

Zentrale Punkte der Gesundheitsreform für die Krankenhäuser:

1. Absenkung Sanierungsbeitrag

Der Faktor für den Rechnungsabzug wurde von 0,7 % auf 0,5 % gesenkt.

Rechnungen nach Bundespflegesatzverordnung in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin sind von der Rechnungskürzung ausgenommen.

Der Wegfall des Anspruches auf Rückerstattung überhöhter Abzüge gem. § 140d SGB V (Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung) entfällt nur für die Jahre 2004 bis 2006; für die Jahre 2007 und 2008 besteht weiterhin Anspruch auf Spitzabrechnung.

Die Kürzung der Mindererlösausgleiche von 40 % auf 20 % bleibt unverändert. Darauf hinzuweisen ist, dass die Mindererlöse erst 2008 kassenwirksam werden können.

In der Summe werden die Krankenhäuser in NRW mit ca. 100 Millionen Euro belastet.

2. Verwendung der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V

Mittel aus der Anschubfinanzierung können weiterhin für alle Integrationsverträge nach § 140a ff eingesetzt werden (nicht: nur für Verträge über eine bevölkerungsbezogene Versorgung).

3. Vergütung belegärztlicher Leistungen

Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, eine angemessene Bewertung belegärztlicher Leistungen im EBM mit Wirkung zum 1. April 2007 vorzunehmen.

Entschließungsantrag: Die Koalition ist offensichtlich entschlossen, die Vergütung belegärztlicher Leistungen in einem eigenständigen Gesetzgebungsverfahren bis 01.07. gesetzlich regeln zu wollen, für den Fall, dass der Bewertungsausschuss bis 01.04. zu keinen Ergebnissen kommt.

4. 116b-Leistungen

Im Entschließungsantrag ist die Aufforderung an die Länder ergangen, bei der Entscheidung über 116b-Leistungen die Belange der vertragsärztlichen Leistungserbringung durch Beteiligung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen.

5. Entfristung der Versorgung von Neugeborenen

Die Beschränkung des Anspruches auf Vergütung für die Versorgung von Neugeborenen auf sechs Tage wird aufgehoben.

6. Finanzierung der Ausbildungsstätten

Die Finanzierung der Ausbildungsstätten erfolgt bis 2009 nach den bisherigen Krankenhausindividuellen Budgets. Ab 2010 sollen Richtwerte berücksichtigt werden (d. h.: keine strenge Konvergenz).

7. Anpassung Basisfallwert

Wenn eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart wird, kann der Basisfallwert stärker als die Grundlohnrate steigen, solange sich dadurch die Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen nicht erhöhen.

8. „Verbesserte“ Kodierung

Eine „verbesserte“ Kodierung darf nicht zu Budgeterhöhungen führen, da dies nur bei „echten“ Mehrleistungen zulässig ist (Regelung zu Gunsten der gesetzlichen Krankenkassen).

9. TVöD ersetzt BAT

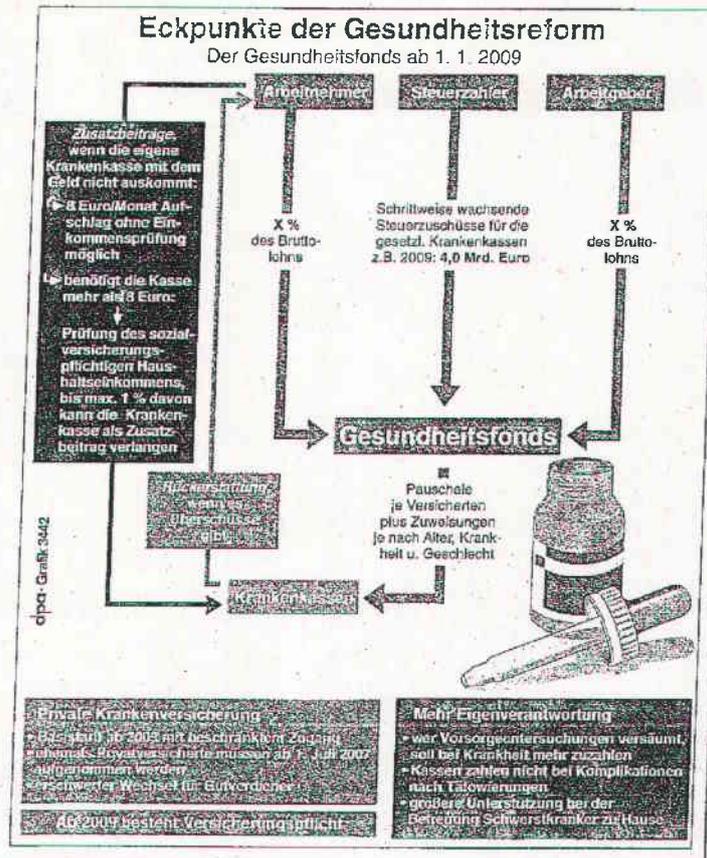
Der Maßstab BAT wird durch den Maßstab TVöD ersetzt.

10. Finanzierung der Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung

Die Finanzierung der Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung bleibt in Landeskompetenz.

11. Gemeinsamer Bundesausschuss

Besser als im Gesetzentwurf, dennoch grundsätzlich nicht akzeptabel bleibt die Konstruktion des G-BA. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist jetzt wieder mit zwei Plätzen im Ausschuss vertreten. Die Konzentration sämtlicher Entscheidungen auf das Ein-Kammer-System wird aber die Durchsetzung krankenhausspezifischer Interessen erheblich erschweren.



Stand der Krankenhausplanung des Landes für die Fachbereiche

- **Psychiatrie und Psychotherapie**
- **Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- **Psychosomatische Medizin**

hier: Erlass des Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 13. 2. 2007

1. Vorbemerkung

Der Krankenhausausschuss 3 hat in seiner Sitzung am 26. 2. 2007 für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 5. März eine schriftliche Information zum Stand der Krankenhausplanung des Landes für die o. a. Bereiche erbeten. Die Verwaltung hat zu diesem Themenkomplex in der Vergangenheit bereits mehrfach schriftlich und mündlich berichtet:

- Vorlage 12/1129 vom 16. 1. 2006
- ausführlicher Vortrag in der Sitzung am 10. 3. 2006 (in Anlage zur Niederschrift dokumentiert)
- laufende Berichterstattung, zuletzt in der Sitzung am 22.1. 2007

Ungeachtet des bereits erheblichen Zeitraums seit Beginn der Aktivitäten des Landes kann auch aktuell noch kein konkretes Ergebnis der Bemühungen um eine Überarbeitung des Krankenhausplans abgesehen werden. Das o. a. aktuelle Schreiben des Ministeriums gibt jedoch Anlass zur Besorgnis.

2. Bisheriger Verlauf

Der Landesausschuss für Krankenhausplanung hatte sich im September 2001 darauf verständigt, die Kapazitätsplanung in den o. a. Bereichen nicht mehr auf der Grundlage von Bettenmessziffern, sondern anhand der Hill-Burton-Formel durchzuführen. Die Verwaltung hat über die Methodik, Chancen und Risiken dieses Verfahrens ausführlich berichtet (siehe Präsentationsfolien im Anhang zum Protokoll der 8. Sitzung.)

Die Umstellung des Planungsverfahrens auf die Hill-Burton-Formel wird grundsätzlich begrüßt, da diese Methode – anders als das relativ starre System der Bedarfsbemessung anhand von Bettenmessziffern – geeignet ist, die Dynamik der Bedarfsentwicklung in den o. a. Bereichen abzubilden.

Diese ist insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychiatrie und Psychotherapie durch langjährige Fallzahlsteigerungen gekennzeichnet, die durch Krankenhäuser in der Vergangenheit nur durch eine kontinuierliche Verkürzung der Verweildauern aufgefangen werden konnten. Inzwischen erreicht diese Entwicklung in vielen Kliniken Grenzen der Belastbarkeit und des therapeutisch Vertretbaren, so dass eine systematische Fortschreibung der Krankenhausplanung dringend erforderlich ist. Handlungsdruck besteht auch, weil zur Zeit sämtliche Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplans (Neuplanungen von Tageskliniken etc.) durch die Landesverbände Krankenkassen unter Verweis auf das laufende Verfahren zur Überarbeitung des Krankenhausplans blockiert werden.

Im November 2005 hatte das Ministerium den an der Krankenhausplanung Beteiligten einen konkretisierten Planungsvorschlag übersandt, der neben Vorschlägen zur Festlegung der Bedarfsdeterminanten (Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung) Vorschläge zur Umsetzung des Planungsverfahrens enthielt. Die durch das Land erarbeiteten Vorschläge wurden durch den LVR, wie auch durch die anderen Krankenhausträger und die Krankenhausgesellschaft NRW als unausgereift zurückgewiesen. Es wurde angeregt, für die Erarbeitung tragfähiger Vorschläge eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Krankenkassen und der Krankenhäuser einzusetzen. Diese trat im September 2006 unter Leitung der zuständigen Vertreter des Ministeriums erstmalig zusammen. Im Verlauf von insgesamt 7 Arbeitssitzungen konnten bis Ende 2006 in wesentlichen Punkten Annäherungen, aber keine endgültigen – zwischen Krankenhaus- und Kassenseite konsentierten - Ergebnisse erzielt werden.

Soweit absehbar verwiesen die sich abzeichnenden Prognoseergebnisse jedoch auf ein für die Krankenhäuser insgesamt zufrieden stellendes Ergebnis. Die in Annäherungen konsentierten Bedarfsprognosen für NRW verwiesen sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Erwachsenenpsychiatrie auf einen Bettenbedarf, der oberhalb des bisher zugrunde gelegten Bedarfsanhaltswertes von 0,6 - 0,8 Betten pro 1000 Einwohner (Erwachsene) bzw. 0,06‰ (Kinder- und Jugendliche) liegt.

Probleme zeichneten sich insbesondere in der Frage ab, wie von einem landesweit berechneten Bedarf auf den regionalen Bedarf heruntergerechnet werden kann. Das Ministerium hatte hierzu zwei Modellrechnungen auf Ebene der Regierungsbezirke vorgelegt, die beide zu erheblichen Strukturverwerfungen führten.

Vor diesem Hintergrund haben sich die Vertreter des MAGS eine endgültige Entscheidung in den offenen Fragen in Abstimmung mit Hausspitze vorbehalten. Des weiteren wurde zugesagt, mit Blick auf das Regionalisierungsproblem bis Ende Januar ein Leitlinienpapier zu erstellen und im Umlaufverfahren zu konsentieren.

3. Aktuelles Leitlinienpapier des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Das angekündigte Leitlinienpapier wurde nun mit Datum vom 13. Februar (Eingang 16.2.) zugesandt (siehe Anlage).

Die durch das Land hier aufgestellten Kriterien fallen weit hinter den Diskussionsstand in der Arbeitsgruppe zurück. Insbesondere die geplante nachträgliche Reglementierung der Bedarfsrechnung nach der Hill-Burton-Formel durch die Wiedereinführung der Messziffer-Methodik ist u. E. völlig unverständlich und insofern inakzeptabel.

Von erheblicher Brisanz ist auch die unter Punkt 3 getroffene Festlegung zur Gemeindenähe der Versorgung. Gemeindenähe ist primär eine Qualität, die sich aus der physischen Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten in Wohnortnähe der jeweiligen Bevölkerung ergibt. Die vom Ministerium zur Verbesserung der Gemeindenähe vorgeschlagene Veränderung der Versorgungsgebiete ändert insofern nichts an der geografischen Erreichbarkeit der Behandlungsangebote. Eine Verbesserung der Wohnortnähe kann deshalb immer nur durch den Aufbau zusätzlicher dezentraler Angebote erreicht werden. Die Sicherstellung der hierfür erforderlichen planerischen Flexibilität muss insofern eine zentrale Zielsetzung der Krankenhausplanung sein.

Jede Veränderung der festgelegten Versorgungsgebiete birgt jedoch für die betroffenen Krankenhäuser erhebliche ökonomische Risiken, weil sie zu deutlichen Veränderungen der Patientenströme führen kann. Auch mit Blick auf die Rheinischen Kliniken ergeben sich hieraus deutliche Risiken.

Mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen wurde mündlich vereinbart, den Planungsvorschlag in eine gemeinsame Stellungnahme aller auf der Krankenhausesseite Beteiligten zurückzuweisen. Das Schreiben wird zur Zeit durch KGNW vorbereitet.

Da das Papier nur Festlegungen zur Psychiatrie und Psychotherapie enthält, bleibt das weitere Vorgehen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Psychotherapeutischen Medizin weiterhin unklar. In der Psychotherapeutischen Medizin wird vor dem Hintergrund der Diskussionen im Arbeitskreis ein Einfrieren der Kapazitäten auf dem aktuellen Stand erwartet. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestand ein weitgehender, auch von den Vertretern der Krankenkassen geteilter, Konsens, dass Spielräume für einen weiteren Ausbau der Kapazitäten erforderlich seien.

In Vertretung


Lubek



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW • 40190 Düsseldorf

An die
Mitglieder der Arbeitsgruppe
Krankenhausplanung Psychiatrie

lt. beigefügtem Verteiler

Uu 10/2

Telefon 0211 855-3350
Fax 0211 855-3246
ger-
hard.walentowitz@mags.nrw.d
e

Aktenzeichen III A 3 - 0510.1.2
(Horizont 2009)
bei Antwort bitte angeben

**Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen;
Ergänzung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans um quan-
titative Eckwerte für die Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie
und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Regionalisierung des Betten-/Plätzebedarfs**

7. Sitzung der Arbeitsgruppe des Landesausschusses für Kranken-
hausplanung am 11.12.2006

Anlagen: - 1 -

Sehr geehrte Frau Lubek, sehr geehrte Herren,

wie in unserer 7. Arbeitsgruppensitzung am 11.12.2006 verabredet,
erhalten Sie in der Anlage einen Vorschlag anhand welcher Krite-
rien/Kernsätze die Umsetzung der Landeseckwerte in den Regionen
erfolgen soll. Ich bitte um Ihre Stellungnahme bis zum 28.02.2007.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

(Dr. Siebertz)

Datum *13* . Februar 2007

Dienstgebäude und Lieferan-
schrift:
Fürstenwall 25,
40219 Düsseldorf
Telefon 0211 855-5
Fax 0211 855-3683
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw.de

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linien 704, 709
bis Haltestelle Landtag/Knie-
brücke oder Stadttor
Rheinbahn Linien 719, 725,
726 bis Haltestelle Polizeipräsi-
dium

Call Center
0211 855-3350

Regionalisierung der Planungsvorgaben zur psychiatrischen und psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen und – psychotherapeutischen Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen (Planungshorizont 2009)

Eine Umstellung der Planungsvorgaben von einer einwohnerbezogenen Planungsde-terminante (Bettenmessziffer) zu einer Planungsvorgabe, die zukünftig stärker leistungsbetonte Aspekte (Krankenhaustätigkeit, Verweildauer und Auslastungsgrad) berücksichtigt, kann nur stufenweise erfolgen.

Für eine Übergangsphase der Umstellung soll deshalb zusätzlich auch die Bettenmessziffer berücksichtigt werden, die bisher für die Planung der voll- und teilstationären Betten/Plätze zugrunde gelegt wurde.

Die Umsetzung der Planungseckwerte (Landeseckwerte) in den Regionen des Landes soll für eine Übergangsphase nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Die nach Hill-Burton berechneten Bedarfszahlen werden bis auf die Ebene der Bezirksregierungen heruntergebrochen. Dabei erfolgt die Verteilung zu je 50 % bezogen auf die Einwohnerzahl und die in 2005 erbrachten Pflegetage der jeweiligen Bezirksregierung.
- Grundsätzlich muss jeder notwendige Aufbau von Betten oder Plätzen in der Erwachsenenpsychiatrie mindestens in gleichem Maße mit einem Bettenabbau an anderer Stelle einhergehen.
- Die Optimierung der gemeindenahen Versorgung ist vorrangig durch eine Veränderung der Versorgungsregionen innerhalb der bestehenden Betten-/Platzzahlen der Kliniken/Abteilungen anzustreben.
- Überkapazitäten sind bis zum Erreichen der bisherigen Bettenmessziffer von 0,8 Betten/Plätze pro 1.000 Einwohner (bezogen auf die jeweilige Gesamteinwohnerzahl des Pflichtversorgungsgebietes) abzubauen.
- Ein Betten- bzw. Platzaufbau kann zunächst nur dort stattfinden, wo die bisherige Auslastung die Notwendigkeit einer Betten-/Platzzahlerhöhung erkennen lässt. Dabei ist die Bettenmessziffer von 0,6 ‰ grundsätzlich nicht zu überschreiten.

- Die Anzahl tagesklinischer Angebote kann zu Lasten vollstationärer Angebote erhöht werden.

- Tagesklinische Angebote sind auch im Rahmen integrierter tagesklinischer

— Versorgung möglich (tagesklinische Behandlung in Räumlichkeiten der vollstationären Versorgung).