

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen



Die Ministerin

MGEPA Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

An die  
Präsidentin des Landtags  
Frau Carina Gödecke MdL  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf



**Für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

**Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am  
16.01.2013;**

Änderungen des Entwurfs des Krankenhausplans NRW 2015

15. Januar 2013

Mein Schreiben vom 30.12.2012

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

als Anlagen beigefügt übersende ich Ihnen drei Austauschseiten des Entwurfs des Krankenhausplans NRW 2015 (S. 25, 26 und 30) mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales für die Sitzung am 16.01.2013.

Diese wesentlichen Korrekturen waren wegen eines redaktionellen Versehens bei der Konzipierung des Entwurfs des Krankenhausplans NRW 2015 notwendig. Die Ihnen mit Schreiben vom 30.12.2012 übersandte Entwurfsfassung hatte bei mir insoweit zu Rückfragen aus dem Kreis der Beteiligten an der Krankenhausversorgung nach § 15 KHGG NRW geführt.

Zur Nachvollziehbarkeit durch die Abgeordneten des Landtags Nordrhein-Westfalen habe ich ergänzend an den in Rede stehenden Seiten die Änderungen auch im Korrekturmodus kenntlich gemacht und ergänzend beigefügt.

Horionplatz 1  
40213 Düsseldorf  
[www.mgepa.nrw.de](http://www.mgepa.nrw.de)

Telefon +49 211 8618-4300  
Telefax +49 211 8618-4550  
[barbara.steffens@mgepa.nrw.de](mailto:barbara.steffens@mgepa.nrw.de)

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahn Linien 704, 709  
und 719 bis Haltestelle  
Landtag/Kniebrücke

Das Versehen bitte ich zu entschuldigen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Barbara Steffens', with a stylized flourish at the end.

Barbara Steffens

Strukturqualität untermauert werden. Auch die zur Erzielung hoher Versorgungsqualität erforderlichen Vorgaben zur Prozessqualität sind staatlicherseits zulässig, soweit damit der allgemein anerkannte Stand der Medizin abgebildet wird. Staatlich vorgegebene und überprüfte Qualitätsmerkmale haben in der öffentlichen Wahrnehmung einen herausgehobenen Stellenwert.

Neben den Ländern sehen es viele medizinische Fachgesellschaften als ihre Aufgabe an, Strukturvorgaben für eine qualitativ hochwertige stationäre Leistungserbringung in ihrem Fachgebiet zu beschreiben. Kriterien der Fachgesellschaften unterliegen einem Wandel beim Erkenntnisstand und dem medizintechnischen und pharmakologischen Fortschritt und folgen zum Teil besonderen Gruppeninteressen.

### **cb) Facharztstandard**

Ein zentrales Merkmal personeller Strukturqualität ist der Facharztstandard. Dieser ist dann gewahrt, wenn eine Ärztin oder ein Arzt diejenigen Maßnahmen ergreift, die ausreichend weitergebildete und gewissenhaft arbeitende Ärztinnen oder Ärzte des Fachgebietes ergreifen würden. Der Facharztstandard ist nicht an die Ablegung der Weiterbildungsprüfung im jeweiligen Gebiet gebunden. Er kann auch dann erfüllt sein, wenn behandelnde Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung die Behandlung theoretisch und praktisch soweit beherrschen, wie das von geprüften Fachärztinnen und Fachärzten dieses Faches erwartet wird. Dies entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH Z 88, S. 248 [254]; NJW 1993, S. 2989; NJW 2000, S. 2754 [2758]).

Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass die Versorgung rund um die Uhr nach dem Facharztstandard entsprechend dieser ständigen Rechtsprechung erfolgt. Während des Tages müssen nach dem Facharztstandard qualifizierte Ärztinnen und Ärzte ständig anwesend sein, außerhalb der Regeldienstzeiten müssen entsprechende Bereitschafts- und Rufdienste bestehen. Dieser Mindeststandard kann von jedem Krankenhaus, unabhängig von seiner Größe und Leistungsfähigkeit erwartet werden. Für jede Abteilung sind daher insgesamt mindestens drei Ärztinnen und Ärzte mit fundierten Kenntnissen und Erfahrungen im entsprechenden Gebiet erforderlich, um auch Abwesenheitszeiten zum Beispiel durch Fortbildung, Urlaub oder Krankheit zu überbrücken. Die Leitung muss Fachärztin oder Facharzt sein, die stellvertretende Leitung soll Fachärztin oder Facharzt sein. Für weitere Ärztinnen und Ärzte reicht der Facharztstandard aus. Krankenhäuser, die risikoreichere Versorgungsleistungen oder solche in höherer Komplexität erbringen bzw. künftig anbieten wollen, müssen sogar eine höhere Präsenz organisieren bis hin zur ständigen, d.h. 24-stündigen Anwesenheit einer / eines Fachärztin / Facharztes.

Die gesetzlichen Regelungen der jüngeren Vergangenheit lassen zunehmend Kooperationsformen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich entstehen, die zu Teilzeitmodellen von unterschiedlicher Form und Umfang führen. Vertragsärztinnen und -ärzte dürfen unter Beachtung des § 20 Ärzte-ZV als Angestellte eines Krankenhauses tätig werden. Das führt dazu, dass Krankenhäuser zwar Fachärztin-

nen und -ärzte beschäftigen, gleichwohl aber Probleme bestehen, einen Dienst rund um die Uhr und an Wochenenden sicherzustellen. Zeitliche Lücken im fachärztlichen Dienst sind aber allenfalls in ausgewiesenen Belegabteilungen hinnehmbar, wenn die Notfallversorgung und andere wichtige Funktionen wie Aufnahme- oder Intensivstation von anderen Abteilungen mit übernommen werden können. Aus Qualitätsgründen ist es daher grundsätzlich bedenklich, wenn Ärztinnen und Ärzte aus solchen Modellen heraus Leistungen erbringen, die insbesondere in Risikosituationen, die kontinuierlich im Krankenhaus tätiges ärztliches Personal überfordern könnten. Auch in diesen Fällen hat das Krankenhaus den Facharztstandard rund um die Uhr sicherzustellen. Bei regional verbindlichen Absprachen können solche Versorgungsformen akzeptiert werden. Auch hier sind, wie bei allen Planungen, die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes zu beachten.

### **cc) Qualifikation der ärztlichen Leitung**

Das KHGG NRW legt fest, dass der Krankenhausträger für jede Abteilung, die er nach dem Krankenhausplan betreibt, mindestens eine weisungsunabhängige Leitende Ärztin bzw. einen weisungsunabhängigen Leitenden Arzt bestellen muss (§ 31 Abs. 2). Um eine gleichmäßig gute Versorgungsqualität zu sichern, reicht es aber nicht aus, wenn nur die Leitung die entsprechende Facharztbezeichnung führt. Die stellvertretende ärztliche Leitung soll ebenfalls über eine Facharztqualifikation aus dem entsprechenden Gebiet verfügen.

Ein wichtiges Merkmal der Qualität der ärztlichen Leitung ist der Umfang der Weiterbildungsbefugnis. Das KHGG NRW verlangt, dass alle Krankenhäuser sich nach ihren Möglichkeiten an der Aus- und Weiterbildung beteiligen (§ 1 Abs. 4). Beantragt eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt bei der zuständigen Ärztekammer die Befugnis zur Weiterbildung, prüft diese Art und Umfang der Leistungen einer Abteilung und der Kenntnisse der weiterbildungswilligen Ärztin bzw. des weiterbildungswilligen Arztes. In Abhängigkeit von der Größe, dem Leistungsumfang und der personellen Besetzung der Abteilung wird seitens der Kammer eine eingeschränkte oder uneingeschränkte Ermächtigung zur Weiterbildung erteilt. Der Umfang der Ermächtigung kann somit ein wichtiger Hinweis auf die Leistungsfähigkeit der Abteilung sein. Besteht nur eine eingeschränkte Weiterbildungsermächtigung, kann dies ein Indiz dafür sein, dass die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gegenüber dem Gesamtgebiet als eingeschränkt anzusehen ist.

### **cd) Stellenwert der verschiedenen Qualitätsparameter**

Wenn an dieser Stelle überwiegend Aussagen zur Strukturqualität gemacht werden, bedeutet das nicht, dass Prozess- und Ergebnisqualität weniger wichtig wären - im Gegenteil. Allerdings sind diese Aspekte üblicherweise weitergehend an anderer Stelle geregelt und unterliegen anderen Kontrollmechanismen. So verpflichtet § 135 a SGB V alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Sicherung und

Gruppe zählt die Vermeidung von Vorhaltungen für die Notfallversorgung, zur zweiten die Vermeidung medizinisch "unattraktiver" Patientinnen und Patienten und die Konzentration auf tendenziell Gesündere. Es gibt bundesweit Hinweise auf zum Teil wirtschaftlich ausgelöste Tendenzen, selektiv finanziell attraktive Leistungen zu erbringen. Auffällig ist die Leistungsentwicklung bei Endoprothesen von Hüfte oder Knie, bei kardiologischen Eingriffen, Schrittmacherimplantationen und Operationen an der Wirbelsäule. Es wird nicht bezweifelt, dass es möglich ist, Leistungen mit einem teilweise sehr stark eingeschränkten Spektrum in guter Qualität zu erbringen. Die Patientinnen und Patienten dürfen aber zu Recht erwarten, dass sie im Notfall oder als "komplizierter Fall" in gleicher Qualität versorgt werden. Dies ist bei der beschriebenen Art der Leistungserbringung häufig in Zweifel zu ziehen.

Mit der öffentlichen Aufgabe der Sicherstellung einer gestuften flächendeckenden Versorgung stehen solche Entwicklungen im Konflikt. Auch die Rechtsprechung hat, weil verbindliche Kriterien einer gestuften Versorgung nicht ersichtlich waren, den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser tendenziell sehr weit interpretiert. Obgleich die Gebietseinteilung der Krankenhausplanung sich in NRW an der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte lediglich orientiert und damit bewusst Planungs- und Ermessensspielräume eröffnet, wird der Versorgungsauftrag auf die Erbringung grundsätzlich aller Leistungen, die Gegenstand der Weiterbildungsordnung eines Gebietes sind, bezogen. Ein im Sinne der gestuften Krankenhausversorgung verlässliches spezialisiertes Angebot muss von seiner gesamten Infrastruktur her, insbesondere aber personell in der Lage sein, neben den beschriebenen allgemeinen Anforderungen eine die Notfallversorgung einschließende umfassende Versorgung im entsprechenden medizinischen Bereich vorzuhalten und zu erbringen. Dies ist gegeben, wenn im angebotenen Versorgungsbereich 3 einschlägig qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte zur Verfügung stehen. Die Aufrechterhaltung der wohnortnahen Versorgung kann im Einzelfall dazu führen, dass individuell gestaltete Lösungen gefunden werden müssen.

### **2.2.2.3 Versorgungsschwerpunkte**

Die bisherigen Krankenhauspläne in NRW waren detailliert. Sie enthielten Festlegungen zu Teilgebieten und Versorgungsschwerpunkten unterhalb dieser Ebene. Das bis Ende 2007 geltende Gesetz (KHG NRW) schrieb sogar ein eigenständiges Verfahren zur Festlegung dieser Versorgungsschwerpunkte vor. Inhaltlich enthält der vorliegende Rahmenplan weniger entsprechende Details. Das KHGG NRW sieht keine unterschiedlichen Planungsverfahren vor.

Im vorliegenden Rahmenplan sind Festlegungen für die Schlaganfallversorgung, Herzchirurgie, Versorgung von gefährdeten Früh- und Neugeborenen, von Transplantationseinrichtungen, von Versorgungseinrichtungen für Infektionspatientinnen

Strukturqualität untermauert werden. Auch die zur Erzielung hoher Versorgungsqualität erforderlichen Vorgaben zur Prozessqualität sind staatlicherseits zulässig, soweit damit der allgemein anerkannte Stand der Medizin abgebildet wird. Staatlich vorgegebene und überprüfte Qualitätsmerkmale haben in der öffentlichen Wahrnehmung einen herausgehobenen Stellenwert.

Neben den Ländern sehen es viele medizinische Fachgesellschaften als ihre Aufgabe an, Strukturvorgaben für eine qualitativ hochwertige stationäre Leistungserbringung in ihrem Fachgebiet zu beschreiben. Kriterien der Fachgesellschaften unterliegen einem Wandel beim Erkenntnisstand und dem medizintechnischen und pharmakologischen Fortschritt und folgen zum Teil besonderen Gruppeninteressen.

### cb) Facharztstandard

Ein zentrales Merkmal personeller Strukturqualität ist der Facharztstandard. Dieser ist dann gewahrt, wenn eine Ärztin oder ein Arzt diejenigen Maßnahmen ergreift, die ausreichend weitergebildete und gewissenhaft arbeitende Ärztinnen oder Ärzte des Fachgebietes ergreifen würden. Der Facharztstandard ist nicht an die Ablegung der Weiterbildungsprüfung im jeweiligen Gebiet gebunden. Er kann auch dann erfüllt sein, wenn behandelnde Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung die Behandlung theoretisch und praktisch soweit beherrschen, wie das von geprüften Fachärztinnen und Fachärzten dieses Faches erwartet wird. Dies entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH Z 88, S. 248 [254]; NJW 1993, S. 2989; NJW 2000, S. 2754 [2758]).

Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass die Versorgung rund um die Uhr nach dem Facharztstandard entsprechend dieser ständigen Rechtsprechung erfolgt. Während des Tages müssen nach dem Facharztstandard qualifizierte Ärztinnen und Ärzte ständig anwesend sein, außerhalb der Regeldienstzeiten müssen entsprechende Bereitschafts- und Rufdienste bestehen. Dieser Mindeststandard kann von jedem Krankenhaus, unabhängig von seiner Größe und Leistungsfähigkeit erwartet werden. Für jede Abteilung sind daher insgesamt mindestens drei Fachärztinnen-Ärztinnen und Fachärzte-Ärzte mit fundierten Kenntnissen und Erfahrungen im des entsprechenden Gebiets erforderlich, um auch Abwesenheitszeiten zum Beispiel durch Fortbildung, Urlaub oder Krankheit zu überbrücken. Die Leitung muss Fachärztin oder Facharzt sein, die stellvertretende Leitung soll Fachärztin oder Facharzt sein. Für weitere Ärztinnen und Ärzte reicht der Facharztstandard aus. Krankenhäuser, die risikoreichere Versorgungsleistungen oder solche in höherer Komplexität erbringen bzw. künftig anbieten wollen, müssen sogar eine höhere Präsenz organisieren bis hin zur ständigen, d.h. 24-stündigen Anwesenheit einer / eines Fachärztin und-arzt/ Facharztes mit Facharztstatus.

Die gesetzlichen Regelungen der jüngeren Vergangenheit lassen zunehmend Kooperationsformen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich entstehen, die

zu Teilzeitmodellen von unterschiedlicher Form und Umfang führen. Vertragsärztinnen und -ärzte dürfen unter Beachtung des § 20 Ärzte-ZV als Angestellte eines Krankenhauses tätig werden. Das führt dazu, dass Krankenhäuser zwar Fachärztinnen und -ärzte beschäftigen, gleichwohl aber Probleme bestehen, einen Dienst rund um die Uhr und an Wochenenden sicherzustellen. Zeitliche Lücken im fachärztlichen Dienst sind aber allenfalls in ausgewiesenen Belegabteilungen hinnehmbar, wenn die Notfallversorgung und andere wichtige Funktionen wie Aufnahme- oder Intensivstation von anderen Abteilungen mit übernommen werden können. Aus Qualitätsgründen ist es daher grundsätzlich bedenklich, wenn Ärztinnen und Ärzte aus solchen Modellen heraus Leistungen erbringen, die insbesondere in Risikosituationen, die kontinuierlich im Krankenhaus tätiges ärztliches Personal überfordern könnten. Auch in diesen Fällen hat das Krankenhaus den Facharztstandard rund um die Uhr sicherzustellen. Bei regional verbindlichen Absprachen können solche Versorgungsformen akzeptiert werden. Auch hier sind, wie bei allen Planungen, die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes zu beachten.

### cc) Qualifikation der ärztlichen Leitung

Das KHGG NRW legt fest, dass der Krankenhausträger für jede Abteilung, die er nach dem Krankenhausplan betreibt, mindestens eine weisungsunabhängige Leitende Ärztin bzw. einen weisungsunabhängigen Leitenden Arzt bestellen muss (§ 31 Abs. 2). Um eine gleichmäßig gute Versorgungsqualität zu sichern, reicht es aber nicht aus, wenn nur die Leitung die entsprechende Facharztbezeichnung führt. Die stellvertretende ärztliche Leitung soll ebenfalls über eine Facharztqualifikation aus dem entsprechenden Gebiet verfügen.

Ein wichtiges Merkmal der Qualität der ärztlichen Leitung ist der Umfang der Weiterbildungsbefugnis. Das KHGG NRW verlangt, dass alle Krankenhäuser sich nach ihren Möglichkeiten an der Aus- und Weiterbildung beteiligen (§ 1 Abs. 4). Beantragt eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt bei der zuständigen Ärztekammer die Befugnis zur Weiterbildung, prüft diese Art und Umfang der Leistungen einer Abteilung und der Kenntnisse der weiterbildungswilligen Ärztin bzw. des weiterbildungswilligen Arztes. In Abhängigkeit von der Größe, dem Leistungsumfang und der personellen Besetzung der Abteilung wird seitens der Kammer eine eingeschränkte oder uneingeschränkte Ermächtigung zur Weiterbildung erteilt. Der Umfang der Ermächtigung kann somit ein wichtiger Hinweis auf die Leistungsfähigkeit der Abteilung sein. Besteht nur eine eingeschränkte Weiterbildungsermächtigung, kann dies ein Indiz dafür sein, dass ~~ist auch~~ die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gegenüber dem Gesamtgebiet ~~in der Regel~~ als eingeschränkt anzusehen ist.

### cd) Stellenwert der verschiedenen Qualitätsparameter

Wenn an dieser Stelle überwiegend Aussagen zur Strukturqualität gemacht werden, bedeutet das nicht, dass Prozess- und Ergebnisqualität weniger wichtig wären - im

DRG hat eine Tendenz ausgelöst, dieses Prinzip weniger zu beachten. Die gezielte Auswahl von Leistungen sowohl aus betriebsorganisatorischen als auch insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen ist leider als attraktiv erkannt worden. Zur ersten Gruppe zählt die Vermeidung von Vorhaltungen für die Notfallversorgung, zur zweiten die Vermeidung medizinisch "unattraktiver" Patientinnen und Patienten und die Konzentration auf tendenziell Gesündere. Es gibt bundesweit Hinweise auf zum Teil wirtschaftlich ausgelöste Tendenzen, selektiv finanziell attraktive Leistungen zu erbringen. Auffällig ist die Leistungsentwicklung bei Endoprothesen von Hüfte oder Knie, bei kardiologischen Eingriffen, Schrittmacherimplantationen und Operationen an der Wirbelsäule. Es wird nicht bezweifelt, dass es möglich ist, Leistungen mit einem teilweise sehr stark eingeschränkten Spektrum in guter Qualität zu erbringen. Die Patientinnen und Patienten dürfen aber zu Recht erwarten, dass sie im Notfall oder als "komplizierter Fall" in gleicher Qualität versorgt werden. Dies ist bei der beschriebenen Art der Leistungserbringung häufig in Zweifel zu ziehen.

Mit der öffentlichen Aufgabe der Sicherstellung einer gestuften flächendeckenden Versorgung stehen solche Entwicklungen im Konflikt. Auch die Rechtsprechung hat, weil verbindliche Kriterien einer gestuften Versorgung nicht ersichtlich waren, den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser tendenziell sehr weit interpretiert. Obgleich die Gebietseinteilung der Krankenhausplanung sich in NRW an der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte lediglich orientiert und damit bewusst Planungs- und Ermessensspielräume eröffnet, wird der Versorgungsauftrag auf die Erbringung grundsätzlich aller Leistungen, die Gegenstand der Weiterbildungsordnung eines Gebietes sind, bezogen. Ein im Sinne der gestuften Krankenhausversorgung verlässliches spezialisiertes Angebot muss von seiner gesamten Infrastruktur her, insbesondere aber personell in der Lage sein, neben den beschriebenen allgemeinen Anforderungen eine die Notfallversorgung einschließende umfassende Versorgung im entsprechenden medizinischen Bereich vorzuhalten und zu erbringen. Dies ist gegeben, wenn im angebotenen Versorgungsbereich 3 einschlägig qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte zur Verfügung stehen. ~~Die Leitung muss Fachärztin oder Facharzt sein, die stellvertretende Leitung soll Fachärztin oder Facharzt sein. Für weitere Ärztinnen und Ärzte reicht der Facharztstandard aus.~~ Die Aufrechterhaltung der wohnortnahen Versorgung kann im Einzelfall dazu führen, dass individuell gestaltete Lösungen gefunden werden müssen.

### 2.2.2.3 Versorgungsschwerpunkte

Die bisherigen Krankenhauspläne in NRW waren detailliert. Sie enthielten Festlegungen zu Teilgebieten und Versorgungsschwerpunkten unterhalb dieser Ebene. Das bis Ende 2007 geltende Gesetz (KHG NRW) schrieb sogar ein eigenständiges Verfahren zur Festlegung dieser Versorgungsschwerpunkte vor. Inhaltlich enthält der vorliegende Rahmenplan weniger entsprechende Details. Das KHGG NRW sieht keine unterschiedlichen Planungsverfahren vor.