



**Stellungnahme der gesetzlichen
Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen**

zum Thema

**„Drittes Gesetz zur Änderung des
Krankenhausgestaltungsgesetzes
des Landes Nordrhein-Westfalen“**

vom 30.11.2020

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP

Drucksache 17/11162

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses
für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landtags Nordrhein-Westfalen
am 9. Dezember 2020**

1. Einleitung

Nordrhein-Westfalen benötigt eine zukunftsfähige, qualitäts- und patientenorientierte Krankenhausstruktur, die Digitalisierungschancen berücksichtigt und den Ressourceneinsatz optimiert. Das im vergangenen Jahr vom Land vorgelegte Gutachten stellte fest: Die bisherige Krankenhausplanung orientiert sich zu wenig am Versorgungsbedarf und an der Behandlungsqualität. Die derzeitigen Krankenhausstrukturen weisen in einigen Regionen eine hohe Standortdichte mit vielen kleinen Krankenhäusern und geringem Spezialisierungsgrad auf. Dies geht einher mit der Vorhaltung von Doppelstrukturen und einem zunehmenden Fachkräftemangel sowie einer Über-, Unter- und Fehlversorgung. In dem Gutachten zur Krankenhausplanung sehen die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen eine gute Grundlage, die Qualität in der stationären Versorgung zu verbessern und die Krankenhauslandschaft effizient zu gestalten. Dies gilt insbesondere für die Empfehlung der Gutachter, eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung einzuführen.

Die Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen begrüßen grundsätzlich die Gesetzesänderungen, die die Landesregierung nunmehr mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW (KHGG) in der Krankenhausplanung auf den Weg gebracht hat. Der Gesetzesentwurf stellt für die Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen eine richtungsweisende Entwicklung in der Krankenhausplanung dar und bietet die entscheidende Grundlage, die erforderliche Strukturreform der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen im Rahmen von regionalen Planungsverfahren in der Praxis anzugehen. Das Ziel, die Krankenhausrahmenplanung zielbezogen und damit auch bedarfsgerechter zu gestalten, unterstützen die Krankenkassen ausdrücklich. Das gilt insbesondere für das versorgungspolitische Ziel, die neue Rahmenplanung stärker qualitätsorientiert und transparent durchzuführen und das Bett als zentrale Planungsgröße abzulösen. Die neue Krankenhausrahmenplanung stellt daher einen Paradigmenwechsel dar; Abkehr vom Bett, hin zu einer leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausrahmenplanung. Für die Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen sind die nunmehr geplanten Gesetzesänderungen im Ergebnis ein sachlogischer Schritt, um für die notwendige Reform der Krankenhausstruktur in Nordrhein-Westfalen einen klaren rechtlichen Rahmen zu schaffen.

Die Krankenhauslandschaft mit 348 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen ist aktuell noch immer durch Überversorgung, insbesondere in den Ballungsräumen gekennzeichnet. In der Folge nehmen viele Krankenhäuser an der Versorgung auch bei hochspezialisierten Leistungen teil, ohne aber nennenswerte Versorgungsbeiträge zu leisten. Ursächlich hierfür ist auch die Tatsache, dass viele Krankenhäuser im Rahmen der regionalen Planungskonzepte die derzeitigen Mindestvoraussetzungen zwar erfüllen und damit auch das komplette Leistungsspektrum eines Fachgebietes erbringen dürfen. Eine auf den tatsächlichen Bedarf ausgerichtete Planung, die im Rahmen einer Bedarfsprüfung auch eine Auswahlentscheidung bei mehreren Anbietern er-

möglichst, findet nach wie vor aber nicht statt. Eine rechtssichere Auswahlentscheidung mit justiziablem Leistungsausschluss ist daher dringend notwendig. Die aktuelle Krankenhausplanung sieht diese Möglichkeit nicht vor. Sie bleibt damit insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt einer qualitätsorientierten Angebotssteuerung unter ihren Möglichkeiten. Für die Krankenkassen ist deshalb ein zielbezogener Umbau der Krankenhauslandschaft erforderlich, um für Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

2. Neue Krankenhausrahmenplanung

Das letztjährige Krankenhausgutachten hat klar gezeigt, dass die Auslastungsgrade der einzelnen Fachabteilungen regional sehr unterschiedlich sind. Infolgedessen ist die Krankenhauslandschaft vor allem durch Überversorgung in den urbanen Zentren gekennzeichnet. Im somatischen Bereich besteht in nahezu allen Fachgebieten eine Überversorgung. Das gilt insbesondere für die Rhein-Ruhr-Schiene. Fahrtzeiten spielen für die Erreichbarkeit eines Krankenhauses in Nordrhein-Westfalen derzeit keine Rolle, da alle Standorte im Rahmen der diesbezüglichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (30 Minuten) erreicht werden können. Die gesetzlichen Krankenkassen setzen sich für eine Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen als Eckpfeiler für die flächendeckende Erreichbarkeit einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten ein. Dabei ist es für die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen wichtig, dass bei der Bündelung von Leistungen eine flächendeckende Versorgung auch in ländlichen Regionen weiterhin sichergestellt bleibt.

Die neue Krankenhausrahmenplanung soll dabei deutlich spezifischer auf Basis von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen erfolgen. Die Abgrenzung erfolgt auf Basis der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen und auf Basis von OPS- und ICD-Codes. Die Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sollen mit Qualitätskriterien aus den Bereichen Struktur- und Prozessqualität (fachärztliche Vorgaben, vorzuhaltende Geräte, Vorgaben des G-BA) und mit Vorgaben zu Mindestfallzahlen versehen werden, die als Mindestvoraussetzungen zu erbringen sind. Zusätzlich existieren weitere Kriterien als Auswahlkriterien, um das Auswahlermessen der Planungsbehörden rechtssicher zu unterstützen.

3. Auswirkungsanalysen der Krankenkassen zur neuen Krankenhausrahmenplanung

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zwischenzeitlich erste Auswirkungsanalysen unter Berücksichtigung der Arbeitsentwürfe für diverse spezialisierte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen durchgeführt. Danach lässt sich folgendes feststellen:

- Eine Krankenhausplanung nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung von OPS sowie definierten Qualitätskriterien ist umsetzbar.
- Die Planung medizinischer Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nach OPS schafft Transparenz über das tatsächliche und zukünftige Versorgungsgeschehen.
- Derzeit erbringen viele Krankenhäuser wenige, teilweise komplexe Eingriffe. Unter Berücksichtigung von Qualitätskriterien und Erreichbarkeit ließen sich komplexe Eingriffe bündeln.
- Eine flächendeckende Versorgung ist auch unter Berücksichtigung der bislang diskutierten Planungskriterien sichergestellt.

Wenn auch bereits gegenwärtig Leistungskonzentrationen in der Versorgungsrealität erfolgten, erbringen zu viele Krankenhäuser hochspezialisierte und komplexe Leistungen in zu geringem Umfang. Um hier für die Patientinnen und Patienten zu spürbaren Versorgungsverbesserungen zu kommen, sollten diese Leistungen zukünftig im Rahmen der neuen Planung auf weniger, aber dafür besonders geeignete Krankenhäuser konzentriert werden.

Eine solcher Konzentrations- und Spezialisierungsprozess würde zudem nicht mit deutlich längeren Fahrtzeiten einhergehen. Erste Auswirkungsanalysen zeigen, dass eine angemessene Erreichbarkeit geeigneter Krankenhäuser auch weiterhin gegeben ist und sich die Fahrtzeiten nur geringfügig im Vergleich zur Ist-Situation erhöhen. 90 Prozent der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen werden zudem auch weiterhin ein grundversorgendes Krankenhaus in rund 20 Minuten erreichen können. Die Ergebnisse der Analysen der Krankenkassen sehen beispielhaft für die nachfolgenden Indikationen wie folgt aus:

LG Wirbelsäulenchirurgie:

- Es existieren 282 Krankenhausstandorte.
- 46 Prozent der Krankenhausstandorte erbringen 95 Prozent der Leistungen.
- Würden nur diese Kliniken berücksichtigt, würden 130 Krankenhausstandorte ausreichen.

LG Endoprothetik Hüfte:

- Es existieren 289 Krankenhausstandorte.
- 64 Prozent der Krankenhausstandorte erbringen 89 Prozent der Leistungen.
- Würden nur diese Kliniken berücksichtigt, würden 184 Krankenhausstandorte ausreichen.
- Die mittlere Fahrtzeit würde von 9 Minuten auf 11 Minuten steigen (Regierungsbezirk Arnsberg).

LG Endoprothetik Knie:

- Es existieren 237 Krankenhausstandorte.
- 57 Prozent der Krankenhausstandorte erbringen 84 Prozent der Leistungen.
- Würden nur diese Kliniken berücksichtigt, würden 134 Krankenhausstandorte ausreichen.

LG Komplexe elektive Eingriffe Bewegungsapparat:

- Es existieren 274 Krankenhausstandorte.
- 27 Prozent der Krankenhausstandorte erbringen 66 Prozent der Leistungen.
 - Würden nur diese Kliniken berücksichtigt, würden 72 Krankenhausstandorte ausreichen.

LG Kardiale Devices:

- Es existieren 249 Krankenhausstandorte.
- 39 Prozent der Krankenhausstandorte erbringen 88 Prozent der Leistungen.
- Würden nur diese Kliniken berücksichtigt, würden 96 Krankenhausstandorte ausreichen.

LG Interventionelle Kardiologie:

- Es existieren 268 Krankenhausstandorte.
- 46 Prozent der Krankenhausstandorte erbringen 95 Prozent der Leistungen.
- Würden nur diese Kliniken berücksichtigt, würden 83 Krankenhausstandorte ausreichen.
- Die mittlere Fahrzeit würde von 9 Minuten auf 13 Minuten steigen (Regierungsbezirk Arnsberg).

4. Stellungnahme der gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen zum dritten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW

Der vorliegende Entwurf zum dritten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW beinhaltet unter Berücksichtigung der Erkenntnisse des Gutachtens die für die Aufstellung des Krankenhausplanes NRW erforderlichen Änderungen der gesetzlichen Landesbestimmungen. Die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen haben sich mit den wesentlichen Änderungen befasst und nehmen zu den einzelnen Punkten wie folgt Stellung:

§ 1 Absatz 1

Der Absatz 1 enthält derzeit die Formulierung „wohnortnahe“ Versorgung. Mit dem neuen Krankenhausplan soll eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Krankenhausplanung in den Vordergrund treten. Ziel ist es, eine flächendeckende, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dabei sollen u. a. nicht bedarfsgerechte und unwirtschaftliche Kapazitäten vermieden werden. Gleichzeitig sollen bestimmte Leistungen konzentriert werden. Hierbei handelt es sich teilweise um hochkomplexe und/oder planbare Leistungen, bei denen die Erreichbarkeit im Vergleich zur Qualität von eher untergeordneter Bedeutung ist. Ergänzend lassen sich doppelte Vorhaltekosten vermeiden und einem Fachkräftemangel wird entgegengewirkt.

Aus den vorgenannten Gründen sprechen sich die Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen dafür aus, § 1 Absatz 1 KHGG NRW wie folgt zu fassen:

„(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, einen gleichen Zugang zu einer patienten- und bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen, die in angemessener Zeit erreichbar sind.“

§ 12 Absatz 2

Im Satz 1 sollte das Wort „ortsnahe“ durch die Formulierung „einen gleichen Zugang und in angemessener Zeit erreichbare“ ersetzt werden.

Hierzu verweisen die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen vollumfänglich auf ihre Ausführungen zu § 1 Absatz 1.

Mit der nunmehr vorgeschlagenen Neufassung des Absatzes 3 werden die wesentlichen Merkmale der neuen Planungssystematik unter Berücksichtigung der Leistungsgruppen und Leistungsbereiche festgelegt. Die an dieser Stelle beschriebene Systematik beschreibt die wesentlichen Planungsgrundsätze.

In diesem Zusammenhang und mit der Anregung, die Festlegung der Leistungsgruppen und Leistungsbereiche in einer ergänzenden Rechtsverordnung zu regeln, schlagen die Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen vor, § 12 Absatz 2 ab Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Er berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Bundesländer, die Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Absatz 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz und besteht aus:

1. den Rahmenvorgaben
2. den regionalen Planungskonzepten,
3. der Rechtsverordnung zu den planungsrelevanten Leistungsbereichen und Leistungsgruppen.

Die Festlegung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen in der Rechtsverordnung nach Nr. 3 hat in einer Detailtiefe zu erfolgen, die für die Erreichung der vorgenannten Planungsziele notwendig und ausreichend ist. Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben, der Aktualisierung der Definition der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen in der Rechtsverordnung nach Nr. 3 sowie der regionalen Planungskonzepte. Die Änderungen nach Satz 2 Nr. 2 sind durch Bescheid nach § 16 festzustellen“.

§ 13 Absatz 1 Satz 3

Wir begrüßen ausdrücklich, auch im neuen Krankenhausplan Mindestfallzahlen festzulegen. In dem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, Mindestfallzahlen festzulegen,

- um das Risiko von Komplikationen für Patientinnen und Patienten zu minimieren,
- bei Leistungen, bei denen die Erbringung mit hohen apparativen Vorhaltekosten und/oder hohen Investitionskosten verbunden ist,
- um einen Fachkräftemangel und damit einhergehende Personalengpässe im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich entgegenzuwirken,
- um eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten,
- bei denen eine Refinanzierung der Kosten durch eine bestimmte Anzahl von erbrachten Leistungen erreicht werden kann.

Unter Berücksichtigung der o. a. Ausführungen schlagen wir vor, die Wörter „von hoher Komplexität“ zu streichen und Satz 3 wie folgt zu formulieren:

„Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, bei medizinischen Leistungen Mindestfallzahlen im Krankenhausplan festzulegen.“

§ 13 Absätze 2 bis 4

Da bis hierhin weder qualitative Parameter, Bedarf, Verteilungsalgorithmus sowie etwaige Auswahlentscheidungen benannt wurden, schlagen die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen mit Bezug auf die Neufassungen des § 12 Absätze 2 und 3 vor, den § 13 um folgende Absätze 2 bis 4 zu ergänzen:

„(2) In den Rahmenvorgaben sollen für die in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 2 Nummer 3 definierten Leistungsgruppen durch das zuständige Ministerium folgende Parameter festgelegt werden:

1. *Geografische Bezugseinheit für die Planung (z. B. Stadt/Kreis, Versorgungsgebiet, Regierungsbezirk, Landesteil oder das gesamte Bundesland)*
2. *Parallel vorzuhaltende weitere Leistungsgruppen*
3. *Apparative Mindestausstattung*
4. *Fachärztliche Besetzung*
5. *Sonstige Struktur- und Prozessvorgaben*
6. *Mindestfallzahlen*
7. *Prognostizierter Bedarf für Nordrhein-Westfalen im Planungshorizont (z. B. Fallzahlprognose NRW)*
8. *Bettennutzungsgrad je Leistungsgruppe*
9. *Verweildauer je Leistungsgruppe, ggf. auf Basis empirischer Statistiken*
10. *Zielwert der durchschnittlichen Versorgungskapazität je Leistungsgruppe und Krankenhausstandort im Planungshorizont (Orientierungswert)*

(3) In den Rahmenvorgaben ist durch das zuständige Ministerium festgelegt, nach welcher Methodik der Bedarf für die Leistungsgruppen nach Absatz 2 Nummer 7 auf die regionale Bezugseinheit nach Absatz 2 Nummer 1 zu übertragen ist und wie aus dieser regionalisierten Prognose und dem Zielwert der durchschnittlichen Versorgungskapazität (Orientierungswert) die Anzahl der zu vergebenden Versorgungsaufträge innerhalb der geografischen Bezugseinheiten abzuleiten ist.

(4) Die Rahmenvorgaben geben Kriterien vor, nach denen im Falle einer notwendigen Auswahlentscheidung die Leistungsgruppen den geeignetsten Einrichtungen zugewiesen werden (Auswahlkriterien). Diese Kriterien können z. B. qualitative Strukturmerkmale oder Erreichbarkeitsmerkmale sein.“

§ 14 Absatz 1 Satz 1, 2. Halbsatz

Die Krankenkassen sehen die geplante Regelung kritisch. Danach erfolgt die Festlegung der Versorgungskapazitäten für die Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem für die Wissenschaft zuständigen Ministeriums. Dadurch ist zu erwarten, dass die in regionalen Planungskonzepten verhandelten Ergebnisse durch Intervention des Wissenschaftsministeriums im Nachgang konterkariert werden können. Die Verantwortlichkeit des Wissenschaftsministeriums liegt in der Sicherstellung der Forschung und Lehre. Etwaige hierfür erforderliche Kapazitäten sind in der Krankenhausplanung nicht zu berücksichtigen. Eine Veränderung der Kapazitäten durch Einflussnahme des Wissenschaftsministeriums würde entweder zulasten der Kapazitäten anderer – an den Verhandlungen beteiligter – Krankenhausträger gehen oder zu einer nicht bedarfsgerechten Kapazitätsausweitung führen. In diesem Zusammenhang ist ergänzend zu berücksichtigen, dass Universitätskliniken zunehmend die Trägerschaft allgemeiner Krankenhäuser anstreben. Die Änderungen aus Nr. 10, Buchstabe a i. V. m. der Berücksichtigung des Wissenschaftsministeriums im Landesausschuss für Krankenhausplanung (§ 15) führt zu einer Ungleichbehandlung der Beteiligten. Diese Ergänzungen wären daher zu streichen.

§ 14 Absatz 2

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen ist eine Beschleunigung der Planungsverfahren und hier insbesondere die abschließende Entscheidung durch die oberste Planungsbehörde sinnvoll. Hierzu hatte das MAGS auch bereits konkrete Vorschläge unterbreitet, die sich im Gesetzentwurf allerdings nicht wiederfinden. Die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen schlagen daher vor, den Absatz 2 wie folgt zu ergänzen:

„Die zuständige Behörde und das Ministerium entscheiden innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Abschluss der Verhandlungen nach Satz 4 über das regionale Planungsverfahren.“

§ 15 Absätze 1 und 2

Durch die Aufnahme der weiteren Beteiligten im Landesausschuss ist die Anpassung zwingend erforderlich. Die Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen sind mit der Ergänzung der weiteren Beteiligten unter Berücksichtigung ihrer Ausführungen zu § 14 Abs.1 einverstanden. Auch Verbraucher- und Patientenorganisationen sind zu beteiligen.

Unter Absatz 2 ist die Verbraucherzentrale NRW als weitere Beteiligte aufzunehmen:

*„(2) Weitere Beteiligte (mittelbar Beteiligte) sind:
9. Verbraucherzentrale NRW“*

§ 16 Absatz 1 Nummern 1, 6 bis 8

Die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen schlagen vor, bei den Angaben nach § 16 Absatz 1 Nummer 1 ergänzend die neunstellige Einrichtungs-ID nach § 293 SGB V aufzunehmen.

§ 16 Absatz 1 Satz 5

Die beabsichtigte Formulierung des Satzes 5 beinhaltet, dass Krankenhäuser unabhängig ihres zukünftigen Versorgungsauftrages Leistungen erbringen können, die während einer stationären Behandlung notwendig werden. Aufgrund der neu beabsichtigten Planungssystematik unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten und Transparenz sehen die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen die Formulierung des Satzes 5 kritisch. Die Formulierung ist unzureichend und darf nicht dazu führen, dass nicht geeignete Krankenhäuser allein durch eine schlechte Behandlungsplanung Leistungen außerhalb ihres Versorgungsauftrages erbringen können.

§ 16 Neuer Absatz

Die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen schlagen die Aufnahme eines neuen Absatzes in § 16 vor:

„Werden beim Eigentümerwechsel vom neuen Eigentümer lediglich die Sachwerte übernommen (Asset Deal), so handelt es sich nicht um einen Trägerwechsel. Die Fortführung der Versorgung ist bis zum Erhalt eines neuen Bescheides nach Absatz 1 für das neu zu eröffnende Krankenhaus ausgeschlossen.“

§ 34 c

Die Krankenkassen begrüßen die Neuaufnahme des § 34 c und sind mit der im Gesetzesentwurf gewählten Formulierung einverstanden.

5. Fazit

- Eine Krankenhausrahmenplanung nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen sowie definierten Qualitätskriterien ist aus Sicht der Krankenkassen, auch unter Erreichbarkeitsaspekten, gut umsetzbar. Eine solche Planung schafft Transparenz über das tatsächliche und zukünftige Versorgungsgeschehen.
- Auch wenn bereits gegenwärtig Leistungskonzentration und Spezialisierung in der Versorgungsrealität stattfindet, nehmen immer noch Krankenhäuser auch bei komplexen Leistungen an der Versorgung teil, ohne aber nennenswerte Versorgungsbeiträge zu erbringen. Um für die Patientinnen und Patienten zu spürbaren Versorgungsverbesserungen zu kommen, sollten diese Leistungen zukünftig im Rahmen der Krankenhausplanung auf wenige, aber dafür besonderes geeignete Krankenhäuser konzentriert werden.
- Wenn insbesondere spezialisierte, komplexe und planbare Leistungen auf weniger Standorte als bisher konzentriert werden, ändert sich an der Erreichbarkeit der Klinikstandorte wenig, führt aber im Ergebnis zu einer spürbaren Versorgungsverbesserung für die Patientinnen und Patienten, zu einer Reduktion von Über- und Fehlversorgung und zu einem effizienteren Ressourceneinsatz. Eine angemessene Erreichbarkeit geeigneter Krankenhäuser ist auch weiterhin gegeben, da sich die Fahrtzeiten nur geringfügig erhöhen werden. 90 Prozent der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen werden zudem auch weiterhin ein grundversorgendes Krankenhaus in rund 20 Minuten erreichen können.

- Krankenhausplanung muss schneller werden. Hier reicht es nicht aus, nur den Zeitrahmen der eigentlichen regionalen Planungsverfahren auf 6 Monate zu begrenzen. Vielmehr müssen auch die zwischen Krankenhausträgern und den Krankenkassen verhandelten regionalen Planungskonzepte zügiger als bisher umgesetzt werden. Daher sollte die Entscheidung der zuständigen Behörde und des Ministeriums auch innerhalb von 6 Monaten getroffen werden.
- Wichtig für ein Gelingen der neuen Krankenhausrahmenplanung ist aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen aber auch die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser im Rahmen der regionalen Planungskonzepte. Die für die zweite Förderperiode (2019/2020) vorliegenden Anträge zum Bundesstrukturfonds zeigen beispielhaft, dass der Krankenhausmarkt häufig durch Eigeninteressen gekennzeichnet ist. Viele Krankenhäuser berücksichtigen nur das eigene Leistungsangebot und stellen Anträge auf Förderung, ohne dass damit ein abgestimmtes regionales Versorgungsangebot einhergeht. Schlimmstenfalls entstehen dadurch sogar neue Doppelstrukturen. Ohne abgestimmte regionale Versorgungskonzepte (Wer macht was?!) läuft die neue Krankenhausrahmenplanung aber Gefahr, im Streit der Akteure zerrieben und letztlich auch juristisch zu Fall gebracht zu werden.