

# „Mit Augenmaß und realistischem Blick für die regionalen Strukturen“

Ein Gespräch mit dem KGNW-Präsidenten Jochen Brink zum neuen Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen

**Wie blicken die Krankenhäuser in NRW in die Zukunft angesichts der neuen Krankenhausplanung, die auf sie zukommen wird?**

Spannend wird es nächstes Jahr, wenn wir in die regionalen Planungskonferenzen mit den Krankenkassen gehen. Jetzt steht erstmal nur der Werkzeugkasten auf dem Tisch: die Rahmenvorgaben. Die Reaktionen aus den Krankenhäusern sind eher verhalten. Sie sind gespannt, was auf sie zukommt. Wir als Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sagen, dass es nun sehr auf die Umsetzung ankommt. Da haben wir konkrete Vorstellungen, die wir konstruktiv einbringen möchten. Das Ziel muss sein, die heute verlässliche, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung abzusichern.

**Sind Sie zuversichtlich, dass auch entsprechende Mittel zur Finanzierung zur Verfügung gestellt werden?**

Der angestrebte Strukturwandel wird richtig viel Geld kosten. Wir halten es deshalb für notwendig, dass über eine Verpflichtungsermächtigung im Landeshaushalt 2022 mindestens für die kommende Legislaturperiode ein zusätzliches Volumen von jährlich 200 Mio. € für den Einstieg in die Umsetzung des Krankenhausplans reserviert wird. Die Höhe der tatsächlich benötigten Finanzmittel bleibt dabei abhängig von den konkreten Maßnahmen. Zusätzlich müssen sich die Kassen an den Kosten der Umsetzung beteiligen.

Die Aussage von Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, die 200 Mio. € pro Jahr für diese Umstellungsphase halte er für realistisch und keineswegs für übertrieben, stimmt uns optimistisch. Ob diese Mittel auch zur Verfügung gestellt werden, muss sich aber erst zeigen – auch nach der Landtagswahl in NRW im nächsten Jahr.

**Bei der Vorstellung der Eckpunkte der künftigen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen Ende August hieß es, dies sei als lernendes System angelegt. Was heißt das?**

Solange die Auswirkungen des neuen Planungsansatzes auf den konkreten Versorgungsauftrag jedes einzelnen Krankenhauses nicht absehbar sind, bleiben auch wirtschaftliche Risiken offen. Wenn einzelne Regelungen für dringend benötigte Krankenhäuser nicht praktikabel sind und ihre wirtschaftliche Basis gefährden, muss es möglich sein, kurzfristig Korrekturen vorzunehmen.

**Die Bundesländer sind Ihrer Verpflichtung für die Investitionsfinanzierung sehr unzureichend nachgekommen und**

**scheuen Strukturveränderungen. Viele Parteien fordern eine Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung – aber auch eine größere Mitsprache bei der Krankenhausplanung.**

Nordrhein-Westfalen zeigt ja mit dem neuen Ansatz der Krankenhausplanung, dass auf Landesebene eine wirksame Gestaltung möglich ist. Das Konzept hat durchaus das Potenzial, nachhaltige Änderungen in der Krankenhauslandschaft in NRW herbeizuführen. Das bevölkerungsreichste Bundesland hat die Chance, unter Beweis zu stellen, dass die Krankenhausplanung eben doch gut aufgehoben ist bei den Ländern. Wir haben in Deutschland 16 verschiedene Bundesländer, und wir glauben nicht, dass eine Zentralplanung aus Berlin allen Besonderheiten gerecht werden kann.

Auch innerhalb Nordrhein-Westfalens gibt es sehr unterschiedliche Regionen: Eine zentrale Planung würde den individuellen Bedingungen der ländlichen und urbanen Regionen, den Ballungszentren und Metropolregionen nicht gerecht. Deshalb ist ein System der Planung im Bundesland, das klare Vorgaben „top down“ festlegt, aber in den Regionen entwickelt und ausgestaltet wird, genau der richtige Weg.

**Werden die Standorte kleiner Krankenhäuser erhalten bleiben können?**

Die Politik betont jedenfalls immer wieder, dass die ländliche Struktur nicht ausgehöhlt, sondern im Gegenteil gestärkt werden soll. Ich bin zuversichtlich, dass das gelingen kann.

Wir erwarten von der Landesregierung, dass sie den Plan mit Augenmaß und realistischem Blick für die regionalen Strukturen umsetzt. Ziel ist und bleibt, die verlässliche, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung abzusichern.

Augenmaß braucht es auch, wenn zum Beispiel ein kleineres Haus der Grundversorgung in ländlichem Gebiet sich eine qualitativ ordentliche Zusatzleistung wie etwa Hüft-Endoprothetik erarbeitet hat. Dann sollte man nicht leichtfertig sagen: Das brauchen wir nicht mehr. Wenn die Leistung in guter Qualität erbracht wird, warum sollten wir den Bereich wegnehmen, wenn das Krankenhaus dadurch wirtschaftlich gefährdet würde?

**In der Diskussion über die stationäre Versorgung gerade in ländlichen Gebieten ist viel von einem anderen System der Finanzierung der Vorhaltekosten die Rede.**

In der Tat würde die Umsetzung des neuen Systems der Krankenhausplanung begünstigt, wenn kleinere Häuser und Be-

reiche durch separate Finanzierung der Vorhaltekosten unterstützt würden. Das hätte positive flankierende Wirkung auf die Umsetzung des Krankenhausplans.

### Wie kleinteilig und detailliert müssten die Versorgungsaufträge der Kliniken definiert werden, auf deren Basis dann die Vorhaltekosten finanziert werden?

Das Grundgerüst liegt ja vor: Künftig wird die Planung an 64 Leistungsgruppen und 32 übergeordneten an der ärztlichen Weiterbildung orientierten Leistungsbereichen anknüpfen.

Die Zahlen signalisieren schon: Das ist jetzt nicht trivial, es ist recht kleinteilig. Aber es geht darum, Zusammenhänge und fachabteilungsübergreifende Behandlungswege aufrecht zu erhalten. Das klingt komplex, aber wenn man sieht, wie das miteinander verknüpft ist, wird es schon recht plausibel.

### Wie lange wird der Prozess dauern?

Das ist schwer abzusehen, aber wir reden hier über mehrere Jahre. Das politische Verfahren sieht vor, dass erst der Gesundheitsausschuss des Landtags sich mit der neuen Krankenhausplanung befasst. Danach beginnt die konkrete Ausgestaltung in den 16 Versorgungsregionen, in die NRW aufgeteilt ist. Ich rechne damit, dass wir in einem Jahr die ersten Ergebnisse sehen werden.

Die anschließende Umsetzung wird sehr davon abhängen, wie stark die Eingriffe in bestehende Strukturen ausfallen. In manchen Regionen wird die neue Planungssystematik leichter um-

zusetzen sein, weil es vielleicht eher um Bestandssicherung geht. Aber sobald Kapazitäten an einer Stelle abgebaut und andernorts aufgebaut werden müssen, kann damit ein langwieriger Prozess verbunden sein. Nicht zuletzt wird das Tempo auch von den verfügbaren finanziellen Ressourcen abhängen. Ich bezweifle aber, dass wir mit einer Legislaturperiode von fünf Jahren auskommen werden.

### Sie sprachen die Ballungsräume an. Gerade in Bezug auf NRW ist häufig von Überversorgung die Rede. Minister Laumann sprach vom „ruinösen Wettbewerb“, den sich Krankenhäuser dort lieferten. Wettbewerb ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert schlecht konnotiert. Wird es künftig keinen Wettbewerb unter Kliniken mehr geben?

Bei vernünftiger, moderater Umsetzung des neuen Krankenhausplans wird es auch weiterhin keine Monopolstruktur geben. Auswahlmöglichkeiten bleiben den Patienten in Nordrhein-Westfalen erhalten. Das Ruhrgebiet steht immer besonders im Fokus und muss als Paradebeispiel für eine hohe Versorgungsdichte erhalten: zu Unrecht. Natürlich gibt es dort viele Krankenhäuser. Aber es leben auch viele Menschen dort. Auf 13 % der Fläche von NRW leben dort mehr als 30 % der nordrhein-westfälischen Bevölkerung. Das Ruhrgebiet übt zudem eine Magnetwirkung auf Patienten der umliegenden Regionen aus. Es wird also eine Menge Aspekte geben, die man an der Krankenhausstruktur im Rahmen der neuen Planung genauer anschauen muss. Einiges wird dabei zu korrigieren sein,



Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen trägt die Eckpunkte der neuen Planung mit. KGNW-Präsident Jochen Brink: „In der Umsetzung dürfen sich das Land, die Krankenkassen und andere Beteiligte nicht zurückziehen und die Träger mit der Vermittlung nicht allein lassen. Wir müssen uns gemeinsam der Umsetzung stellen.“ Foto: Roberto Pfeil

das kann man nicht wegdiskutieren. Aber im Vergleich mit anderen Metropolregionen wie zum Beispiel Hamburg ist die Krankenhausdichte im Ruhrgebiet gar nicht besonders hoch.

### **Wird die sektorenbergreifende Versorgung in NRW ein Stück weiterkommen?**

Solange ich mich erinnern kann, wird die Forderung nach sektorenübergreifender Versorgung gestellt. Getan hat sich nichts. Das liegt eben daran, dass die Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich und die Krankenhausplanung nicht miteinander verknüpft sind. Auch jetzt geht es in NRW um Krankenhausplanung und – leider – nur darum.

In den Regionen wird man sich aber immer das Facharzt-Angebot im vertragsärztlichen Bereich anschauen. Und wenn man feststellt, dass beispielsweise eine notwendige Fachrichtung im niedergelassenen Sektor schlecht vertreten ist, ein Krankenhaus der Region hier aber ein Angebot vorhält, dann muss dies als ein Faktor für die Vergabe von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser berücksichtigt werden.

### **Muss es eine stärkere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen geben?**

Auf der To-Do-Liste des Gutachtens zur Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalens von 2019, das Minister Laumann in Auftrag gegeben hatte, steht auch die ambulante Öffnung der Krankenhäuser. Denn auch wenn bestimmte Behandlungen nicht mehr stationär gemacht werden müssen, kann es trotzdem sinnvoll sein, diese ambulant im Krankenhaus durchzuführen, weil die Infrastruktur und Versorgungsqualität im Vergleich zum vertragsärztlichen Bereich besser ist. Insofern ist das eine Aufgabe für uns alle, in vernünftiger Abstimmung mit dem vertragsärztlichen Bereich darauf hinzuwirken, dass bestimmte ambulante Leistungen leichter im Krankenhaus angeboten werden können. Eine angemessene Vergütung sollte dabei selbstverständlich sein: Gleiches muss auch gleich bezahlt werden. Wenn die Leistung aber eine höhere Qualität hat, weil mehr Personal und Infrastruktur vorgehalten und eingesetzt werden, als es im vertragsärztlichen Bereich möglich ist, dann muss es auch entsprechend differenziert vergütet werden.

### **Nach der Coronapandemie wird über Überkapazitäten und Bettenabbau etwas vorsichtiger diskutiert. Hat sich das Bewusstsein für Reservekapazitäten geändert?**

Die Diskussion ist seit der Pandemie in Bewegung. Kapazitätspuffer müssen vorgehalten werden, da besteht weitgehende Einigkeit. Die NRW-SPD fordert sogar den weitgehenden Erhalt der Krankenhauslandschaft. Die Erfahrungen mit der Pandemie müssen in die Zukunftskonzepte eingearbeitet werden, und das findet meines Erachtens auch statt. In den Krankenhäusern, auch wo manchmal der Wettbewerb dominiert hat, war plötzlich eine große Loyalität untereinander zu spüren. Corona hat die Häuser eng zusammenrücken lassen, wie das oft in Krisen geschieht. Ich glaube, die Erfahrung hat in uns allen Spuren hinterlassen.

### **Was empfehlen Sie den KH, um sich auf die neue Krankenhausplanung vorzubereiten?**

Niemand muss warten, bis irgendein Planungsvorschlag von der Politik auf den Tisch gelegt wird. Jeder aus dem Krankenhausmanagement sollte mit den regionalen Kollegen in Gespräche eintreten. Das findet auch bereits statt: Gespräche zwischen den Krankenhäusern laufen mannigfaltig. Wenn dies – aus welchen Gründen auch immer – hier und da ins Stocken gekommen ist, sollte man sich nochmal an einen Tisch setzen und schauen, ob sich nicht doch Möglichkeiten der Arbeitsteilung finden lassen. Es geht darum, zu gestalten und der Politik ein sinnvolles Angebot zu machen, wie wir unsere Aufgaben besser aufteilen.

### **Am Ende geht es um Versorgungsqualität und um den Patienten. Wird es hier im Rahmen der neuen Krankenhausplanung Verbesserungen geben?**

Wir tragen die Eckpunkte der Planung mit. Die Chance, damit positiv auf die Versorgungsqualität einzuwirken, sie weiter zu verbessern und auch besser zu strukturieren, ist da. Wenn in einer Stadt mehrere Krankenhäuser ungefähr das Gleiche anbieten und sich das gesamte Patientenaufkommen teilen, dann profitieren alle davon, wenn sich beispielsweise zwei Häuser jeweils auf jene Leistungsbereiche konzentrieren, für die sie die besseren Strukturvoraussetzungen haben.

Konzentriert sich ein Haus auf einen bestimmten Leistungsbereich, und hat es dann auch eine höhere Patientenzahl, kann es die Strukturvoraussetzungen noch besser erfüllen. Wenn das benachbarte Krankenhaus in einem anderen Bereich in gleicher Weise vorgeht, dann wird die Versorgungsqualität steigen, und die Patientinnen und Patienten profitieren davon.

Genau das haben die Kliniken auch trägerübergreifend in einigen Städten Nordrhein-Westfalens ja unabhängig vom Krankenhausplan schon längst getan. Das ist inhaltlich das, was jetzt von den Häusern erwartet wird.

Dennoch: Der Reformprozess, den das Land mit der neuen Krankenhausplanung anstößt, kann in einzelnen Regionen zu umstrittenen Maßnahmen führen. Entscheidend für deren Akzeptanz bei den Bürgerinnen und Bürgern, ebenso bei den Krankenhäusern und ihren Mitarbeitenden wird sein, dass die Entscheidungsprozesse transparent gemacht werden.

Wenn das, was an Leistung übrigbleibt, so wenig ist, dass es für den Träger wenig Sinn ergibt, diesen Standort weiter zu betreiben, dann wird das zu erheblichen Diskussionen vor Ort führen. Wir erwarten hier Transparenz in der Entscheidungsfindung und in der Umsetzung. In der Umsetzung des Krankenhausplanes dürfen sich das Land, die Krankenkassen und andere Beteiligte nicht zurückziehen und die Träger mit der Vermittlung nicht allein lassen. Wir müssen uns gemeinsam der Umsetzung stellen.

*Das Interview führte Katrin Rüter, Chefredakteurin des Krankenhauses*