

# Wie stellen wir uns eine **demokratische, bedarfsgerechte Planung** vor?

Düsseldorf 30.4.2022

Th. Böhm



# Hindernisse für eine gute Bedarfsplanung

- **Finanzierungsform (DRGs)**
  - finanzielle Steuerung (Markt) unvereinbar mit Planung
  - Ökonomische Zwangsgesetze führen zu systematischer Unterlaufung jeglicher Planung
- **Private Träger**
  - Trägervielfalt gesetzlich garantiert
  - Berufsfreiheit
  - Wollen Geld verdienen, sind deshalb gegen jede Planung (Markt gegen Daseinsvorsorge)
- **Sektoren**
  - Versorgungsbrüche und Organisation des ambulanten Sektors verhindern Planung (Niederlassungsmonopol, Versorgungsauftrag durch KV, doppelte Facharztschiene, Einzelvergütung)

# Alternativen – grundsätzlich

- **Steuerung der Solidarsysteme über Regelungen, Vorgaben, Aushandlungsprozesse statt über Marktgesetze**
  - Regionale Ermittlung des Bedarfs (Kommunen, Kassen, Leistungserbringer, Gewerkschaften, Patientenvertretung)
  - Festlegung der notwendigen Versorgungseinrichtungen, Zulassung und Qualitätskontrolle
  - Zuweisung der notwendigen Mittel

# Alternativen zur Finanzierungsform

- **Trennung der Leistungserbringung von der Bezahlung der Leistungserbringer**
  - Vergütung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Kosten der Krankenhäuser
  - Verbot von Bonuszahlungen an leitende Ärzte/Ärztinnen für die Erfüllung betriebswirtschaftlicher Ziele
  - Festgehalten auch für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

# Alternativen zu privaten Trägern

- Änderung der gesetzlichen Vorschriften (Trägervielfalt)
- Keine weiteren Privatisierungen
- Perspektivisch: Rekommunalisierung
- Aber praktisch: Hohe Hürden wg. GG Artikel 12 (Berufsfreiheit) und „gefestigte“ Rechtsprechung
- Deshalb besser indirekter Weg: Gewinnverbot und Kostendeckung 2.0
- Wenn kein finanzieller Anreiz, werden die privaten schnell verschwinden

# Alternativen zu Sektoren

- Recht der Krankenhäuser ambulant zu behandeln
- Abschaffung der doppelten Facharztschiene
- Abschaffung des Versorgungsauftrags für die Kassenärztlichen Vereinigungen
- Einheitlicher Versorgungsauftrag für ambulant und stationär durch Länder
- Möglichkeit als Hausärzte Angestellte von Krankenhäusern zu sein
- In einer Übergangsphase auch niedergelassene Hausärzte

# Zu viele Krankenhäuser?

- kleine Krankenhäuser haben niedrige Fallzahlen und damit in der Regel schlechtere Qualität, insbesondere, wenn sie komplexe Krankheitsbilder behandeln
  - Kleine Krankenhäuser sind notwendig für die Flächendeckung, solange es keine alternativen Versorgungsstrukturen gibt.
  - In Großstädten/Monopolregionen besteht dieses Problem so nicht, aber es gibt ein Kapazitätsproblem.
  - Ein Teil der kleinen Häuser sind Fachkliniken (haben evtl. höhere Fallzahlen), problematisch: kein „know-how“ bei Komplikationen aus anderen Fachgebieten
- Strukturveränderungen sind nötig, aber nicht über Marktgesetze
  - Überwindung Sektorengrenzen, Krankenhäuser müssen ambulant behandeln dürfen
  - Primärversorgungszentren als Ableger von Zentralkrankenhäuser
  - Inhaltliche Beschränkung Versorgungsauftrag
  - Aber: keine Schließungen vor Aufbau dieser alternativen Strukturen
  - Aber: keine Reduzierung der der Bettenkapazitäten

# Krankenhausgrößen in Deutschland nach Bettenzahl

KH bis 49 Betten .....	292
KH mit 50 bis 99 Betten .....	178
KH mit 100 bis 149 Betten .....	195
KH mit 150 bis 199 Betten .....	162
KH mit 200 bis 299 Betten .....	212
KH mit 300 bis 399 Betten .....	151
KH mit 400 bis 499 Betten .....	120
KH mit 500 bis 599 Betten .....	88
KH mit 600 bis 799 Betten .....	84
KH mit 800 bis 999 Betten .....	34
KH mit 1 000 und mehr Betten ..	60

*(Allgemeine Krankenhäuser, Zahlen aus 2019)*

- 65,9% der Krankenhäuser haben unter 300 Betten



# Das Dilemma von kleinen Krankenhäusern

- Es ist wissenschaftlich unbestritten, dass die Zahl der jeweiligen Eingriffe einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat. Einmal abgesehen vom „begrabten Chefarzt mit dem goldenen Händchen“ (der nicht so häufig sein dürfte) und vom „Pfuscher mit zwei linken Händen“ (der auch selten ist) steigen Krankheitskenntnisse, Routine, und Geschicklichkeit mit der Zahl der Behandlungen. Auch die technische Ausstattung kommt in einer größeren Klinik mehr Patienten zugute und ist deshalb in der Regel besser. Genauso ist es mit der Expertise anderer Fachrichtungen.
- Die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmung und die Interessenvertretung ist oft nicht gewährleistet
- Auf der anderen Seite gewährleisten diese vielen kleinen Krankenhäuser eine wohnortnahe Versorgung und die Flächendeckung. Dies ist ein großer Vorteil für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige – insbesondere für Ältere oder Patienten mit einem Handicap, Familien mit Kindern und/oder beide Elternteile berufstätig.
- **Fazit:** Zwischen Flächendeckung und Größe der Krankenhäuser gibt es einen Widerspruch, der sich nicht über die Alternativen Schließung vs. Erhalt auflösen lässt. Es muss nach anderen Lösungen gesucht werden.

# Zu viele Betten?

- Verweildauer wird falsch berechnet (Mitternachtsstatistik)
- Verweildauer ist ökonomisch und nicht sozial determiniert
- Verweildauer unterliegt Kellertreppeneffekt
- Bettenutzungsvorgaben sind zu hoch (Einfluss Verweildauern, keine ausreichende Vorhaltung für Notfälle)
- Internationale Vergleiche nicht sinnvoll: andere Länder - andere Strukturen
- Ohne entsprechende ambulante Strukturen führt Bettenabbau zu Überlastung der Beschäftigten und Verschlechterung der Versorgung
- Kein weiterer Bettenabbau

# NRW – kein Vorbild

## Grundsätzlich positiv:

- Bildung von medizinischen Leistungsgruppen
- Vertiefung der Planung (regional, Entfernung, Versorgungsstufen, Leistungsgruppen)
- Definition des Versorgungsauftrags über die Leistungsgruppen
- Qualitätsvorgaben (incl. Mindestmengen)

## Negativ:

- Abbau von 18.400 Betten (17,9% aller Betten) (Gutachten)
- Aushandlungsverfahren zwischen Kassen und Krankenhausgesellschaft (Versteigerung von Leistungslosen, Schritt in Richtung Selektivverträge)
- Obergrenzen für erbrachte Leistungen
- Unterstelltes Ambulantisierungspotential
- Missbrauch Qualität zur Selektion
- Annahmen zur Erreichbarkeit zu lang

# Vorschläge zur Bedarfsplanung

- Nutzung der Parameter Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung aber Korrektur der Vorgaben durch Einbeziehung von med. Experten und Praxis-Experten (Beschäftigte)
- Planung in Versorgungsregionen und Versorgungsstufen
- Sektorenübergreifende Planung
- Weiterhin Bettenplanung
- Leistungsgruppen zur Definition des jeweiligen Versorgungsauftrags
- Qualitätskriterien mit klaren Vorgaben zur Personalbemessung
- Demokratische Planung (Einbeziehung der Menschen vor Ort), Entscheidungen müssen in den Versorgungsregionen fallen

# Planung bedarfsgerecht - 1

- Die Planung der gesamten Versorgung (ambulant und stationär) liegt bei den Ländern. Die kassenärztlichen Vereinigungen sind überflüssig. Der Sicherstellungsauftrag geht an die Versorgungsregionen (s.u.)
- Es werden Versorgungsregionen gebildet, die ggf. auch landkreisübergreifend sind. Entscheidendes Kriterium für eine Versorgungsregion ist die gleichmäßige und zeitnahe Erreichbarkeit aller notwendigen Einrichtungen.
- In die Planung müssen die tatsächlichen Wegezeiten zur Erreichung eines Krankenhauses (auch unter widrigen Witterungsbedingungen), die Rettungszeiten der Notfallversorgung, die erforderlichen Transportkapazitäten und die Aufrechterhaltung der Grundversorgung vor Ort einbezogen werden.

# Planung bedarfsgerecht - 2

- Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt aufgrund von Planvorgaben des Landes, die wissenschaftlich ermittelt werden und sich auf die Bevölkerungsentwicklung, die Demografie, die soziale Struktur, die Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung und auf Vorgaben für die Erreichbarkeit (sowohl der ambulanten als auch der stationären Einrichtungen als auch der Notfallrettung und der Notarztversorgung) beziehen.
- Auch die Versorgungsstufen, die Mindestgröße von Abteilungen und Mindestzahlen für Eingriffe werden vorgegeben. Weiterhin werden Spezialeinrichtungen (Transplantationen, Verbrennungen, usw.) und ihre gleichmäßige Verteilung auf Landesebene geplant.
- Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt unter Beteiligung aller Betroffenen (Krankenkassen, Krankenhäuser, Hausärzte, Beschäftigte, Patienten, Träger, Kommunen/Landkreise und dem Land).
- Es werden die notwendigen Hausarztsitze, Primärversorgungszentren (s.u.) und Krankenhäuser (inklusive Betten und Fachabteilungen) festgelegt. Die regionalen Planungen werden durch das Land zusammengeführt und auf ihre Kompatibilität an den Schnittgrenzen überprüft.

# Planung bedarfsgerecht - 3

- Eine alternative Planung bedeutet auch, dass die momentan sehr kleinteilige Krankenhausstruktur in Richtung größere und leistungsfähige Krankenhäuser geändert wird, anders ausgedrückt, dass kleine Krankenhäuser geschlossen werden.
- Eine Bettenreduktion ist dabei nicht vorzunehmen, da die Verweildauern schon jetzt zu kurz sind und poststationäre Versorgungsprobleme und soziale Probleme bei der Entlassung nicht mehr berücksichtigt werden können - wenn die Entlassung nicht sogar aus medizinischer und rehabilitativer Sicht zu früh erfolgt.

# Planung bedarfsgerecht - 4

- Solche Schließungen erfolge nicht auf der Basis von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen, sondern auf der Basis von medizinischen und Versorgungsaspekten. Die Voraussetzung für solche Schließungen ist die vollständige Einrichtung eines Netzes von Primärversorgungszentren (s.u.) die die lokale Versorgung übernehmen können. Ohne adäquate Alternative zur Versorgung keine Schließung einer Klinik.
- Wenn durch die Strukturveränderungen Interessen der Beschäftigten betroffen sind, ist die Verhandlung eines Sozialtarifvertrages und ein Interessenausgleich unabdingbar.



# Alternative: Primärversorgungszentren - 1

- Primärversorgungszentren sind Einrichtungen der Krankenhäuser vor Ort, die gleichmäßig in der Versorgungsregion verteilt sind. Sie haben Überwachungsbetten und Eingriffsräume. In ihnen sind die wichtigen medizinischen Fachrichtungen auf Facharztniveau vorhanden. Sie sind über Telemedizin an das Krankenhaus angebunden.
- Sie hätten dieselbe Funktion wie Aufnahmeeinheiten in großen Krankenhäuser: Für Patientinnen und Patienten, bei denen die Diagnose/Indikation zur stationären Aufnahme/Intervention unklar ist, könnte vor Ort die Abklärung erfolgen und - falls notwendig - die wohnortnahe Überwachung (z.B. bis zum nächsten Morgen) durchgeführt werden.
- Verschlechtert sich der Zustand des Patienten, wird er mittels qualifizierten Transports (und nicht im Privatwagen) ins Krankenhaus transportiert. Ist der Zustand am nächsten Morgen besser, kann er wieder nach Hause.

# Alternative: Primärversorgungszentren - 2

- Kleinere Eingriffe könnten ebenfalls ambulant durchgeführt werden. Die technische Ausstattung müsste alle wesentlichen Diagnosestellungen ermöglichen (Labor, Röntgen, CT) und könnte über Telemedizin vom Krankenhaus gesteuert werden.
- Die Primärversorgungszentren müssen auch die konsequente nachstationäre Versorgung sicherstellen können (z.B. Wundmanagement, Behandlung von Komplikationen, Reha-Vorbereitung, etc.), um dies nicht der Laienpflege Angehöriger überlassen zu müssen und eine erneute Einlieferung in die Notaufnahme zu verhindern (Drehtüreffekt).
- Die Belegschaft dieser Primärversorgungszentren würde vom Krankenhaus gestellt (Rotation und damit Verbesserung der Weiterbildung wg. der unterschiedlichen Perspektive ambulant/stationär).

# Alternative: Primärversorgungszentren - 3

- Sie müssen die volle Berechtigung zur ambulanten Versorgung haben. Dies wäre angesichts des zunehmenden Mangels an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum eine echte Verbesserung.
- Aus demselben Grund ist auch der Verweis auf den Notdienst der Niedergelassenen oder auf MVZs nicht zielführend. Dies besonders deshalb, weil jede rein ambulante Versorgung den betroffenen Patienten (mit unklaren und ggf. sich verschlimmernden Beschwerden) und seine Angehörigen im Zweifelsfall mehrmals auf die Reise ins Krankenhaus schicken muss und nicht auf die Technik und das Know-how des Krankenhauses zurückgreifen kann.
- Klar ist, dass für eine solche Strukturveränderung gesetzgeberische Hürden überwunden werden müssen. Diese ist aber angesichts der allseits beklagten, völlig unsinnigen und teuren Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär sowieso überfällig.

# Alternative: Primärversorgungszentren -4

- Da sich die Rettungszeiten bei Notfällen (incl. Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort) in jedem Fall verlängern, müssen ggf. mehrere Standorte für die Notfallrettung (mit Notarzt) in der Fläche eingerichtet werden. Auch die Transportkapazitäten insgesamt müssen bei einer Klinikschließung an das daraus resultierende höhere Transportaufkommen angepasst werden. Weitere Anfahrten in die Klinik binden die Rettungsmittel länger an die Versorgung eines einzelnen Patienten.
- Längere Zeiten für Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort sowie die Ausdehnung der zu versorgenden Fläche bedeuten auch, dass die Wahrscheinlichkeit eines gleichzeitigen zweiten Notfalles steigt. Dies erfordert ggf. die Bereitstellung eines weiteren Notarztteams, wenn sich die Versorgung nicht verschlechtern soll.
- Für Patienten und Angehörige müssen Shuttleservices zum Krankenhaus eingerichtet werden, wenn und insoweit eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich oder zu umständlich ist.

# Warnung

## ➤ **Nicht überall, wo Primärversorgung drauf steht, ist Primärversorgung drin!!!**

- Einrichtungen der Niedergelassenen
  - MVZ, ggf. durch Private Equity Fonds
- 
- Eher Ausdehnung des Niedergelassenen-Bereichs
  - Keine (oder nur lose) Anbindung an Krankenhäuser
  - Privates Wirtschaften
  - Anderes Personal

# Grundsatzforderungen unseres Bündnisses

- Krankenhäuser müssen wieder Einrichtungen der öffentlichen Daseinsfürsorge werden
- Verbot der Gewinnerzielung des Krankenhausbetriebes
- Finanzierung der für die Behandlung erforderlichen Personal- und Sachkosten mit dem Gebot der Sparsamkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung)
- Gesetzliche Festsetzung der Personalbemessung im Krankenhaus für alle Berufsgruppen
- Planung des Bedarfes und der Ausstattung der Krankenhäuser durch Länder, Kommunen und betroffene gesellschaftliche Gruppierungen nach den Regeln der demokratischen Beteiligung und Kontrolle
- Gesetzliche Garantie für die vollständige Übernahme der Investitionskosten der im Landeskrankenhausplan genehmigten Krankenhäuser durch die Länder