



Deutscher  
Caritasverband e.V



**kkvd**  
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

# Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

12. November 2020

## Vorbemerkung

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) und der Deutsche Caritasverband (DCV) nehmen zu den folgenden Punkten im vorliegenden Entwurf für ein Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) Stellung.

Wir sehen in folgenden Punkten Anpassungs- und Konkretisierungsbedarfe:

## Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

### Zu § 118 SGB V Prüfung und Anpassung der Vereinbarung zu PIA und PsIA an G-BA Vorgaben

#### Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der PIA und PsIA-Vereinbarung an G-BA-Vorgaben, so dass Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) auch die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ermöglicht wird.

#### Stellungnahme

Die PIAs stellen ein wichtiges Versorgungselement zwischen der ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten und stationären Versorgung psychisch schwer kranker Menschen mit besonderem Hilfebedarf dar. Im Vertrag nach § 118 Absatz 2 Satz 2 legen GKV, DKG und KBV die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf die Versorgung durch PIAs angewiesen sind. Analog regelt § 118 Absatz 3 SGB V das Versorgungsspektrum



der PsIA. Diese Personengruppe umfasst insbesondere schwer psychisch kranke Menschen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf.

Nach § 92 Absatz 6b SGB V regelt der G-BA nun einen neuen Versorgungsbe- reich für niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte sowie von Vertragspsycho- therapeutinnen und -therapeuten, der mittels einer erhöhten Vergütung im einheit- lichen Bewertungsmaßstab (EBM) für berufsgruppenübergreifende, koordinierende Leistungen zur Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankun- gen, besser dotiert werden soll.

Grundsätzlich ist hier anzumerken, dass es inhaltlich falsch ist, die neuen Koordi- nationsleistungen, die Vertragsärzte und Psychotherapeuten künftig erbringen dürfen und im vertragsärztlichen Bereich künftig besser vergütet werden sollen, mit dem Auftrag und der Arbeitsweise der psychiatrischen Institutsambulanzen analog zu setzen sei.

Ob und in welcher Weise PIA und PsIA im Rahmen der neu zu regelnden Versor- gung nach § 92 Absatz 6b SGB V ebenso eingebunden werden können, ist derzeit noch offen, da die bis zum 31.12.2020 zu erfolgende Konkretisierung zu den Lei- stungen und dem zu versorgenden Personenkreis in der entsprechenden Richtlinie des G-BA noch aussteht. Somit ist auch offen, welche Leistungserbringer in die berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung dieser Patienten- gruppen einzubeziehen sind.

Bereits das Psychotherapeutengesetz hat in § 120 Absatz 2 Satz 7 festgelegt, dass die Vergütung der Leistungen dieser Richtlinie durch die PIA der Vergütung entsprechen soll, die sich aus der Anpassung des EBM nach § 87 Absatz 2a Satz 26 SGB V auf der Basis der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b ergibt. Mit dem vorlie- genden RefE wird nun eine komplementäre Regelung in § 118 Absatz 2 SGB V eingeführt. Die psychiatrischen Krankenhäuser haben mehrfach auf die Probleme, die sich aus dieser Vergütungsnorm ergeben hingewiesen. Zum einen stehen die Vergütungsregelungen nach dem EBM im Widerspruch zu den Vergütungen nach § 120 SGB V, die auf Landesebene zu verhandeln sind, zum anderen unterscheiden sich die Funktionen der PIA und PsIA, die als Bestandteil der Krankenhausor- ganisation zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, von den Aufgaben des



vertragsärztlichen Bereichs. Die hier vorgesehene Änderung ist - ebenso wie die Regelung des § 120 Absatz 2 Satz 7 entschieden abzulehnen und somit zu streichen.

### **Änderungsvorschlag**

Die Änderung des § 118 Absatz 2 SGB V ist zu streichen.

### **Zu § 120 SGB V Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Ersteinschätzung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern soll unter der Federführung der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein neues Verfahren entwickelt werden.

#### **Stellungnahme**

Prinzipiell ist es sehr zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nach einem praktikablen Ansatz sucht, um die bestehende Schnittstellenproblematik in der ambulanten Notfallversorgung zu lösen. Weiterhin wird in den Krankenhäusern eine Vielzahl von Arbeitsstunden für die Versorgung von Patient\_innen aufgewendet, die prinzipiell gut in der ambulanten Versorgung, egal ob mit Termin oder notfallmäßig, aufgehoben wären. Zugleich sehen wir im Alltag, dass mit der seit 2012 eingerichteten Telefonnummer 116117 und der seit 2016 gesetzlichen Verankerung von Portalpraxen viel „Bewegung“ in das System gekommen ist und funktionierende Kooperationsmodelle in der Notfallversorgung entstanden sind. Wie unserer Stellungnahme vom 6. Februar 2020 zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vom 8. Januar 2020 bereits zu entnehmen, sind der DCV und der kkvd überzeugt, dass eine gezielte Lenkung der Patient\_innen einen entscheidenden Beitrag leisten kann, um unnötige Besuche der Notfallambulanz zu vermeiden. Damit würden Patient\_innen stärker als heute „an die Hand genommen“ und in die Versorgungswege gelotst, die dem jeweiligen Bedarf entsprechen. Die Errichtung eines Gemeinsamen Notfalleitsystems (GNL), wie im o.g. Referentenentwurf vorgesehen, erschien hier ein gangbarer Weg.



Demgegenüber sahen wir in der Errichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an einzelnen Krankenhausstandorten keinen geeigneten Weg, die Situation zu verbessern. Vielmehr besteht die große Gefahr, unverhältnismäßig und überhastet in einen laufenden Prozess einzugreifen und damit finanzielle Ressourcen für notwendige Baumaßnahmen und Investitionen zu verschwenden.

Auch der nun vorgelegte Vorschlag, ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsinstrument als Grundlage zur Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie als Abrechnungsvoraussetzung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zu erstellen, wird unserer Einschätzung nach nicht zum Erfolg führen. Der DCV und kkvd haben aus folgenden Gründen große Zweifel an der fachlichen Funktionalität und praktischen Umsetzbarkeit eines solchen Instrumentes, wie es im vorliegenden Entwurf angedacht ist:

Die Festlegung der Behandlungsebene, ambulant oder stationär, ist eine der klassischen Aufgaben der Notfallmedizin. Voraussetzung hierfür ist ein einheitliches und abgestimmtes Triagierungsverfahren. Eine strukturierte Befragung der Patienten durch ein Ersteinschätzungsinstrument kann in vielen Fällen sicherlich die Entscheidung über die weitere Versorgung erleichtern - eine verlässliche und klare Abgrenzung, auch ohne Arzt-Patientenkontakt als Regelfall, kann dadurch nicht erreicht werden.

Wenn der Gesetzgeber wirklich eine zielgerichtete Lenkung der Patient\_innen durch das ambulante System im Sinn hat, so muss diese bereits zeitlich früher stattfinden. Ein dafür adäquates Steuerungsinstrument zu entwickeln, ist das Gebot der Stunde. Hier sei erneut an den angedachten Weg der GNL verwiesen. Der nun vorgeschlagene Weg ändert allerdings nichts am Umstand, dass Patient\_innen weiterhin die Notfallambulanzen aufsuchen und dort betreut werden müssen. Allein mit einem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren „ex ante“ zweifelsfrei und abschließend die sofortige Behandlungsnotwendigkeit festzustellen, wird nicht möglich sein. Zudem muss sichergestellt werden, dass in kurzer Zeit eine belastbare Einschätzung vorliegt, um keine wertvolle Zeit im Behandlungsprozess zu verlieren. Aktuell pilotierte Softwarelösungen, wie z.B. das im Auftrag des ZI der KBV entwickelte SmED (Systematische medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) sind für den Einsatz in der Notfallambulanz des Krankenhauses ungeeignet. Das Instrument wurde zur telefonischen Abfrage und Zuordnung zu



einer Versorgungsstufe entwickelt und kann die in einer Einrichtung der klinischen Akut- und Notfallmedizin erforderliche Dringlichkeitseinschätzung naturgemäß nicht ersetzen. Laut Experteneinschätzung aus der Praxis dauert eine Befragung mit SmED 5-7 Minuten zu lange. Gemäß G-BA-Richtlinie muss jedoch innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen eines Patienten in der Notaufnahme die Ersteinschätzung und die Mitteilung des Ergebnisses vorliegen. Hinsichtlich der Erkennung vital bedrohlicher Differentialdiagnosen weist das System erhebliche Schwächen auf. Eine Zweiteinschätzung nach Abklärung einer Behandlung in einer ZNA wäre somit obligat. Für den DCV und den kkvd ist zudem aus Sicht der Betroffenen der persönliche Kontakt zu medizinischem Fachpersonal unerlässlich, um Möglichkeiten der persönlichen Ansprachen, Erklärungen und Widerspruchsmöglichkeiten vorzuhalten.

Da das vor Ort diensthabende medizinische Personal weiterhin die Letztentscheidung innehat, werden sich „haftungsrechtliche Bedenken hinsichtlich der Abweisung“ nicht ohne Weiteres ausräumen lassen werden. So ist beispielsweise SmED ein Medizinprodukt der Klasse I. Laut der hierzu vorliegenden Informationen macht die Software Handlungsvorschläge. Im Einzelfall ist allerdings jede Abweisung von Patienten im Schadensfall juristisch überprüfbar. Hierdurch könnte medizinisches Hilfspersonal, das auf Grundlage der SmED-Empfehlung handelt und keinen Arzt für die Entscheidung hinzuzieht, sogar einer größeren Rechtsunsicherheit ausgesetzt sein als bisher.

Kritisch angesehen wird darüber hinaus auch der Punkt der Abrechnungsfähigkeit einer solchen Anwendung. Der Betrieb einer ZNA mit einem nachweislich höheren Anteil an Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen und höheren Vorhaltungen als in einer Vertragsarztpraxis bringt zwangsläufig höhere Kosten mit sich. Weder bildet die aktuelle EBM-Vergütung dies ab noch wäre es sinnvoll, solch ein lediglich unterstützendes Instrument als Grundlage für abrechnungsfähige Leistungen zu nutzen.

Zusätzlich ist anzumerken, dass die Einschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs nicht gleichzusetzen ist mit der bislang in den Notaufnahmen durchgeführten Ersteinschätzung, so wie sie u.a. durch den GBA-Beschluss zur stationären Notfallversorgung vorgegeben ist. Diese fünfstufigen Triage-systeme, die bereits in allen Notaufnahmen etabliert sind, müssen aus medizinischer Sicht





weiterhin – und somit zusätzlich – zu dem hier diskutierten System zur Einschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs vorgehalten werden. Hieraus resultiert doppelter Aufwand für Schulung und Ausbildung des Personals.

Zusammenfassend sprechen sich der DCV und kkvd dagegen aus, ein bisher nicht validiertes Triage-Instrument, wie z.B. SmED, unter der Federführung der KBV als Grundlage für die Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie als Abrechnungsvoraussetzung zu installieren. Vielmehr sehen beide Verbände in einem noch zu entwickelndem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren eine sinnvolle Unterstützung der Abläufe in den Notfallambulanzen. Damit könnte das diensthabende Personal fachlich entlastet werden und zugleich die Patientensicherheit verbessert werden. Dieses Instrument sollte zwingend unter der gemeinsamen Mitwirkung der beteiligten Akteure, Krankenhäuser und medizinischen Fachgesellschaften entwickelt und mit den bestehenden Triagemodellen verzahnt werden. Entscheidend ist aber, dass eine solche Anwendung losgelöst von Fragen der Haftung und finanzieller Abrechnung stehen muss.

### **Änderungsvorschlag**

Nach § 120 Absatz 3a SGB V wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit ~~sowie als Abrechnungsvoraussetzung der Leistungen von~~ in Notfallambulanzen der Krankenhäuser ~~hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweit einheitliche~~ **haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie medizinische Fachgesellschaften im Einvernehmen** Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden, ~~im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen~~ aufzustellen [...].“





## **Zu § 136b Absatz 5 Mindestmengen**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit Streichung des bisherigen Absatz 5 des § 136b SGB V entfällt der Ausnahmetatbestand zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung.

### **Stellungnahme**

Die geplante Änderung wird entschieden abgelehnt. Die Bundesländer entscheiden im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags über Erreichbarkeit und Angebot der Versorgung. Ziel ist es, die Versorgungssicherheit der Bevölkerung zu gewährleisten. Dies schließt eine Qualitätssicherung mit ein. Mit der krankenhauserischen Ausnahmeregelung in § 136b Abs. 5 SGB V – alt – war dies gewährleistet. Den Wegfall des bisherigen Absatzes 5 sehen wir als unzulässigen Eingriff in die Krankenhausplanung und damit in die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer. Darüber hinaus muss mit dieser neuen Regelung für einige Versorgungsregionen in Deutschland eine Verschlechterung in der Daseinsvorsorge und Benachteiligung im Rahmen des Grundsatzes gleichwertiger Lebensverhältnisse befürchtet werden.

### **Änderungsvorschlag**

Beibehaltung von § 136b Absatz 5 SGB V – alt - .

## **Zu § 137d QS-Reha-Verfahren**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit den Ergänzungen des § 137d Absatz 1 soll der GKV Spitzenverband die Ergebnisdaten aus dem QS Reha® Verfahren erhalten. Er wird verpflichtet, die Ergebnisse einrichtungsbezogen vergleichend im Internet zu veröffentlichen und berechtigt, Empfehlungen auszusprechen.



## Stellungnahme

Das Ziel der Transparenz und der Stärkung der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts tragen wir ausdrücklich mit. Problematisch ist die Beschränkung auf die Daten des QS-Reha-Verfahrens. Da derzeit die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach dem Federführungsprinzip unterschiedlichen Programmen der externen Qualitätssicherung unterliegen, gibt es Einrichtungen, für die nur Daten aus dem QS-Reha-Verfahren und andere, für die nur die Daten der Deutschen Rentenversicherung vorliegen. Für dieses Nebeneinander besteht kein sachlicher Grund, da –bis auf wenige Ausnahmen– dieselben Fachabteilungen von beiden Reha-Trägern in Anspruch genommen werden. Das Nebeneinander der Verfahren verhindert einen umfassenden Vergleich der Einrichtungsqualität im Sinne der Versicherten. Mit dem Digitale-Renten-Übersicht-Gesetz erhält auch die Deutsche Rentenversicherung den Auftrag, ihre Qualitätssicherungsdaten im Internet zu veröffentlichen. Wir befürchten, dass sich das Nebeneinander der Verfahren so weiter verfestigt und große Chancen zur Qualitätstransparenz verspielt werden.

Notwendig ist die Verpflichtung zur Zusammenführung der QS-Verfahren zu einem einheitlichen, Verfahren der Qualitätssicherung in allen Bereichen. Es bietet sich an, eine entsprechende Verpflichtung zur Zusammenführung der Verfahren im SGB IX gesetzlich zu verankern und die nähere Ausgestaltung des Verfahrens und den Maßnahmen zur Qualitätstransparenz zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Rentenversicherung und den Verbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren.

Bislang tragen GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer die Verantwortung für die externe Qualitätssicherung im Sinne des Grundsatzes der gemeinsamen Selbstverwaltung gemeinsam. Dass dieser Grundsatz verlassen und die Veröffentlichung und ggf. Kommentierung der Daten nun in die alleinige Verantwortung des GKV Spitzenverbandes gegeben werden und die Mitwirkung der Leistungserbringerverbände lediglich auf eine Stellungnahme-Möglichkeit beschränkt wird, kritisieren wir. Auch die Veröffentlichung der Daten sollte weiterhin





eine gemeinsame Aufgabe von GKV Spitzenverband und Leistungserbringerverbänden sein und ihre Grundlagen entsprechend geregelt werden.

Da die Erhebungen zur Qualitätssicherung und damit die Qualitätsberichte in dreijährigen Phasen erfolgen, beschreiben sie eine Momentaufnahme zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt. Da bisher im QS Reha® Verfahren keine Korrekturschleifen für die Qualitätsberichte möglich sind, würde eine 1/1 Veröffentlichung auch evtl. Unrichtigkeiten wie Fehleingaben oder Auswertungsfehler über einen Zeitraum von drei Jahren festschreiben. Für die Versicherten muss für aktuelle Auswahlentscheidungen aber die aktuelle Situation transparent sein, deshalb ist es zwingend in die vorgesehene Veröffentlichung auch Aktualisierungen einzubeziehen.

### Änderungsvorschlag

Die neue Einfügung nach § 137d Abs 1 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

- (1) Die auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 bestimmte Auswertungsstelle übermittelt die Ergebnisse der Qualitätssicherung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Er ist verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, **unter Einbezug erforderlicher Aktualisierungen**, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten; er kann auch Empfehlungen aussprechen. **Die Grundsätze zur Veröffentlichung sind in der Vereinbarung nach Satz 1 festzulegen.**



## **Zu § 137j Pflegepersonalquotient**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Erstmals bis zum 31. August 2021 sollen vom InEK der Pflegepersonalquotient und der Qualifikationsmix des Pflegepersonals aus den Daten nach § 21 KHEntgG für jeden Standort eines Krankenhauses veröffentlicht werden.

### **Stellungnahme**

Der nach § 137j SGB V zu ermittelnde Pflegepersonalquotient für jedes zugelassene Krankenhaus soll ab 2021 Patient\_innen bei der Wahl eines Krankenhauses eine Orientierung geben und verkürzt gesagt als Marker für die Pflegequalität dienen. Einschränkend ist aber zu sagen, dass hierbei ein hoher Quotient nicht zwangsläufig für hohe Qualität stehen muss. Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung und zur Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität soll damit eine Untergrenze auf Ganzhausebene geschaffen werden, die ein Krankenhaus nicht unterschreiten darf, ansonsten drohen finanzielle Sanktionen. Hierzu wird die Pflege am Patientenbett gemessen in Pflegevollkräften ins Verhältnis zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses gesetzt. Die Basis dafür bildet der „Pflegelastkatalog“, den das InEK anhand der in die Fallkosten einkalkulierten Pflegepersonal-kosten erstellt und der zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands dienen soll. Ob sich der Katalog dafür wirklich eignet konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Vor allem da der Ansatz nicht auf den tatsächlichen patientenrelevanten Pflegebe-darfen fußt, sondern auf den kalkulierten Personalkosten im Rahmen der DRG-Kalkulation. Dieses höchst theoretische Konstrukt „Pflegepersonalquotient“ ist daher in seiner Aussagekraft zu hinterfragen und wird vom kkvd zugunsten eines am tatsächlichen Pflegebedarf ansetzenden und daher weit besser geeignetem Pflegebedarfsbemessungsinstrument (Stichwort PPR 2.0) abgelehnt.

Im vorliegenden Referentenentwurf soll nun auch noch eine inhaltliche Verbindung zwischen Pflegepersonalquotient und Pflegepersonaluntergrenzen geschaffen werden, in dem die Anrechnung von Pflegehilfspersonal nach den Regelungen der PpUGV vollzogen werden soll. Diese Analogie führt zu einer Scheinvergleichbarkeit zwischen PpUG Mindestbesetzungsvorgaben für einzelne pflegesensitive Bereiche bzw. Stationen nach anderer Maßgabe der PpUG-Nachweisvereinbarung



und dem Pflegepersonalquotient im Sinne eines Ganzhausansatzes, der auf den § 21 KHEntgG-Daten unter Hinzuziehung des Pflegelastkatalogs basiert. Dies kann zu völlig falschen Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser führen und stellt somit auch keine verlässliche Informationsquelle für die Bürger\_innen dar. Eine Veröffentlichung des Personalquotienten lehnt der kkvd daher als nicht zielführend ab.

### **Änderungsvorschlag**

Ersatzlose Streichung der beabsichtigten Gesetzesänderungen zum Pflegepersonalquotient.

#### **Kontakt:**

Bernadette Rümmelin  
Geschäftsführerin  
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)  
Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin  
Telefon +49 (0)30 2408368 11  
[kkvd@caritas.de](mailto:kkvd@caritas.de) | [www.kkvd.de](http://www.kkvd.de)

Dr. Elisabeth Fix  
Deutscher Caritasverband e.V. (DCV)  
Berliner Büro  
Reinhardtstr. 13 | 10117 Berlin Tel.  
Telefon +49 (0)30 284447 46  
[elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de) | [www.caritas.de](http://www.caritas.de)

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) vertritt bundesweit rund 400 katholische Krankenhäuser mit circa 200.000 Beschäftigten. Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patienten stationär und rund fünf Millionen Patienten ambulant versorgt. Jeder fünfte Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein katholisches Krankenhaus gebunden.

