

IHRE FRAGEN, UNSERE ANTWORTEN

Welche Bedeutung haben Krankenhäuser in NRW für die Bevölkerung?

Wie ist das Krankenhauswesen in NRW derzeit aufgestellt?

Wer legt die Rahmenbedingungen fest?

Wie finanzieren sich Krankenhäuser?

Wie ist die Krankenhauslandschaft in NRW entstanden?

Wie sind die katholischen Krankenhäuser in NRW organisiert?

Warum ist eine dezentrale und wohnortnahe Versorgung wichtig?

Soll alles so bleiben, wie es ist?

Was machen die katholischen Krankenhäuser gegen den Fachkräftemangel?

Was ist Krankenhausplanung und was ändert sich?

Wie groß ist der Investitionsbedarf?

Was hat man von kirchlichen Krankenhausträgern?

Welche Bedeutung haben Krankenhäuser in NRW für die Bevölkerung?

Das Krankenhauswesen hat eine zentrale Bedeutung hinsichtlich der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit Gesundheitsdienstleistungen. In Nordrhein-Westfalen, dem bevölkerungsreichsten Bundesland, gleichzeitig Flächenland mit unterschiedlichen stark bevölkerten Regionen, ist es entscheidend, dass den



Menschen eine qualitativ hochwertige und eine wohnortnahe stationäre Versorgung sowohl in der Stadt als auch auf dem Land angeboten wird.

Wie ist das Krankenhauswesen in NRW derzeit aufgestellt?

In Nordrhein-Westfalen stellen rund 340 Krankenhäuser die stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Davon befinden sich ca. 150 Krankenhäuser mit einem Anteil von 44% in katholischer Trägerschaft. Die 150 katholischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen stellen derzeit 52.000 Betten bereit. Dies ist die Hälfte der Krankenhauskapazitäten des Bundeslandes. Jährlich behandeln die katholischen Krankenhäuser über 2,25 Millionen stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten.

In den katholischen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen arbeiten zirka 120.000 Menschen. Hierzu gehören Ärztinnen und Ärzte, Pflegende sowie viele hochmotivierte Mitarbeitende in Verwaltung, Technik und Service. In den Regionen sind die katholischen Krankenhäuser wichtige Arbeitgeber und Auftraggeber der regionalen Wirtschaft.

Wer legt die Rahmenbedingungen fest?

Die Rahmenbedingungen werden durch das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) auf Länderebene und das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf Bundesebene festgelegt. Das Land entscheidet über den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses und die Investitionsfinanzierung. Ohne Versorgungsauftrag können Krankenhäuser keine Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen.

Das KHG (Bund) regelt die Refinanzierung der Betriebskosten. Derzeit kommt ein weitgehend pauschaliertes System zum Einsatz (DRGs). Neben Bund und Land gewinnt zunehmend der „Gemeinsame Bundesausschuss“ (G-BA) an Bedeutung, der beispielsweise über Strukturvorgaben starken Einfluss auf den Versorgungsauftrag und die Kostenstruktur der Krankenhäuser ausübt. Dies ist problematisch, da der G-BA über keine demokratische Legitimation verfügt. Dazu kommt noch eine Vielzahl bundes- und landesrechtlicher Gesetze, Vorschriften und Verordnungen.

Wie finanzieren sich Krankenhäuser?

Aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten der Krankenhäuser wurde mit Wirkung zum 01.01.1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beschlossen. Im Rahmen dessen, wurde das Prinzip der dualen Finanzierung eingeführt. Das bedeutet, die Krankenkassen finanzieren durch die DRG-Fallpauschalen (Einführung 2001) die Betriebskosten für das Klinikpersonal, für die durchgeführten Operationen und Prozeduren, die Verbrauchsgüter, Strom, Wasser, Medikamente etc.

Die Bundesländer sind dagegen in der Pflicht, die Investitionskosten der Krankenhäuser für Neu- und Umbauten, (Gebäude)-Sanierungen und Anlagengüter zu tragen. Hierfür werden Pauschal- und Einzelförderungsprogramme aufgelegt.

Seit Jahren kann man feststellen, dass sich die Investitionsförderung aller Bundesländer nicht am tatsächlichen Bedarf orientiert. Für die Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen stellt diese Tatsache eine enorme Herausforderung dar. Zuletzt wurde durch Gutachten vom RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Essen) ein jährliches Defizit von 1,23 Mrd. € festgestellt.¹

Wie ist die Krankenhauslandschaft in NRW entstanden?

Die Krankenhauslandschaft in NRW ist zunächst ohne staatliche Planung gewachsen. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wurde im 18. und 19. Jahrhundert ausgehend

von bürgerschaftlichem Engagement überwiegend durch kirchliche Institutionen organisiert – katholische Krankenhäuser haben die Menschen u.a. in zwei Weltkriegen versorgt. Erst nach dem Ende des 2. Weltkrieges kamen vermehrt kommunale Krankenhäuser, später auch gewerbliche Anbieter hinzu.

Dies zeugt von einer langen und verlässlichen Tradition der katholischen Krankenhäuser, die sich auch in schwierigsten Zeiten ihrer Verantwortung dort gestellt haben, wo sich der Sozialstaat zurückgehalten hat.

Wie sind die katholischen Krankenhäuser in NRW organisiert?

Die katholischen Krankenhäuser schauen auf eine traditionsreiche Vergangenheit und sind flächendeckend im Land vertreten. Sie befinden sich in Trägerschaft von Kirchengemeinden, Ordensgemeinschaften oder kirchlichen Stiftungen.

In den vergangenen Jahren haben sich die katholischen Krankenhausträger diesen Herausforderungen gestellt, ihre Leistungsportfolios bedarfsgerecht weiterentwickelt und sich vielerorts zu größeren Gebilden und kooperativen Leistungserbringungen zusammengeschlossen, um den Wandel im Gesundheitswesen und die damit verbundenen Herausforderungen im Sinne der Bevölkerung, insbesondere der Patientinnen und Patienten zu gestalten.

Zum Teil haben Träger fusioniert und sind in großen Verbänden aufgegangen. Das Leistungsspektrum der katholischen Krankenhausträger reicht von der Grund- und Regelversorgung bis zur Spitzen- und Universitätsmedizin. Solitäre katholische Krankenhausträger gibt es in Nordrhein-Westfalen nur noch sehr wenige.

Warum ist eine dezentrale und wohnortnahe Versorgung wichtig?

Als Flächenland muss Nordrhein-Westfalen ein großes Interesse haben, dass in allen Regionen Klinikstandorte vorgehalten werden. Insbesondere die Versorgung von Notfällen, älteren und ganz jungen Patientinnen und Patienten sollte nicht ausschließlich in weit entfernten

¹ <https://www.kgnw.de/positionen/investitionsbarometer-2022>

spezialisierten Krankenhäusern erbracht werden. Dies würde zu einer wesentlichen Verschlechterung der Zugänge zum Gesundheitswesen führen.

Die Vorhaltung einer flächendeckenden dezentralen Versorgungsstruktur muss von der Politik prioritär verfolgt werden. Die dezentrale Krankenhauslandschaft hat Vorteile, die sich im Kontext der Covid-19-Pandemie gezeigt haben. Während Länder mit einer geringeren Krankenhausedichte schnell an ihre Kapazitätsgrenzen gestoßen sind, konnten die Strukturen in NRW diese Defizite auffangen. Dies zeigt, dass eine zu starke Konzentration von Versorgungskapazitäten die Versorgungssicherheit reduziert.

Soll alles so bleiben wie es ist?

Nein. Insbesondere der Fachkräftemangel in der Pflege und Medizin zwingt die Krankenhäuser, ihre Strukturen anzupassen. Nicht jedes Krankenhaus wird deshalb ein komplettes Leistungsspektrum anbieten können. Schon in der Vergangenheit haben sich die katholischen Krankenhäuser auf diese Situation eingestellt. Mit der Bildung regionaler Verbundstrukturen mit mehreren Krankenhäusern können durch abgestimmte Leistungsangebote Versorgungslücken vermieden werden. Die Identifizierung der Bevölkerung mit „ihrem“ Krankenhaus ist in der Regel sehr hoch. Umstrukturierungen oder gar Schließungen müssen von der Politik gut erklärt werden.

Was machen die katholischen Krankenhäuser gegen den Fachkräftemangel?

Die katholischen Krankenhäuser sind Träger von 75 Schulen des Gesundheitswesens und bilden überdurchschnittlich in den Pflege-, Therapie- und den medizinisch-technischen Berufen aus. Im Rahmen der Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft nehmen die katholischen Krankenhäuser eine wichtige Funktion wahr. Daneben wenden alle katholischen Krankenhäuser einen Tarif an, der an den TVöD anknüpft. Eine examinierte Pflegekraft verdient beispielsweise im Schnitt 42.000 € pro Jahr und erhält eine attraktive betriebliche Altersvorsorge.

Um Arbeitsbedingungen zu verbessern, werden in Verbundkrankenhäusern zunehmend freiwillige Poolösungen angeboten, die verlässliche Arbeitszeiten garantieren können. In diesen

Modellen profitieren Pflegenden von größtmöglicher Flexibilität. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können selbst entscheiden, wann sie arbeiten. Die Klinik legt fest, wo sie dies tun. Somit steuern sie selbst, wieviel und wann sie arbeiten möchten. Dabei können auch Dienst- und Urlaubspläne oft selbst geschrieben werden. Wer keine Nachtschichten machen möchte, macht keine Nachtschichten. Wer sich für den Pool entscheidet, der bekommt in der Regel zusätzlich einen monatlichen Bonus.

Es ist aber unabdingbar, die Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter vor einer zersetzenden Bürokratie zu schützen, um wieder mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten zu haben. Die derzeitige Misstrauenskultur bei Kostenträgern löst ein unverhältnismäßiges Kontrollregime aus, das die Attraktivität der Arbeitsbedingungen weiter gefährdet!

Was ist Krankenhausplanung und was ändert sich?

Die Krankenhausplanung regelt die Verteilung von qualitativen und quantitativen Krankenhauskapazitäten im jeweiligen Bundesland. Sie mündet in einem Versorgungsauftrag für das einzelne Krankenhaus (Feststellungsbescheid). Dieser Leistungsrahmen ist erforderlich, um Krankenhausleistungen mit den Kostenträgern abzurechnen und Investitionsförderung durch die Länder zu erhalten.

Mit dem Krankenhausplan 2015 ist die Teilgebieteplanung weggefallen. In der Folge wurden nur noch 15 medizinische Hauptgebiete geplant. Die angebotenen Leistungsbereiche der Krankenhäuser haben sich in Folge grundsätzlich qualitativ und quantitativ ausgeweitet. Einerseits führte dies zu mehr Auswahlmöglichkeiten für die Menschen, andererseits hat der Wettbewerb u. a. um Patientinnen und Patienten sowie um medizinisches Fachpersonal erheblich zugenommen. Bundesgesetzgeber und Gemeinsamer Bundesausschuss haben allerdings statische Regelungen eingeführt, die einen qualitativen Mindeststandard garantieren sollen. In der Regel sind dies strukturelle und personelle Voraussetzungen, die den Wettbewerb um knappe Ressourcen weiter erhöhen.

Die Krankenhausplanung wird zukünftig erheblich kleingliedriger und komplexer erfolgen. Es

werden in der Somatik beispielsweise 60 Leistungsgruppen eingeführt, auf die sich die Krankenhäuser bewerben können. Die Leistungsgruppen sind untereinander z.T. in Abhängigkeit und werden zudem auf unterschiedlichen Planungsebenen (Kreis, Versorgungsgebiet, Bezirksregierung, Landesteil) verhandelt. Krankenhäuser müssen hierfür definierte Mindestanforderungen nachweisen. Will man das Angebot weiter reduzieren, kommen zu den Mindestanforderungen noch zu erfüllende Auswahlkriterien.

In „Regionalen Planungskonferenzen“ werden die unterschiedlichen Versorgungsmodelle zwischen den Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt. Die Letztentscheidung liegt aber beim Land NRW.

Wie groß ist der Investitionsbedarf?

Die jahrzehntelange mangelhafte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch das Land NRW hat gravierende Folgen für eine qualitätsgesicherte Krankenhausversorgung. Marode Infrastruktur schafft nicht nur unattraktive Arbeitsplätze, sondern gefährdet vor allem die Patientensicherheit. Mittlerweile hat sich ein Investitionsstau in Höhe von 13,5 Mrd. € aufgetürmt. Um diesen nicht weiter anwachsen zu lassen, benötigen² die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen laut RWI-Investitionsbarometer im Jahr über 1,8 Milliarden Euro. Zusätzlich werden durch die von der Krankenhausplanung ausgelösten Kapazitätsverschiebungen weitere Investitionen benötigt. Das RWI geht von 300.000 € pro Krankenhausbett aus. Die Verlegung eines kleinen Krankenhauses mit 150 Betten würde demnach Kosten in Höhe von 45 Millionen € auslösen. Die Einrichtung eines Landesstrukturfonds, der die Umsetzung des Krankenhausplans unterstützt, ist notwendig. Weitere Investitionsbedarfe für Digitalisierung und Klimaschutz nicht inbegriffen.

Was hat man von kirchlichen Krankenhausträgern?

Katholische Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind traditionell ein fester und verlässlicher Bestandteil der guten medizinischen und pflegerischen Versorgung. Sie sind Bestandteil der

Daseinsvorsorge. Durch die Vernetzung der Krankenhäuser in Verbundstrukturen wird versucht, die wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Die Zusammenarbeit ist geprägt von modernen Strukturen und Prozessen, die auf eine koordinierte Versorgung aus einer Hand abzielen.

In freigemeinnützigen Krankenhäusern stehen die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt. Es werden die Bedürfnisse und Wünsche zur Förderung des Heilungsprozesses verfolgt. Katholische Krankenhäuser setzen christliche Werte nachhaltig im Krankenhausalltag um. Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitende begegnen sich wertschätzend und rücksichtsvoll.

Die katholischen Krankenhäuser wirtschaften ethisch verantwortungsvoll. Ihr Unternehmenszweck ist nicht die Gewinnerzielung, sondern die Versorgung von Patientinnen und Patienten. Werden dennoch Überschüsse erwirtschaftet, fließen sie in Reinvestitionen im Dienst der Allgemeinheit.

Sollten katholische Krankenhäuser in Insolvenz geraten und den Versorgungsauftrag nicht mehr wahrnehmen können, sind die Kommunen verpflichtet, diesen Versorgungsauftrag mit allen wirtschaftlichen Risiken im Rahmen der Daseinsvorsorge zu übernehmen.

Mehr Informationen:

www.caritas-nrw.de/AuftragDaseinsvorsorge

#AuftragDaseinsvorsorge

ist eine gemeinsame Aktion der katholischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zusammen mit der Caritas NRW, unterstützt vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (kkvd)



Kontakt: Caritas in NRW, Hubertusstr. 3, 40219 Düsseldorf

² <https://www.kgnw.de/positionen/investitionsbarometer-2022>