



**Positionen**  
**der Bundesärztekammer**  
**zur**  
**qualitätsorientierten Krankenhausplanung**



**I. Eine gute und gewissenhafte Patientenversorgung ist der Kern ärztlichen Handelns und ein Anspruch, auf den sich jeder Patient verlassen können muss. Qualität ist damit das Leitkriterium in der Versorgung.**

Der Aspekt der Qualität ist in Deutschland in den letzten Jahren immer stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt – auch und gerade im Bereich der Krankenhausversorgung. Denn hier hat insbesondere die Umstellung des Finanzierungssystems zu einer Verlagerung der Schwerpunkte, weg von dem humanen, allumfassenden Versorgungsanspruch hin zu mehr ökonomischen Aspekten geführt.

Die Krankenhäuser müssen sich nunmehr mit unternehmerischem Anspruch in einem sehr viel stärker wettbewerblich geprägten Umfeld bewegen. Dadurch können zwar innovations- und leistungsfördernde Potenziale freigesetzt werden, allerdings ergeben sich auch Fehlanreize zu Lasten der Versorgungsqualität. Er bedarf einer krankenhauplanerischen Flankierung, um zu verhindern, dass mit steigendem ökonomischen Druck und einem ausufernden Wettbewerb letztlich die hohe Qualität der stationären Versorgung in Deutschland gefährdet wird. Die Krankenhausplanung muss hier gegensteuern und Qualitätsstandards einfordern.

Wettbewerb allein führt nicht zu einem Mehr an Versorgungsqualität. Im Gegenteil: Wettbewerb kann auch auf Kosten der Qualität geführt werden:

- Der durch das DRG-System politisch intendierte Preis- und Kosten-Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern fördert eine betriebswirtschaftliche Logik, die an kurzfristigen ökonomischen Zielen ausgerichtet ist. Sie bringt viele Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Heilberufe in ein Spannungsfeld zu professionellen und ethischen Standards. Der Versorgungsbedarf und die medizinische Qualität der Versorgung stehen nicht mehr notwendigerweise im Vordergrund.
- Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern einer Region hat in den letzten Jahren zum Teil auch Züge unproduktiver und ruinöser Konkurrenz angenommen. Die Dominanz betriebswirtschaftlicher Zwänge droht regionale versorgungspolitische Ziele in den Hintergrund treten zu lassen.
- Diese Dominanz belastet in vielen Krankenhäusern die Kultur der Kooperation innerhalb des ärztlichen Dienstes und zwischen den verschiedenen im Krankenhaus tätigen Berufen sowie mit den Vertragsärzten.

**II. Die Bundesländer müssen sich klar zu ihrer Sicherstellungsverantwortung für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung bekennen. Diese wesentliche Daseinsfürsorge darf nicht anderen und erst recht nicht wirtschaftlichen Interessen überlassen werden.**

Dies bedeutet zunächst, dass eine ausreichende und bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung zur Verfügung stehen muss. Die rückläufigen Mittel der Länder zur Investitionsfinanzierung führen dazu, dass notwendige Investitionen aus den laufenden Einnahmen, größtenteils also aus den DRG-Erlösen finanziert werden. Diese Mittel fehlen dann für die Finanzierung des für die Versorgung notwendigen Personals und der Sachmittel, und damit für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Einsparungen



durch weitere Rationalisierungen sind ohne Beeinträchtigung der Versorgungsqualität nicht mehr realistisch. Krankenhäuser reagieren auf den Kostendruck u.a. auch mit Spezialisierung auf „lohnende“ und möglichst gut planbare Krankheitsfälle.

Hieraus ergibt sich, dass sich die Krankenhausplanung der Länder den gewandelten Rahmenbedingungen stellen muss. Ein allein auf Kapazitäts- und Standortfestlegungen reduzierter Planungsanspruch wird den bestehenden Herausforderungen nicht (mehr) gerecht. Notwendig ist vielmehr eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung. Dies gilt umso mehr, als Qualitätsvorgaben auf Bundesebene, wie sie etwa der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt, in ihren Effekten dadurch eingeschränkt werden, dass sie auf sehr unterschiedliche Versorgungsstrukturen und -herausforderungen in den einzelnen Bundesländern treffen.

Ziel muss es sein, eine medizinisch leistungsfähige, patientenorientierte, regional ausgewogene und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Qualität in der Versorgung ist dabei ein Wert an sich und darf nicht als Mittel zum Zweck, bspw. zur bloßen Kosten- oder Kapazitätsreduktion missbraucht werden. In dieser Hinsicht darf sie auch nicht Gegenstand von Selektivverträgen werden, die Strukturentscheidungen den Krankenkassen übertragen, denn diese entscheiden dann in Abhängigkeit von ihren eigenen wirtschaftlichen Erwägungen und strategischen Überlegungen.

Die freie Wahl des Krankenhauses durch die Patientinnen und Patienten ist ein hohes versorgungspolitisches Gut, weil dadurch der Wettbewerb um Qualität gefördert wird. Dies muss eine gute Krankenhausplanung beachten. Während Krankenkassen ihre Entscheidungen auch ihren eigenen unternehmerischen Zielen unterordnen, können und müssen Bundesländer in ihrer Verantwortung für die Krankenhausplanung diese Aspekte der Qualitätssicherung und -förderung in den Vordergrund stellen.

### **III. Anspruch einer solchen strukturierenden, qualitätsorientierten Krankenhausplanung muss es sein, Kriterien als Mindestanforderungen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu formulieren.**

Solche Kriterien müssen sich im Rahmen der Krankenhausplanung vorrangig auf die Strukturqualität beziehen, da sie fachlich gut begründet, eindeutig und praktikabel (bürokratiearm) umsetzbar sein sowie regionalen Versorgungsanforderungen gerecht werden müssen. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung kann nicht und soll nicht die etablierte Qualitätssicherung ersetzen. Sie darf sich ebenso nicht in Detailvorgaben verlieren, sondern muss sich auf zentrale Kriterien konzentrieren, die eine hohe Strukturwirkung entfalten.

Aus ärztlicher Sicht sind Qualitätskriterien vorrangig auf folgenden Ebenen zu konkretisieren:

#### **a) Kompetenz**

Ein Versorgungsauftrag kann nur in dem Umfang ausgeführt werden, in dem die jeweils erforderliche fachärztliche Expertise vorhanden ist. Er ist in diesem Sinne kompetenzgebunden zu erteilen. Die Facharzt-Kompetenz ist ein Kernkriterium in der Strukturqualität, das entscheidenden Einfluss auf die Prozess- und auch Ergebnisqualität



hat. Neben der jeweiligen Gebiets-, Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung kann der Umfang einer Weiterbildungsbefugnis zur Beschreibung des Kompetenz- und Leistungsprofils dienen. Ein wesentliches Argument für dieses Kriterium ist der Aspekt der Patientensicherheit. Der Patient muss sich auf klare Strukturen und Kompetenzen verlassen können.

Daneben muss die Beteiligung an der gesamtgesellschaftlich notwendigen Aufgabe der Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses gefördert werden, indem diese zur Voraussetzung der Aufnahme in den Krankenhausplan und damit des Erhalts öffentlicher Fördermittel für Krankenhäuser gemacht wird. Maßgebend muss dabei die ärztliche Weiterbildung nach den Vorgaben des Weiterbildungsrechts und damit nach den Vorgaben der jeweils zuständigen Ärztekammer sein, die auch die geeigneten Krankenhausärzte zur Weiterbildung befugt.

### **b) Verfügbarkeit**

Neben der ärztlichen Fachkompetenz an sich ist deren Verfügbarkeit ein wesentliches Merkmal der Strukturqualität. Nur mit ihr kann Kontinuität im Behandlungsprozess gewährleistet werden. Zudem muss möglich sein, dass das Krankenhaus die vereinbarte Versorgung auch außerhalb der regulären Dienstzeit sicherstellt, ohne dass der Facharztstandard vernachlässigt wird und ohne dass gegen geltendes Arbeitszeit- und Tarifrecht verstoßen wird.

Eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss daher grundlegende Aussagen zur Anzahl und Verfügbarkeit der entsprechend qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten treffen, die mindestens eine qualifikationsbezogene Festlegung auf der Ebene der Leitung und Stellvertretung umfassen müssen (mindestens die Leitung und ihre Stellvertretung müssen die jeweilige Facharztqualifikation bzw. zusätzliche Qualifikation nach der ärztlichen Weiterbildung haben). Zudem muss die (kooperative) Notfallversorgung geplant werden. Diese umfasst insbesondere die intensivmedizinische Versorgung für Schwerkranke und/oder schwer verletzte Patienten sowie die spezialisierte Notfallversorgung, aber auch die Kooperation mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst.

### **c) Komplementarität und Kooperation**

Mit zunehmender Multimorbidität und Komplexität machen Behandlungsabläufe immer weniger an den Grenzen einzelner Disziplinen Halt. Auch die Notfallversorgung erfordert Interdisziplinarität. Eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss daher Aussagen zum Zusammenwirken einzelner Disziplinen und ergänzender Bereiche (Intensivmedizin) sowie zur Kooperation insbesondere mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten enthalten. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss sich so zudem kompatibel für eine sektorenübergreifende Versorgungsperspektive zeigen und ggf. auch länderübergreifend organisiert werden. Kooperative Ansätze in der Krankenhausplanung werden durch den zunehmenden Fachkräftemangel besonders im ärztlichen Bereich immer dringlicher.



#### **d) Ausstattung**

In bestimmten Disziplinen können Aussagen zur weiteren personellen und/oder technischen Ausstattung sowie zu Prozessabläufen notwendig sein, um zu gewährleisten, dass eine Versorgung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen kann. Diese Aussagen müssen nicht nur die Ausstattung als solches, sondern auch deren tatsächliche Verfügbarkeit – auch hinsichtlich der personellen Besetzung – im Blick haben. Bei speziellen Versorgungsaufträgen (bspw. in der Perinatal- oder der Schlaganfallversorgung) wird es notwendig sein, auf Grund medizinisch- wissenschaftlicher Erkenntnisse diese Kriterien differenzierter zu formulieren.

Perspektivisch darf sich eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung auch nicht verschließen, die Qualität der Indikationsstellung in den Blick zu nehmen und geeignete Verfahren dafür einzubeziehen (z. B. Peer Reviews oder Zweitmeinungsverfahren).

#### **IV. Unter dem Blickwinkel der eingangs beschriebenen wettbewerblichen Dynamik muss die Krankenhausplanung an sich und eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung im Besonderen ein Augenmerk auf die Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung legen.**

Krankenhausplanerische Festlegungen müssen dabei

- a) verhindern, dass sich einzelne Plankrankenhäuser zu Lasten (und auf Kosten) anderer Krankenhäuser aus der Notfallversorgung zurückziehen oder die Notfallversorgung anderen Zielsetzungen nachordnen und
- b) gewährleisten, dass Krankenhäuser, die ihre Sicherstellungsaufgaben in der Notfallversorgung wirtschaftlich alleine nicht tragen können, eine benennbare Grundlage haben, auf der sie ökonomische Unterstützung (Sicherstellungszuschläge) geltend machen können. In Bezug auf die Grund- und Notfallversorgung werden zudem Aspekte der Erreichbarkeit und des Zugangs zum Versorgungsangebot zu wesentlichen Kriterien der Strukturqualität.

Nicht außer Acht bleiben darf, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor allem im ländlichen Raum besonderer Anstrengungen bedarf. Ohne im Grundsatz von Anforderungen abzurücken, muss die Krankenhausplanung dort, wo dies versorgungsstrukturell erforderlich ist, die notwendige regionale und lokale Flexibilität zulassen.

#### **V. Analytisch lassen sich verschiedene Kriterien für eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung differenzieren.**

Analytisch lassen sich die Kriterien für eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung differenzieren in:

- a) verbindliche Mindestvoraussetzungen für alle Krankenhäuser/Abteilungen, die im jeweiligen Versorgungsbereich tätig sind oder tätig werden wollen,



- b) Kriterien für krankenhauplanerische Auswahlentscheidungen zwischen mehreren prinzipiell geeigneten Standorten, Kriterien, über die die Krankenhäuser für Patienten und niedergelassene Ärzte Transparenz herstellen müssen,
  
- c) allgemeine Ziele für die Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft insgesamt.

**VI. Die Debatte um die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Richtung einer stärkeren Qualitätsorientierung muss öffentlich geführt werden.**

Nur so kann die Transparenz gewährleistet werden, die für die Akzeptanz der konzeptionellen Neuausrichtung auf Seiten aller Beteiligten notwendig ist. Und auch nur so lassen sich politisch und sachlich vertretbare Anpassungen von Strukturen und Kapazitäten an den Versorgungsbedarf vermitteln.