfolgt sind, entziehen sich die jeweiligen Einzelvorschläge abschließenden Bewertungen. Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit von Lösungsvorschlägen können ohne faktenbasierte Beschreibung des zu lösenden Problems naturgemäß nur schwerlich beurteilt werden.

Insgesamt ist in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die evidenzbasierte und evaluierte Festlegung von indikationsbezogenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus Sicht der KGNW nicht zum „Kerngeschäft“ der Krankenhausplanung gehört. Sie ist das „Kerngeschäft“ des G-BA (vgl. § 137 Abs. 3 Satz 6 SGB V).

Vor diesem Hintergrund spricht sich die KGNW dafür aus, die Krankenhausplanung nicht zu überfrachten und sich auf die „Kernaufgabe“ der Krankenhausplanung zu konzentrieren.

„Qualität“ ist ein Begriff, der sich wandelt, der laufend angepasst und aktualisiert werden muss. Die medizinischen Mindeststandards entwickeln sich ständig weiter und entziehen sich deshalb weitgehend einer generellen und abstrakten Regelung auf der Ebene der Krankenhausplanung.

Maßstab für den „Leistungsfähigkeitsbegriff“ bei der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts der allgemeine Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts. Dies gilt ebenso für den „Qualitätsanspruch“ des Versicherten aus § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

Entscheidend ist aus Sicht der KGNW, dass die **konkrete** Leistung, die der jeweiligen Patientin oder dem jeweiligen Patienten zuteil wird, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Dabei kommt es insbesondere darauf an, ob der ausführende Arzt nach seinen Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrungen für die konkrete Leistungserbringung befähigt ist (Facharztstandard).

Allein der Facharztstandard ist deshalb geeignet, eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten - unabhängig von Wohnort und sozioökonomischer Situation - zu gewährleisten. Dieser berücksichtigt den allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse und den medizinischen Fortschritt, indem die konkrete Leistungserbringung in den Blick genommen wird.

Zertifizierungsverfahren von Fachgesellschaften beruhen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit und beinhalten nicht selten Maximalanforderungen an die Leistungserbringung, die als „Alleinstellungsmerkmale“ im Wettbewerb dienen können.

Die wissenschaftliche Evidenz der Aussagen der Fachgesellschaften im Rahmen von Zertifizierungsverfahren entspricht nicht dem Standard der G-BA-Vorgaben, die einer Prüfung durch das BMG und ggf. der Sozialgerichte standhalten müssen. Maßstab des G-BA (vgl. z. B. § 137 c Abs. 1 SGB V) ist dabei der Leistungsanspruch des Versicherten (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGBV: *„Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“*) unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V: *„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“*). Eine auf Zertifizierungsverfahren von Fachgesellschaften basierende Krankenhausplanung würde den falschen Maßstäben und Standards folgen und wäre insoweit angreifbar.

Des Weiteren weckt die Bezugnahme auf Zertifizierungsverfahren ausgewählter Fachgesellschaften als Interessenvertreter einzelner Fachgebiete bzw. Teilbereichen einzelner Fachgebiete - im schlimmsten Fall über eine dynamische Bezugnahme - Begehrlichkeiten auch anderer - noch nicht berücksichtigter - Fachgesellschaften. Medizinische Fachgesellschaften sind nicht den Zielen der Krankenhausplanung verpflichtet, wie es z. B. die unmittelbar bzw. mittelbar Beteiligten an der Krankenhausversorgung sind. Insoweit besteht die Gefahr, dass die Intention von Krankenhausplanung, eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser i.S. des § 1 Abs. 1 KHGG NRW sicherzustellen, zwischen Partikularinteressen zerrieben wird. Dies gilt insbesondere in Bezug auf Überschneidungen der einzelnen Leistungsbereiche und die diesbezüglichen Interessenlagen. Die Krankenhausplanung und ihre Weiterentwicklung würde in die Hände Dritter gegeben und es entstünden entsprechende - auch in der Dynamik unwägbare - Abhängigkeiten. Jegliche längerfristige Planungssicherheit ginge für die Krankenhäuser verloren. Es entstünde eine dynamisch-instabile Krankenhausplanung, die Nachteile für die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen bewirken würde.

Die KGNW spricht sich gegen eine reine „Türschildqualität“ aus. Qualitätsvorgaben müssen evidenzbasiert und evaluiert sein.

Ein „Mini-G-BA“ auf der Ebene jedes der 16 Bundesländer würde zu 16 unterschiedlichen „Qualitätsstandards“ führen und insoweit dem in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V normierten Qualitätsanspruch der Versicherten nicht gerecht. Der G-BA stellt die maßgebliche Institution dar, in der durch die Selbstverwaltungspartner bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben für die Erbringung einzelner Leistungen evidenzbasiert, evaluiert und für alle Krankenhäuser verbindlich „aus einer Hand“ zu erfolgen haben.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten ist ein hohes Gut, das es zu gewährleisten und zu sichern gilt. Dem verschließt sich die KGNW nicht.

Weitreichende Entscheidungen zur Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen dürfen aus Sicht der KGNW allerdings nicht auf der Grundlage einer unkritischen Auflistung von Aussagen unterschiedlichster Informationsquellen getroffen werden. Es bedarf vielmehr einer gewissenhaften Prüfung jeder einzelnen Aussage. Dieser, den Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen geschuldeten Sorgfaltspflicht werden die bisher erörterten Vorschläge nicht gerecht.

Fachabteilung	Betten 2010 IT. NRW ²	Kapazitätsprognose lt. DKI Gutachten zum Horizont 2015 ^{1,3}	Diff. DKI zu Betten 2010 IT. NRW	Diff. DKI zu Betten 2010 IT. NRW in %	Kapazitätsprognose lt. MGEPA Entwurf "Krankenhausplan NRW 2015" vom 18.12.2012	Diff. MGEPA zu Betten 2010 IT NRW	Diff. MGEPA zu Betten 2010 IT NRW in %
Augenheilkunde	1.057	864	-193	-18,26%	782	-275	-26,02%
Chirurgie	33.764	30.038	-3.726	-11,04%	27.622	-6.142	-18,19%
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	9.082	6.623	-2.459	-27,08%	6.212	-2.870	-31,60%
Geriatric	4.078	4.694	616	15,11%	5.197	1.119	27,44%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.054	1.084	30	2,85%	942	-112	-10,63%
HNO-Heilkunde	2.649	1.923	-726	-27,41%	1.889	-760	-28,69%
Innere Medizin	37.872	37.977	105	0,28%	36.452	-1.420	-3,75%
Kinderheilkunde	4.712	3.676	-1.036	-21,99%	4.053	-659	-13,99%
MKG	625	477	-148	-23,68%	492	-133	-21,28%
Neurochirurgie	1.434	1.459	25	1,74%	1.413	-21	-1,46%
Neurologie	4.617	4.727	110	2,38%	5.058	441	9,55%
Nuklearmedizin	226	157	-69	-30,53%	145	-81	-35,84%
Strahlentherapie	793	578	-215	-27,11%	566	-227	-28,63%
Urologie	3.880	3.621	-259	-6,68%	3.480	-400	-10,31%
Sonstige	711	308	-403	-56,68%			
Summe Somatik:	106.554	98.206	-8.348	-7,83%	94.303	-12.251	-11,50%
Psychiatrie/Psychosomatik vollstationär	14.108	14.215 bis 14.588	107 bis 480	0,76% bis 3,4%	14.438	330	2,34%
KiJu Psychiatrie vollstationär	1.118	1.556	438	39,18%	1.224	106	9,48%
Psychiatrie/Psychosomatik teilstationär	3.340	3.962 bis 4.294	622 bis 954	18,6% bis 28,6%	3.906	566	16,95%
KiJu Psychiatrie teilstationär	696	780	84	12,07%	764	68	9,77%

¹ DKI Prognose ohne Herzchirurgie (Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen, S. 46: "Die Kapazitäten für Herzchirurgie werden unabhängig von den Bettenkapazitäten für die Allgemein- und Fachkrankenhäuser ermittelt."). Für die Gebiete Frauenheilkunde und Geburtshilfe, das bis 2005 eigenständige Gebiet Kinderchirurgie (nun als Facharztkompetenz enthalten im Gebiet der Chirurgie) sowie der Kinderheilkunde (Kinder- und Jugendmedizin) merkt das DKI an: "Die unter Berücksichtigung der Morbidität und Demographie prognostizierten Bettenzahlen bedürfen einer gesonderten Betrachtung und politischen Bewertung. Die Festlegung der Bettenzahlen sollte vor allem im Hinblick auf die Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Versorgung erfolgen." Quelle: Die Entwicklung des stationären somatischen Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2015 als Basis der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen; Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Oktober 2010

² IT.NRW-Zahlen der Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) addiert; teilstationäre Kapazitäten für den Bereich Psychiatrie lt. Soll-Betten KGNW-Datenbank; Stand 04.02.2013

³ Kapazitäten Psychiatrie/Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie lt. KGNW-Positionspapier



Eckpunkte einer Zustimmung der KGNW zum MGEPA-Entwurf eines Krankenhausplanungskonzepts „Psychiatrie und Psychosomatik“ (Stand: 06.08.2012)

Ziel

Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen soll im Rahmen ihres Leistungsanspruchs ein gemeindenahes und umfassendes stationäres und teilstationäres Versorgungsangebot gemacht werden, um eine an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung ohne Versorgungsbrüche zur Verfügung zu stellen.

MGEPA-Lösungsansatz

Das MGEPA-Konzept sieht dazu vor, dass die gemeindenahen stationären und teilstationären Versorgungsangebote mittelfristig grundsätzlich beide Fachdisziplinen („Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“) abdecken sollen. Grundsätzlich sollen zukünftig alle Krankenhäuser an der „Pflichtversorgung“ und der „Regionalversorgung“ teilnehmen.

Eine Zustimmung der KGNW kann erfolgen, wenn

- eine Perpetuierung der Unterversorgung ausgeschlossen wird,
- die Umsetzung von dem Gedanken getragen wird, die Leistungserbringer, die aktuell nicht beide Fachdisziplinen abdecken, zu unterstützen,
- sachgerechte Übergangszeiträume über den Planungshorizont (2015) hinaus vorgesehen werden,
 - die Übergangsphase muss dabei an der Verfügbarkeit von Fachkräften ausgerichtet werden, insbesondere im ärztlichen Bereich, und die jeweiligen Ausbildungszeiten, -angebote und -nachfragen berücksichtigen,
 - gleiches gilt für die Umsetzung struktureller Maßnahmen; bei baulichen Maßnahmen ist die Gewährung besonderer Beträge nach § 23 Abs. 1 KHGG NRW zu prüfen,
- nach wie vor ein gemeindenahes und umfassendes stationäres und teilstationäres Versorgungsangebot nicht allein durch die Vorhaltung beider Fachdisziplinen an einem Standort durch einen Leistungserbringer, sondern auch durch ein arbeitsteiliges Zusammenwirken verschiedener regionaler Leistungserbringer und Standorte erreicht wird,
- bei der qualifizierten Entzugsbehandlung Suchtkranker Schnittstellen zur Somatik im Sinne einer ganzheitlichen Krankheitsbetrachtung sach- und fachgerecht ausgestaltet bleiben,

- im Rahmen der regionalen Planungskonzepte in begründeten Fällen Freistellungen von der Pflicht- und Regionalversorgung vorgesehen werden können,
- eine transparente Begleitforschung zum Umsetzungsstand bezogen auf den Planungshorizont (2015) erfolgt.