



**Stellungnahme der gesetzlichen  
Krankenkassen in Nordrhein–Westfalen  
zum Thema  
„Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des  
Krankenhausplans für das Land Nordrhein–  
Westfalen“**

Vorlage 17/5764 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom  
24. September 2021

**Anhörung des Ausschusses  
für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landtags Nordrhein–Westfalen  
am 01. Dezember 2021**

## 1. Einleitung

Das im Frühjahr dieses Jahres neu in Kraft getretene Landeskrankenhausgesetz von Nordrhein–Westfalen (KHGG NRW) hat die rechtliche Basis für eine deutlich aktivere Krankenhausplanung geschaffen, als das bisher möglich war. Wie der überwiegende Teil der Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung in Nordrhein–Westfalen, begrüßen daher auch die Krankenkassen, den vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS NRW) nunmehr erstellten neuen Krankenhausrahmenplan und wünschen sich eine zeitnahe Umsetzung der diesbezüglichen Inhalte.

Wir verweisen in dem Kontext auf die ausführliche Stellungnahme der Verbände der Krankenkassen vom 30.11.2020 zum neuen Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein–Westfalen (KHGG NRW) und der diesbezüglichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 09.12.2020 (Drucksache 17/11162). Unsere fachlichen Anmerkungen und Analysen, die wir in der Anhörung des Ausschusses eingehend erläutert haben, sind nach wie vor aktuell und aus unserer Sicht für eine funktionierende Krankenhausplanung relevant.

## 2. Neuer Krankenhausrahmenplan für Nordrhein–Westfalen

Zu den Inhalten des neuen Krankenhausrahmenplanes möchten wir auf die nachfolgenden vier Punkte verweisen, die uns besonders wichtig sind:

### **Planungssystematik in der Inneren Medizin und der Chirurgie**

Auch wenn die neue Krankenhausplanung deutlich spezifischer als die bisherige Planungslogik sein wird, werden die Versorgungsaufträge innerhalb der Leistungsbereiche „Allgemeine innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ nicht klar abgegrenzt. Es ist daher möglich, dass Krankenhäuser auch ohne eine entsprechende Ausweisung hochkomplexe Leistungen z. B. in der Gastroenterologie oder der Nephrologie erbringen dürfen. Diese Krankenhäuser müssen auch nicht die spezifischen Qualitätsvorgaben der diesbezüglichen Leistungsgruppen erfüllen. Die grundsätzliche Planungssystematik wird von den Krankenkassen im Sinne eines Kompromisses zwar mitgetragen. Unsere Erwartung liegt allerdings darin, diese Zuordnung nach zwei Jahren zu überprüfen und auf Grundlage einer neuen Bedarfsermittlung spezifische Leistungszuweisungen auf Basis von OPS/ICD–Codes vorzunehmen. Dafür muss zukünftig eine differenzierte Verwendung der Fachabteilungscodes in den nach § 301 SGB V übermittelten Daten erfolgen. Ziel sollte sein, auf der Basis dieser Daten im Rahmen der Weiterentwicklung des Krankenhausrahmenplans eine valide Bedarfsermittlung auch für die allgemeinen Leistungsgruppen durchzuführen. Die dauerhafte Nichtexklusivität dieser Leistungsgruppen beeinträchtigt die Transparenz und die Steuerungsoptionen in der Planung, benachteiligt die besonders leistungsfähigen Anbieter dieser

komplexen Versorgungsleistungen und ist für die Patientinnen und Patienten ggf. mit Qualitätseinbußen verbunden und insofern auch versorgungspolitisch nicht vermittelbar.

### **Vergabe der Versorgungsaufträge**

Die Krankenkassen haben in den Gesprächen zur Konzeptionierung des neuen Rahmenplanes mehrfach ein regelbasiertes Modell (z. B. über Orientierungswerte) vorgeschlagen, mit dem die Anzahl der benötigten Anbieter je Leistungsgruppe objektiv ermittelt werden kann. Ein solches Modell ist notwendig, um ein bedarfsgerechtes Strukturangebot zu ermitteln und die Anzahl der zu vergebenden Leistungsaufträge zu kalkulieren. Vor dem Hintergrund des Übergangs von einer bettenbasierten Planung in eine genauere fallzahlbasierte Planung könnte ein solches Modell zusätzliche Orientierung für die regionalen Planungskonzepte liefern.

Leider war der diesbezügliche fachliche Vorschlag der Krankenkassen in den Gesprächen zur Neukonzeptionierung des Rahmenplans nicht durchgängig einigungsfähig. Statt einer konkreten Anzahl zukünftig benötigter Leistungserbringer sieht der neue Krankenhausrahmenplan an der Stelle nur allgemeine Grundsätze zur Identifikation der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser vor, die dann in den regionalen Planungskonferenzen zwischen den Beteiligten konkretisiert werden müssen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Frage von Über- und Unterversorgung, die im Rahmen der Neukonzeptionierung des Krankenhausrahmenplanes nicht beantwortet worden ist, in den regionalen Planungskonferenzen zu einem zentralen Streitpunkt werden wird, der von den Parteien der regionalen Planungskonferenzen in vielen Fällen vermutlich auch nicht konsensual zu lösen sein wird. Darüber hinaus könnte die rechtssichere Umsetzung von Planungsentscheidungen durch das Fehlen eines solchen Modells erschwert werden, weil objektive strukturelle Bedarfsmaßstäbe fehlen.

### **Geographische Abgrenzung der Leistungen in der Bedarfsplanung**

Eine sachgerechte geographische Zuordnung der Leistungen ist von großer Bedeutung für das Kernziel der neuen Rahmenplanung, Krankenhausstrukturen dort zu planen, wo sie auch tatsächlich gebraucht werden. Hierbei ist es wichtig, das versorgungspolitische Spannungsfeld von Erreichbarkeit und Qualität der Versorgung angemessen auszutarieren. Die Krankenkassen haben sich in den Diskussionen für eine Zuordnung nach dem „Ort der Leistungserbringung“ ausgesprochen. Anders als beim sogenannten „Wohnortbezug“ wird dadurch vermieden, dass regionale Bedarfe ausgewiesen werden, die es in der Versorgungsrealität nicht gibt, da die Patientinnen und Patienten häufig auch weiter entfernte Krankenhäuser auswählen, sofern dadurch eine bessere Behandlungsqualität möglich ist. Auch zu diesem Punkt war keine Einigung im Rahmen der Neuaufrichtung des Krankenhausrahmenplanes möglich. Der neue Krankenhausrahmenplan sieht hierzu nunmehr den Hinweis vor, dass sowohl der „Ort der Leistungserbringung“ als auch der „Wohnortbezug“ in den regionalen

Planungskonferenzen betrachtet und entsprechende Auswertungen vorgenommen werden sollen, was die Interpretation der Bedarfsberechnung in jedem Falle weniger eindeutig macht. Insofern ist davon auszugehen, dass dieses Thema in den regionalen Planungskonferenzen streitbefangen sein wird und eine Einigung erschweren wird.

### **Analytik und Prozessdigitalisierung als Umsetzungsvoraussetzung**

Durch die differenziertere Planung mittels Leistungsgruppen und den zahlreichen, zugehörigen Qualitätskriterien steigt die Komplexität der Planungsprozesse, da es viele zusätzliche Aspekte in den Verhandlungen in den Regionen zu berücksichtigen gibt. Wichtig ist daher der effiziente Austausch von Informationen zwischen den Partnern vor Ort und den Bezirksregierungen. Zudem wird auch die Versorgungsanalytik an sich, die die Grundlage für die Gespräche bilden muss, entsprechend komplexer. Erforderlich ist daher, dass alle am Planungsprozess Beteiligten einen standardisierten, aussagekräftigen, datenschutzkonformen Auswertungssatz zu Versorgung, Bevölkerung und Strukturen in den Regionen erhalten, um ein für die Patientinnen und Patienten optimales Ergebnis definieren zu können. Da es sich zudem um eine komplett neue Planungssystematik handelt, sprechen sich die Krankenkassen zudem für eine flexible Anwendung der im Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) genannten Kernfrist von 6 Monaten für das regionale Planungsverfahren aus.

Die Verbände der Krankenkassen haben in den bisherigen Diskussionen auf diese Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung hingewiesen. Mit den bisher bewährten Instrumenten aus den alten Planungsverfahren werden die Beteiligten der Komplexität der Aufgabe kaum gerecht werden können. Zwar ist erkennbar, dass es im Ministerium bereits Planungen zu diesen Themen gibt. Die Krankenkassen weisen aber darauf hin, dass mit hoher Priorität an der Bereitstellung entsprechender Instrumente gearbeitet werden muss, damit eine planmäßige Umsetzung erfolgen kann.

### **3. Fazit**

Die Krankenkassen weisen bereits seit Jahren auf den strukturellen Reformbedarf der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen hin. Die bisherige pauschale Vergabe von Versorgungsaufträgen mit den daraus resultierenden mangelnden Steuerungsmöglichkeiten hat im Ergebnis zur strukturellen Überversorgung in den Ballungsräumen und fehlenden Instrumenten zur Bedarfssicherung in den ländlichen Regionen geführt. Da die Krankenhäuser derzeit wesentliche Teile ihres Leistungsspektrums dem Grunde nach selbst bestimmen können, nehmen viele Krankenhäuser zudem an der Versorgung auch bei hochspezialisierten Leistungen teil, ohne aber nennenswerte Versorgungsbeiträge zu leisten.

Zusätzlich lässt sich feststellen, dass der medizinische Fortschritt zu immer komplexeren Behandlungsverfahren führt, die wiederum von den Krankenhäusern größere

Strukturvorhaltungen notwendig machen. Die derzeit in vielen Bereichen der stationären Versorgung von NRW anzutreffende Fragmentierung der Versorgung ist daher für die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten und auch den wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhäuser kontraproduktiv. Die Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen bleibt insofern derzeit hinter den Möglichkeiten, die in dicht besiedelten Gebieten hinsichtlich einer exzellenten, bedarfsgerechten und arbeitsteilig spezialisierten Versorgung prinzipiell bestehen, zurück. Es ist daher erforderlich, durch die Konzentration von Versorgungsaufträgen größere und damit auch leistungsfähigere Versorgungseinheiten in Bezug auf die einzelnen Leistungsgruppen zu schaffen. Das bietet zudem auch die Möglichkeit, die ohnehin knappen Pflegekräfte patientengerechter einzusetzen als bisher und stärkt zudem auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte sowie die interprofessionelle Vernetzung in den Kliniken.

Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität ist es den Krankenkassen aber auch wichtig, dass die Krankenhausstrukturen in Nordrhein-Westfalen wirtschaftlich betrieben werden können. Das Land Nordrhein-Westfalen liegt bei wesentlichen Kennziffern der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser im Bundesvergleich auf dem letzten Platz. Das Land Nordrhein-Westfalen leistet sich eine Krankenhausinfrastruktur mit rund 350 Kliniken, ohne diese ausreichend zu finanzieren. Trotz punktueller Verbesserungen und einer wachsenden Strukturkomponente aus dem Bundeshaushalt ist davon auszugehen, dass sich dieser Zustand auch in Zukunft nicht grundlegend ändern wird.

Die Krankenkassen sind bereit, ihren Beitrag für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausinfrastruktur zu leisten. Wir begrüßen in dem Kontext, dass die operative Umsetzung der neuen Krankenhausrahmenplanung in Nordrhein-Westfalen im Rahmen von regionalen Planungskonferenzen, d. h. im Dialog mit den Krankenhausträgern stattfinden wird. Hier gilt es, die Interessen von Krankenhäusern und Krankenkassen zum Wohle der Patientinnen und Patienten aber auch der Steuer- und Beitragszahler angemessen auszubalancieren. Die Krankenkassen sind sich der Bedeutung dieses Strukturprozesses bewusst und werden daher verantwortungsvoll in die im nächsten Jahr anstehenden Gespräche mit den Krankenhausträgern gehen.