



Informationen zur Krankenhausplanung NRW

Workshop Aktiven-Tagung KsF 05.06.2021

„Abkehr vom Bett als Planungsgröße“

Einführung einer „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“

Leistung: 25 Leistungsbereiche (ärztliche WBO) und

Neu: 70 Leistungsgruppen

Bedarf: Demografie, Verweildauerverkürzung, Erhöhung der „Bettennutzung“ ,
Abbau von Betten

Neu: „Ambulantisierungspotential“

Qualität: Vorgabe von „Strukturmerkmalen“ (technisch und personell) zur
Rechtfertigung der Planungsentscheidungen

Hoppla: „Die Dimension Ergebnisqualität ist – zumindest derzeit – nicht zur
Krankenhausplanung geeignet.“

Die Ziele der neuen Krankenhausplanung

- Senkung der Fallzahlen
 - Bettenabbau
 - Zentralisierung

Ziel: Fallzahlsenkung

Strikte Fallzahlbegrenzung pro Leistungsgruppe auf Ebene des Landes, des Versorgungsgebiets und des einzelnen Krankenhauses –

plus

striktes Casemix – und Kostenmanagement pro Leistungsgruppe

Die Leistungs- (Fallzahl-)steigerung wird unterbunden
Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser wird verschärft
Ein Wettlauf um (Personal-)Kostenabbau und
Investitionen wird ausgelöst!

Fallzahlbegrenzung und Schwankungsbreite

§ 16 Abs. 1 Ziff. 7 KHGG soll die Fallzahlbegrenzung sicherstellen:

Der Bescheid über die Aufnahme (in den Krankenhausplan) enthält mindestens ...

*die je Leistungsgruppe durch die **durchschnittliche jährliche Fallzahl** oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im Ist und Soll. In den Rahmenvorgaben ... wird je Leistungsgruppe eine **Schwankungsbreite** vorgesehen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der festgestellten Versorgungskapazität abweichen dürfen.*

Verstöße werden sanktioniert. § 16 Abs. 2 lautet:

*Wenn Krankenhaussträger ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen nach Absatz 1 abweichen oder planwidrige Leistungen anbieten, kann das **Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen** werden.*

Ziel: Bettenabbau durch höhere Auslastung plus “Ambulantisierung”

LB	2017		2032				% 2017-2032	
	FZ [Tsd.]	Rechnerische Betten	FZ [Tsd.]	FZ o. amb. Pot. [Tsd.]	Quote amb. Pot. [%]	Rechnerische Betten	FZ	Rechnerische Betten
Gesamt	4.506,1	92.273	4.259,6	4.829,8	11,8	84.364	-5,5	-8,4

18.400 Betten, fast ein Fünftel (17,9 %) der 102.800 Betten „laut Feststellungsbescheiden (FSB)“ sollen bis zum Jahr 2032 abgebaut werden –

13.600 über eine Steigerung der Auslastung bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung

4.800 über eine Leistungsverschiebung in den ambulanten Sektor (570.000 Fälle jährlich)

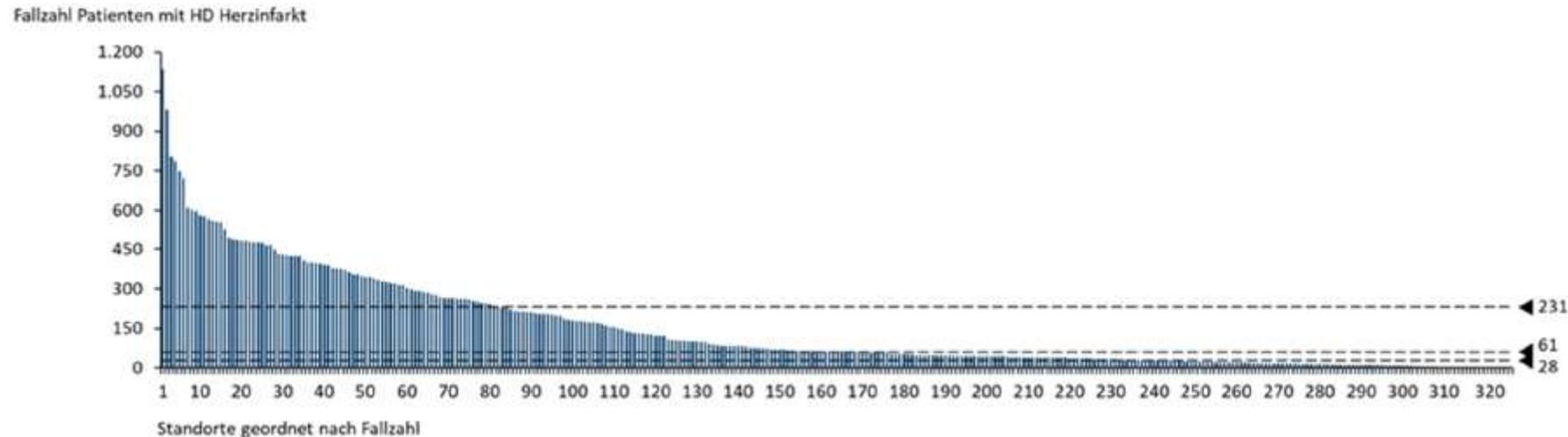
Ziel: Zentralisierung

Beispiel: Herzinfarktversorgung

Begründung: „Überversorgung“

Insgesamt wurden in NRW im Jahr 2017 48.962 Herzinfarkte an 325 KH-Standorten bzw. von 253 Krankenhausträgern behandelt, wobei das fallzahlstärkste KH 1.134 Fälle versorgte. Es lässt sich eine große Spannweite der behandelten Fälle je KH-Standort beobachten. So versorgte ein Viertel der KH-Standorte 28 Fälle oder weniger, was durch die schwarz gestrichelte Linie in Abbildung 21 veranschaulicht wird.

Abbildung 21: Fallzahl Herzinfarkte je KH-Standort



Herzinfarkte in Köln: 1.052 = 18 % Verlegungen

Tabelle 13: Anzahl der Fälle mit akutem Herzinfarkt und Anteil der Verlegungsfälle in der Versorgungsregion 5, 2017

Hauptdiagnose ICD	Anzahl Fälle insgesamt	davon mit Verlegung	Anteil Verlegungen
I21.0	872	119	14%
I21.1	851	103	12%
I21.2	137	23	17%
I21.3	44	8	18%
I21.4	3.866	776	20%
I21.9	80	23	29%
Gesamt	5.850	1.052	18%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Frage: Kehrt in NRW der „planende Staat“ zurück?

Die Fakten:

- Neu: Fallzahlen und „Casemix“ (die Einnahmen) werden strikt reglementiert
- Das ambulante System wird aber auf den Patient*innenansturm nicht vorbereitet
- Das Finanzierungssystem (DRGs + Investitionsfinanzierung) bleibt unverändert
- Die „Trägervielfalt“ (staatlich, freigemeinnützig, privat) bleibt unangetastet
- Die „unternehmerische Freiheit“ (Art. 12 + 14 GG) bleibt unangetastet
- Weiterhin Existenzbedrohung durch Unterfinanzierung und Konkurrenzkampf

Unsere These

Der Staat übernimmt die Aufgabe, die den DRGs zgedacht war:

die kleinen und mittleren Krankenhaus-Unternehmen zu verdrängen und die Kapitalkonzentration auf ein mit der Industrie vergleichbares Niveau zu heben

Der Staat tritt nicht als planender Staat auf (im Interesse der arbeitenden Menschen oder der sog. „Allgemeinheit“), sondern als „ideeller Gesamtkapitalist“

Er tut im Interesse der großen (privaten, öffentlichen und freigemeinnützigen) Krankenhauskonzerne, was sie selbst nicht geschafft haben:

Er räumt ihre Konkurrenz aus dem Weg

Frage: Sind 570.000 Krankenhausfälle jährlich in NRW „ambulantisierbar“?

Die Fakten:

- Kleine Krankenhäuser sollen in „intersektorale“ bettenführende (ambulant-stationäre) Gesundheitszentren umgewandelt werden.
- Wenn alle 149 nordrhein-westfälischen Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten in „Intersektorale Gesundheitszentren“ umgewandelt würden, beträfe das 13.539 (= 11,42 %) der Krankenhausbetten in NRW.
- Die angestrebte „Ambulantisierung“ soll 11,8 % der für 2032 prognostizierten Fälle (570.000) umfassen.
- Die 88,2 % nicht ambulantisierbaren Fälle der Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten müssten in größere Häuser umgeleitet werden. Deren 11,8 % ambulantisierbare Fälle müssten statt dessen in den neuen IGZ versorgt werden.
- Ob das möglich und medizinisch sinnvoll wäre, ist unbekannt. Eine Simulation gibt es nicht, einen Plan erst recht nicht.
- Die erhofften Einsparungen wären nur dann zu erzielen, wenn die Vergütung für die ambulantiserten Fälle niedriger wäre als die bisherige Vergütung. Genau das wird von den Befürworter*innen gefordert.

Unsere These

Umfassende „Ambulantisierung“ setzt einen planenden und dominanten Staat in der stationären **und** ambulanten Versorgung voraus.

Sie ist ohne Qualitätsverlust nur möglich, wenn zusätzlich zu den „IGZ“ flächendeckend bettenführende 24/7-**Primärversorgungszentren** nach schwedischem Vorbild oder Polikliniken und Ambulatorien nach dem Vorbild der DDR eingeführt werden.

Für Köln (knapp 1,1 Mio. EW) hieße das:

135 - 155 neue Primärversorgungszentren für jeweils

7000 – 8000 Patient*innen

Frage: Gibt es „kleine, schlechte“ Krankenhäuser? Müssen sie weg?

Die Behauptungen:

Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis ist für komplexe Verfahren unzweifelhaft

(Prof. Mansky, TU Berlin, 06.04.2018, AWMF)

Wir haben die Wahl (hier am Beispiel der Herzinfarktversorgung):

Kleine, schlechte Krankenhäuser „um die Ecke“ oder größere mit höherer Qualität ein paar Minuten weiter weg!

(Prof. Busse, TU Berlin, Potsdam, 2019)

Große Mengen und gute Ergebnisse werden auch in kleinen und mittleren Krankenhäusern erreicht.

„Volume-outcome-Beziehungen“ sagen nichts über die Krankenhausgröße aus.

Das Ergebnis „komplexer Verfahren“ (= Outcome) anhand der Mortalitätsrate zu bewerten, ist äußerst grobschlächtig und problematisch

„Die Dimension Ergebnisqualität ist – zumindest derzeit – vornehmlich aus Gründen der methodischen Unsicherheit bei der Messung und Erhebung von QI nicht zur Krankenhausplanung geeignet.“ (Krankenhaus-Gutachten NRW)

Unsere Thesen

Erstens: Das kleine, schlechte Krankenhaus „um die Ecke“ gibt es vielleicht als Einzelfall, aber nicht als Krankenhaustypus.

Als Krankenhaustypus gibt es kleine und mittlere Krankenhäuser, die nebeneinander Leistungen der Grund-, Regel- und Maximalversorgung erbringen, um im Konkurrenzkampf mit den Großen mithalten zu können.

Zweitens: Wer bedarfsgerecht planen will, muss dieses **Leistungsmosaik** quantitativ und qualitativ erfassen.

Eine solche Bestandsaufnahme gibt es nicht. Sie ist nur möglich, wenn das Wissen „vor Ort“ genutzt wird. Folglich kann nicht zentral über die zukünftige Krankenhausstruktur entschieden werden. Bestandsaufnahme, Bewertung und Planung müssen demokratisch von unten nach oben verlaufen.

Die Alternative zur Planung von oben ist die demokratische Planung von unten

Drittens: Die Krankenhausplanung sollte darauf gerichtet sein, die bestehenden Strukturen bedarfsgerecht und kooperativ weiter zu entwickeln, z.B. durch eine viel stärkere Verbreitung von Herzinfarkt-, Schlaganfall- und Traumanetzwerken.

Die Alternative zur Zentralisierung ist die Kooperation

Frage: Ist die Zentralisierung eine Voraussetzung für die Fallzahlenenkung?

Die Fakten:

Die neue Krankenhaus-Gesetzgebung in NRW orientiert sich an der „**Spitalregion Zürich**“.

Nordrhein-westfälischen Krankenhausstandorte mit somatischen Soll-Betten (2017):

durchschnittlich 12.300 Patient*innen in 281 Betten

„Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag“ (2019):

durchschnittlich 9905,3 Patient*innen in 176,4 Betten

Die Züricher Krankenhäuser sind also noch viel kleiner als die Krankenhäuser in NRW.

Die Fallzahl pro 1000 EW liegt aber in der Region Zürich bei 148,3, weit unter den 249 Fällen in NRW.

Erreicht wurden die niedrigeren stationären Fallzahlen in der Schweiz nicht durch Zentralisierung, sondern durch administrative Vorgaben, z.B. durch die seit dem 01.01.2019 geltende Regelung „ambulant vor stationär“ gemäß der Schweizer „Krankenpflege-Leistungsverordnung“.

Unsere These

Fallzahlsenkung und Zentralisierung stehen in keinem kausalen Zusammenhang.

Der Zweck der Zentralisierung ist die Steigerung der ökonomischen Effizienz.

Frage: Was kostet die Zentralisierung?

Die Fakten:

100 Milliarden Euro – die Kosten der Zentralisierung

Prof. Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Mitglied im „Review Board“ des Bertelsmann-Gutachtens „Zukunftsfähige Krankenhauslandschaft“ aus dem Juli 2019, Mitglied des Corona-Expertenbeirats von Gesundheitsminister Spahn, am 19.10.2020 im Interview mit der „Ärzte-Zeitung“ :

Sie hatten schon vor Jahren den Begriff der Abwrackprämie für Kliniken ins Spiel gebracht. Wie könnte die ab 2022 aussehen?

Tatsächlich gibt es diese Abwrackprämie ja längst über den Krankenhausstrukturfonds, der das Ziel hat, Kliniken stärker zu zentralisieren und auch zu schließen. ... Für diese Strukturveränderung sollten noch mehr Investitionsmittel bereitgestellt werden. Ein Beispiel, damit einmal die Dimensionen klar werden:

Wenn wir dem dänischen Beispiel bei der Zentralisierung folgen wollten, bräuchten wir fast 100 Milliarden Euro für Deutschland als Investitionsmittel. Im Moment haben wir gerade einmal gut fünf Milliarden Euro.

Unsere These

Auf Grund der hohen Kosten einer Zentralisierung der „Krankenhauslandschaft“ sind die Zentralisierung und die dringend notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen unvereinbar.

Frage: Wer bezahlt die Zentralisierung?

Rückgang von öffentlichem Kapital. Um Angebotsstrukturen anpassen zu können, wird aufgrund sinkender öffentlicher Investitionsmittel vermehrt privates Kapital zum Einsatz kommen müssen. Dies wird jedoch nur geschehen, wenn ausreichend unternehmerische Freiheiten vorhanden sind. Dazu ist ein Abbau von regulatorischen Restriktionen im Gesundheitswesen wichtig.

(Augurzky/Beivers/Pilny: Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018, S. 97 f.)

Unsere These

Da die Zentralisierung weitgehend mit
privatem Kapital finanziert werden müsste,
würde sie einen weiteren
Privatisierungsschub auslösen.

Zusammenfassung

1. These:

In NRW ist nicht der „planende Staat“ zurückgekehrt, sondern der „idelle Gesamtkapitalist“, der den Konzentrationsprozeß des Krankenhaus-Kapitals vorantreibt.

2. These:

Fallzahlsenkung im Krankenhausbereich ist nur erstrebenswert, wenn die Patient*innen im ambulanten Sektor gleichwertig versorgt werden können. Dazu ist ein flächendeckendes Netz kommunaler tarifgebundener Primärversorgungszentren erforderlich.

3. These:

Das Krankenhauswesen besteht aus einem mosaikartigen Geflecht von Grund-, Regel- und Maximalversorgung. Die Weiterentwicklung dieses Systems erfordert eine demokratische Planung von unten nach oben. Die Alternative zur Zentralisierung ist die Kooperation.

4. These:

Der Hauptzweck der Zentralisierung ist die Steigerung der ökonomischen Effizienz.

5. These:

Zentralisierung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind unvereinbar.

6. These:

Eine wesentliche Folge der Zentralisierung (ihr verborgener Zweck) wäre die weitere Privatisierung des Krankenhauswesens.

Vielen Dank