



Die Neuausrichtung der Krankenhausplanung in NRW – ein geeigneter Weg zur Verbesserung der stationären Versorgung?

Michael Mruck

Stellv. Leiter der Landesvertretung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
in Nordrhein-Westfalen

VKD-Management-Tagung
am 16./17.06.2021
in Iserlohn

Agenda

Verband der Ersatzkassen e. V.

Vorüberlegungen

IGES-Gutachten des vdek

Die neue Krankenhausrahmenplanung in NRW

Fazit

Die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Regionale und bundesweite Präsenz des vdek durch 530 Mitarbeiter an 17 Standorten

vdek-Zentrale

- Politik/Selbstverwaltung
- Kommunikation
- Finanzen/Versicherungen
- Gesundheit
- Ambulante Versorgung
- Stationäre Versorgung
- Informatik
- Recht
- Verwaltung

210 Mitarbeiter



Landesvertretungen

- 15 Landesvertretungen in den Landeshauptstädten
- Geschäftsstelle Westfalen-Lippe

Leitung vdek-LV NRW:

- Dirk Ruiss (Leiter LV), Düsseldorf
- Michael Mruck (Stellv. Leiter LV), Dortmund

320 Mitarbeiter



Die wesentlichen Aufgaben des vdek in NRW

- Interessenvertretung gegenüber Landesregierungen, den Kommunen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Krankenhausgesellschaften und weiteren Entscheidungsträgern
- Fachveranstaltungen, Pressearbeit etc.
- Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Apotheken, Reha-Einrichtungen, ambulanten/stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Einrichtungen an Krankenhäusern und mit sonstigen Vertragspartnern (z. B. Physiotherapeuten, Sanitätshäusern, Hörgeräteakustikern, Rettungsdiensten)
- Zulassung von sonstigen Leistungserbringern
- Krankenhausfinanzierung/Krankenhausplanung; regionale Planungskonzepte
- Prävention und Selbsthilfeförderung
- Datenmanagement, technische Dienstleistungen

Vorüberlegungen



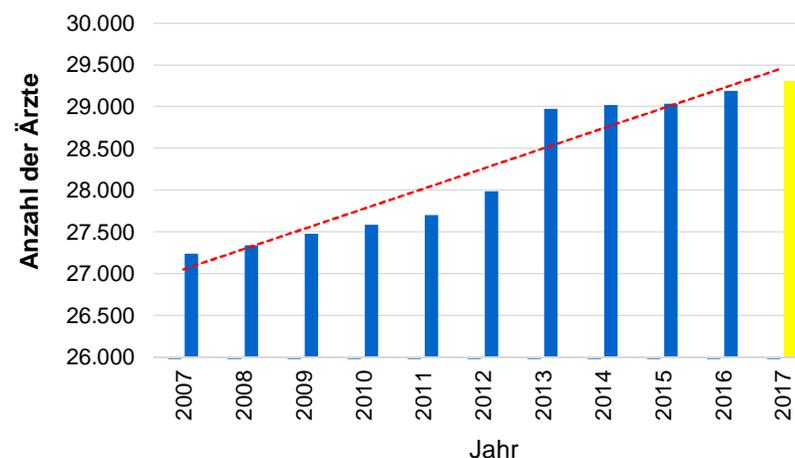
Ambulante ärztliche Versorgung in NRW: Nach wie vor „viel Geld und viele Ärzte“

Entwicklung der Gesamtvergütung in der ambulanten Versorgung in NRW



- Die Krankenkassen in NRW geben derzeit über 7,0 Mrd. Euro aus.
- In den letzten 10 Jahren betrug der Honorarzuwachs fast 2,5 Milliarden Euro.

Entwicklung der Anzahl der Haus- und Fachärzte in der ambulanten Versorgung NRW (inkl. Psychotherapeuten)

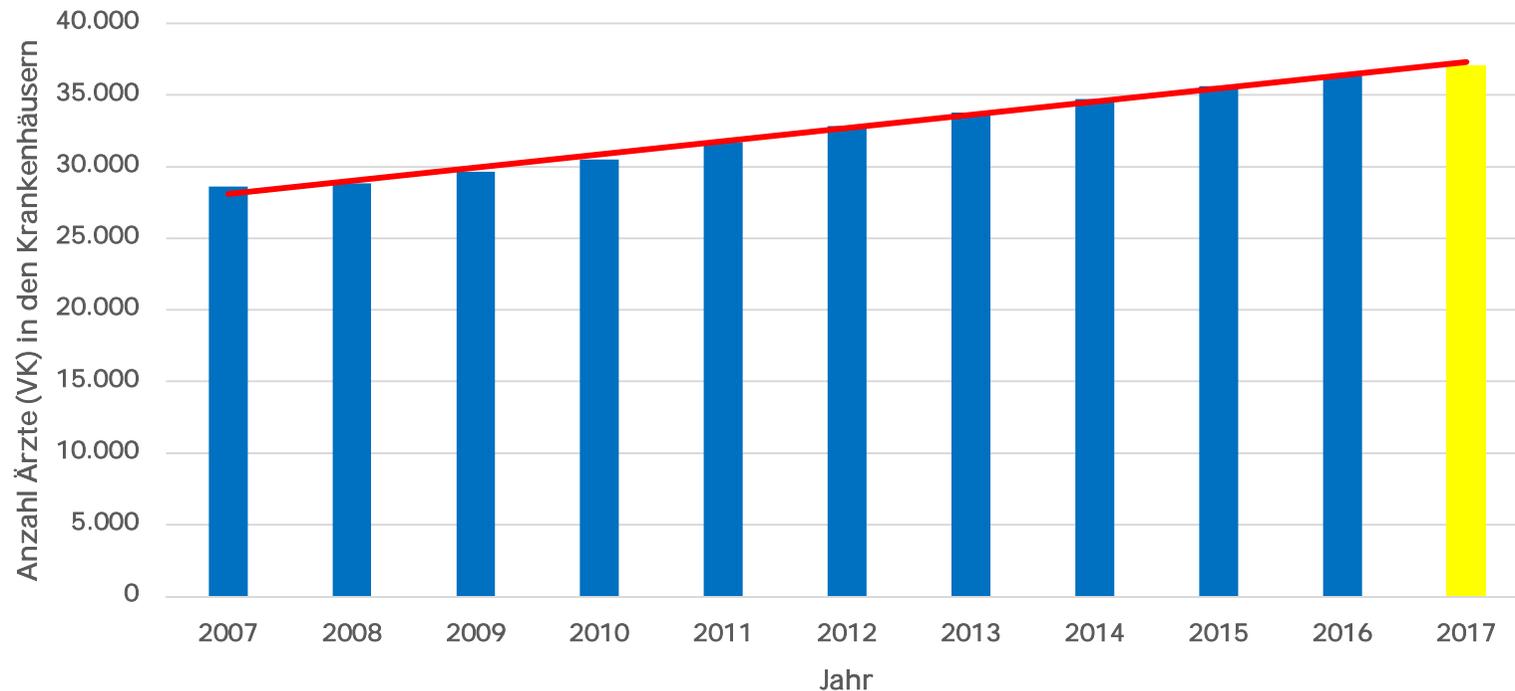


- Seit dem Jahr 2007 ist die Anzahl der Ärzte in NRW um über 2.000 gestiegen.
- Insgesamt sind im Jahr 2017 fast 29.500 Ärzte in NRW ambulant tätig.

Quelle: Eigene Berechnungen, Bedarfsplanung NRW

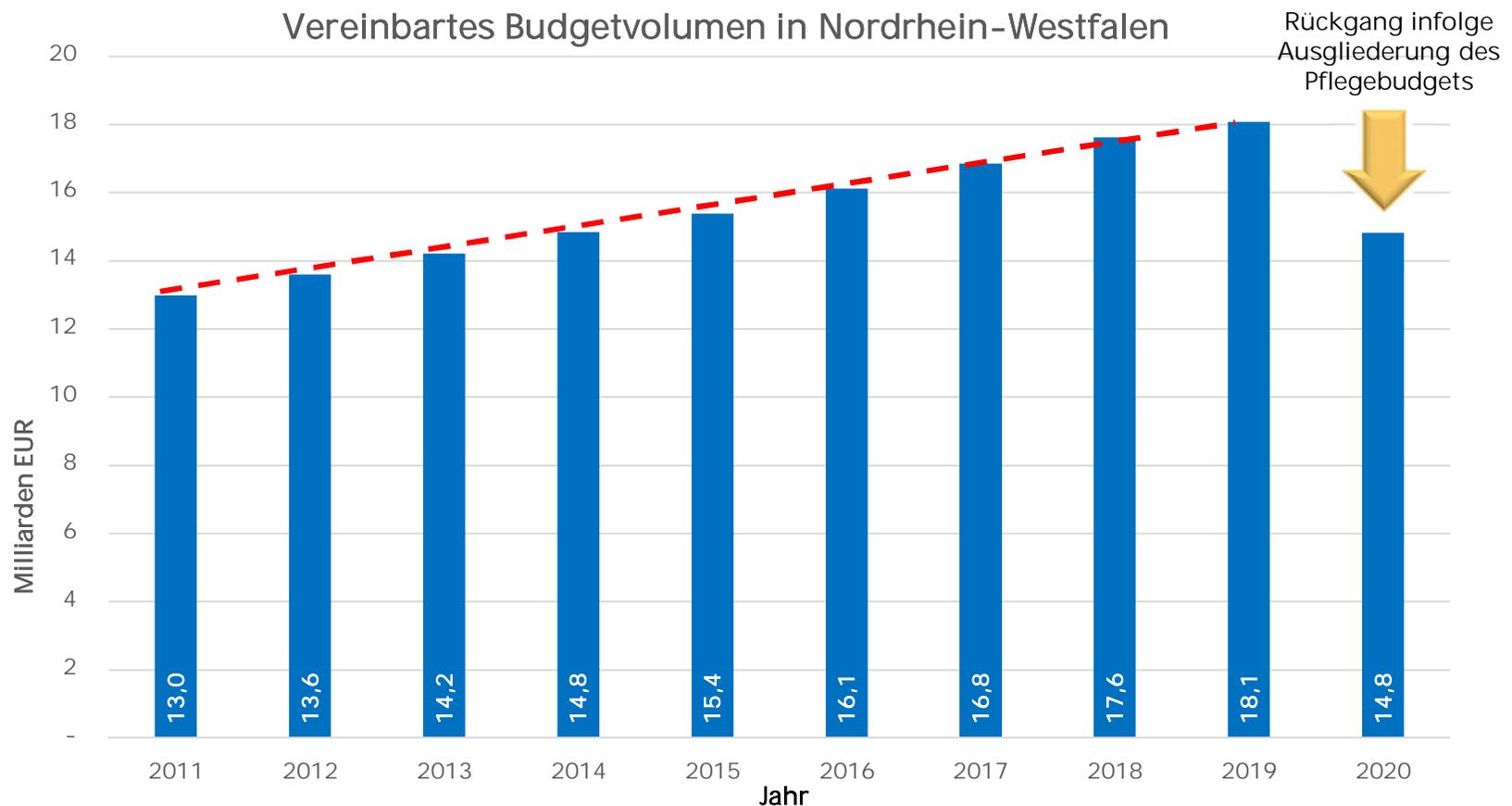
Die Zahl der Krankenhausärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis stieg innerhalb von 10 Jahren um rund 30 Prozent

Entwicklung des Ärztlichen Dienstes im Krankenhaus
in den Jahren 2007 bis 2017



Quelle: de.statist

Auch das mit den Krankenhäusern in NRW vereinbarte Budgetvolumen steigt kontinuierlich; es lag 2019 bei über 18 Milliarden Euro



Quelle: Eigene Berechnungen

Bedeutet viel Geld und viele Ärzte/Krankenhäuser auch eine gute Versorgung? Einige relevante Vorüberlegungen

Strukturebene

- Derzeitiges System: häufig noch das Ideal der Einzelpraxis mit Einzelverrichtung.
- Es gibt zwar nach wie vor viele Ärzte/Krankenhäuser in NRW. Diese sind aber nicht durchgängig da, wo sie gebraucht werden.
- Die Versorgung ist gut, aber es gibt Ausdünnungseffekte in ländlichen Regionen.
- Weiterhin unbefriedigend: Ärzte können sich nach wie vor auch in überversorgten Regionen niederlassen.
- Krankenhausplanung mit geringer Steuerungswirkung.

Prozessebene

- Regelversorgung ist vorrangig auf Preis- und Mengenwachstum ausgerichtet. Prozessinnovationen sind häufig nachrangig.
- Insbesondere ältere und chronisch kranke Patienten benötigen abgestimmte Versorgungsabläufe.
- Zukunftsthemen, wie Delegation und Substitution, sind im Bewusstsein der Akteure nur teilweise angekommen.
- Digitalisierung findet - wenn überhaupt - nur in Form von Insellösungen statt.
- Es gibt nach wie vor zu wenig kooperative Versorgungsmodelle.
- Auch sektorübergreifende Ansätze sind noch zu wenig vorhanden.

Fördern und Fordern; Handlungsfelder zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung

Angebotsplanung

- Ärztliche Bedarfsplanung
- **Krankenhausplanung**

Strukturförderung

- Strukturfonds
(§ 105 Absatz 1a SGB V)
- Bundesstrukturfonds § 12a KHG
- Krankenhauszukunftsfonds KHZG

Kooperation/ Delegation

- Praxisnetze (ambulant)
- Geriatrische Versorgung (stationär)
- Einsatz von nicht-ärztlichem Fachpersonal

Sektorübergreifende Versorgung

- Notfallversorgung
- Telenotarzt
- Virtuelles Krankenhaus



Strukturebene



Prozessebene

IGES-Gutachten:
Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration
in der stationären Versorgung



IGES-Gutachten

Zielsetzung und Methodik

Zielsetzung

- Wie konzentrieren sich die Behandlungsfälle auf die Klinikstandorte und wie hat sich dies in den letzten Jahren in Deutschland verändert?
- Wie ist diese Entwicklung mit Blick auf die Versorgungsqualität zu bewerten?
- Welche gesundheitspolitischen Handlungsbedarfe ergeben sich hieraus?

Methodik

- Betrachtung von drei Leistungsbereichen (minimalinvasive Aortenklappenimplantation (insbesondere TAVI), anatomische Lungenresektion, Hüft-Totalendoprothese).
- Veränderung der Verteilung der Leistungsbereiche zwischen 2010 und 2018 auf bundesweiter und regionaler Ebene.



Strukturebene

IGES-Gutachten

Ergebnisse

- Im Zeitraum 2010 bis 2018 ist die Leistungskonzentration in den untersuchten Leistungsbereichen unverändert geblieben oder ist zurückgegangen.
- Das Ausmaß der Leistungskonzentration unterscheidet sich regional:
 - ➔ geringe Leistungskonzentration in Ballungsräumen
 - ➔ teils hohe Leistungskonzentration in ländlichen Regionen, allerdings häufig nicht als Ergebnis krankenhauserplanerischer Maßnahmen, sondern aufgrund von Schließungen oder Fusionen
- An zahlreichen Standorten werden Mindestfallzahlen nicht erreicht.
- Es besteht ungenutztes Potential für Qualitätsverbesserungen durch Leistungskonzentration.



Strukturebene

IGES-Gutachten

Gesundheitspolitische Forderungen

- Bundesgesetzliche Ebene
 - ➔ Generell; Krankenhausstrukturen stärker an Qualitätszielen ausrichten
 - ➔ Konkret; Stärkung der Mindestmengen, aber auch der Zentrenplanung, um Qualitätspotentiale von Leistungskonzentration zu nutzen
- Ebene der Bundesländer
 - ➔ **Umsetzung einer aktiveren Krankenhausplanung!!**
- Ebene der Krankenhäuser
 - ➔ Kartellrechtliche Bewertung von Krankenhauskooperationen/ Krankenhausfusionen mit Blick auf Qualitätseffekte erweitern (erste Schritte mit GWB-Digitalisierungsgesetz bereits erfolgt!)



Strukturebene

Die neue Krankenhausplanung in NRW

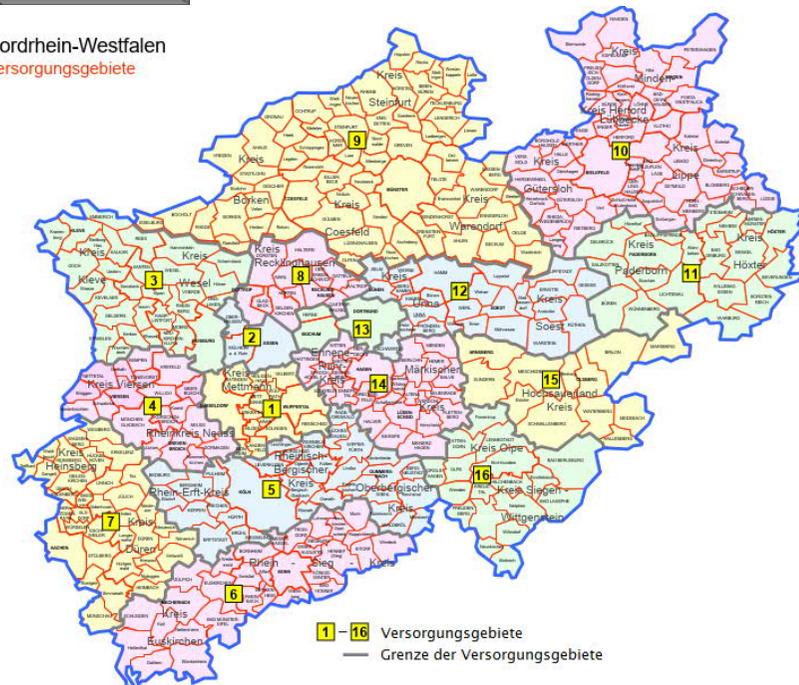


Neue Krankenhausrahmenplanung

Die Planung seit 2015



Nordrhein-Westfalen
Versorgungsgebiete



Quelle: MAGS NRW, Krankenhausplan 2015



Strukturebene

Krankenhausplan 2015

Planungsgrundsätze:

- Festlegung von Art und Umfang der Versorgung
- Planung im Rahmen von 16 Versorgungsgebieten (Aggregation aus bis zu fünf Landkreisen/Städten)
- Regionale Planungskonzepte auf Basis von Regionalisierungsdaten als zentrales Umsetzungsinstrument. **Ziel: richtiges Krankenhaus am richtigen Platz!**
- Versorgungsziele (primär quantitativ = Bettenzahl)
- Rahmenplan sieht auch qualitative Akzente (Geriatric, Psychiatrie, Neugeborene) vor
- Ergänzende Qualitätsvorgaben (Mindestmengen, Vorgaben des G-BA, landeseigene Vorgaben wie z. B. Geriatriekonzept, Brustzentren)



Neue Krankenhausrahmenplanung

Das Krankenhausgutachten NRW - die analytische Basis

Kernaussagen:

- Stark streuende Auslastungsgrade der Fachabteilungen.
- Die Krankenhauslandschaft ist durch Überversorgung und in ländlichen Regionen auch durch Unterversorgung gekennzeichnet.
- Im somatischen Bereich bestehen in nahezu allen Bereichen Anzeichen von Überversorgung. Das gilt insbesondere für die Rhein-Ruhr-Schiene.
- Fahrtzeiten spielen für die Erreichbarkeit eines grundversorgenden Krankenhauses keine Rolle. Alle Standorte können innerhalb der Vorgaben des G-BA (30 Minuten) erreicht werden.



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Starke Krankenhausplanung;

notwendig, oder unnötige Einschränkung des Wettbewerbs?

- Die Planungslogik der letzten Jahre hat mit einer geringen Regelungstiefe nur bedingt funktioniert. Leistungsangebote sind häufig da entstanden, wo sie nicht durchgängig gebraucht werden.
- Zusätzlich: wettbewerblich organisierte Finanzierungsinstrumente (DRG-System).
- Ungeordnete Krankenhausschließungen ohne Berücksichtigung von Bedarf und Erreichbarkeit.
- Die Medizin macht große Fortschritte. Innovationen bedingen aber auch immer mehr Strukturvorhaltungen.
- Schlechte Verteilung der ohnehin knappen Pflegekräfte.
- Investitionsfinanzierung: Das Land Nordrhein-Westfalen leistet sich eine Krankenhausstruktur, ohne eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen. Haushaltsmittel werden zukünftig noch stärker priorisiert sein als bisher.



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Die neue Planungslogik - ein Paradigmenwechsel

- Zwei Drittel aller Fälle werden im Bereich „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ versorgt. Die aktuelle Krankenhausplanung mit dem Bett als zentrale Größe ist daher viel zu unspezifisch.
- Die neue Krankenhausplanung stellt einen Paradigmenwechsel dar. Weg vom Bett und hin zu einer leistungsbedarfs- und qualitätsorientierten Planung.
- Zukünftig erfolgt die Planung im Wesentlichen auf Basis von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen (LB/LG).
- LB/LG werden mit konkreten Qualitätskriterien (fachärztliche/ apparative Vorgaben, Vorgaben des G-BA) und auch Mindestmengen versehen.
- Zusätzlich Auswahlkriterien zur Sicherstellung eines rechtssicheren Auswahlermessens der Planungsbehörde.



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Leistungsbereiche und Leistungsgruppen - die Grundlogik

Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW)
§ 12 Absatz 3

Leistungsbereiche

- bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen
- Strukturierung der Leistungsgruppen
- Orientierung an den Weiterbildungsordnungen (WBO) der Ärztekammern in Nordrhein und Westfalen-Lippe

Leistungsgruppen

- bilden konkrete medizinische Leistungen (Cluster) ab
- Allgemeine Innere Medizin/Chirurgie richten sich nach der WBO
- spezifische LG richten sich nach OPS/ICD
- LG werden qualitativen/apparativen Anforderungen zugeordnet
- Versorgungskapazitäten werden durch quantitative oder qualitative Parameter bestimmt
- sind als Zuteilungsinstrument für den VV das zentrale Steuerungsinstrument
- dienen auch dem Leistungsausschluss



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Leistungsbereiche und Leistungsgruppen - Beispiele

Beispiel 1

Leistungsbereich

1 Allgemeine Innere Medizin

Definition nach WBO – Orientierung
am Gebiet Innere Medizin

Leistungsgruppe

1.1 Allgemeine Innere Medizin

Entwurfssfassung

Beispiel 2

Leistungsbereich

10 Herzchirurgie

Definition nach OPS

Leistungsgruppe

10.1 Herzchirurgie
10.2 Herzchirurgie – Kinder und
Jugendliche



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Leistungsbereiche und Leistungsgruppen; die Detailplanung

LB	Leistungsgruppe	Planungsebene	Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
Allgemeine Innere Medizin	Allgemeine Innere Medizin	Kreis	Mindestvoraussetzung	LB Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor (alle 24/7 am Standort), CT 24/7 mind. in Kooperation, Endoskopie (Regeldienst)	FA aus dem Gebiet für Innere Medizin	3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahlkriterium	LB Frauenheilkunde und Geburtshilfe LG Geriatrie	MRT				

Entwurfsfassung

- Die Planung der LB/LG erfolgt auf unterschiedlichen Planungsebenen (Kreis, Versorgungsgebiet, Regierungsbezirk, Landesteil)
- Mindestvoraussetzungen zur Sicherstellung der Struktur- und Prozessqualität
- Auswahlkriterien zur Sicherstellung eines rechtssicheren Auswahlermessens der Planungsbehörde

 Strukturebene

Neue Krankenhausplanung in NRW

Auswirkungsanalysen

- Was bedeutet eine stärker auf Leistungskonzentration ausgerichtete Planungslogik für die Versorgung der Patientinnen und Patienten?
- Ist es auch zukünftig noch möglich, ein grundversorgendes Krankenhaus in angemessener Zeit zu erreichen?
- Die Krankenkassen haben umfangreiche Auswirkungsanalysen für ausgewählte Leistungsbereiche erstellt. Untersucht wurden hierbei die Auswirkungen auf die Leistungskonzentration und die zukünftige Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten.
- Grundlage für die Analysen waren die strukturierten Qualitätsberichte nach § 136b Absatz 1, Satz 1, Nr. 3 SGB V.

Neue Krankenhausrahmenplanung

Ergebnisse der Auswirkungsanalysen der GKV

LG Wirbelsäulenchirurgie

- ❖ Es existieren 282 KH-Standorte.
- ❖ 46 Prozent der KH-Standorte erbringen 95 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 130 KH-Standorte ausreichen.

LG Komplexe Eingriffe Bewegungsapparat

- ❖ Es existieren 274 KH-Standorte.
- ❖ 27 Prozent der KH-Standorte erbringen 66 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 73 KH-Standorte ausreichen.

LG Endoprothetik Hüfte

- ❖ Es existieren 289 KH-Standorte.
- ❖ 64 Prozent der KH-Standorte erbringen 89 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 184 KH-Standorte ausreichen.

LG Kardiale Devices

- ❖ Es existieren 249 KH-Standorte.
- ❖ 39 Prozent der KH-Standorte erbringen 88 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 96 KH-Standorte ausreichen.

LG Endoprothetik Knie

- ❖ Es existieren 237 KH-Standorte.
- ❖ 57 Prozent der KH-Standorte erbringen 84 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 134 KH-Standorte ausreichen.

LG Interventionelle Kardiologie

- ❖ Es existieren 268 KH-Standorte.
- ❖ 46 Prozent der KH-Standorte erbringen 95 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 124 KH-Standorte ausreichen.



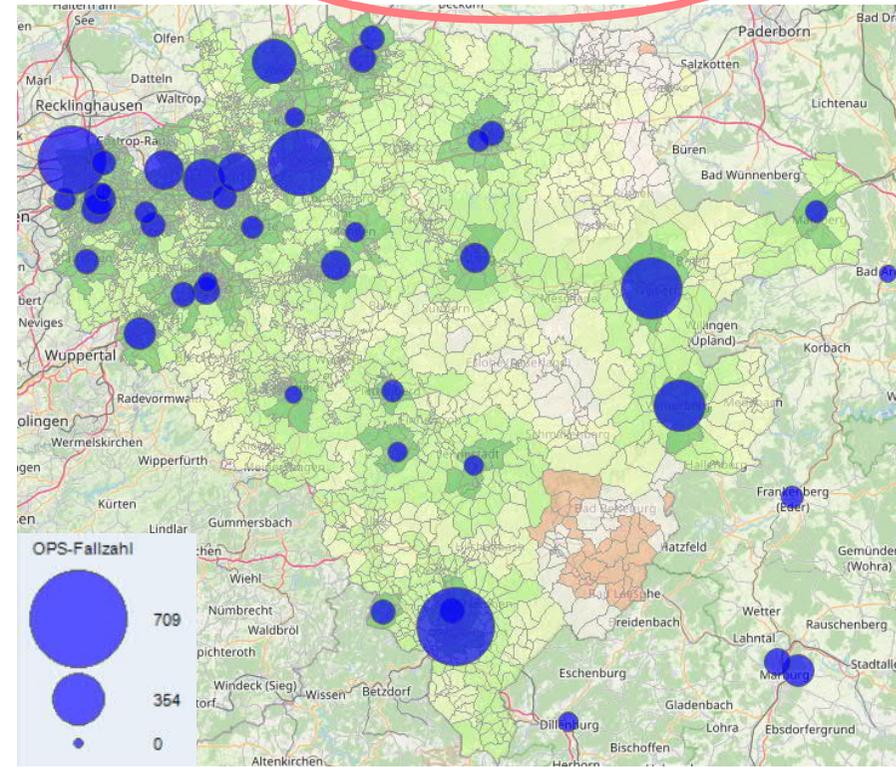
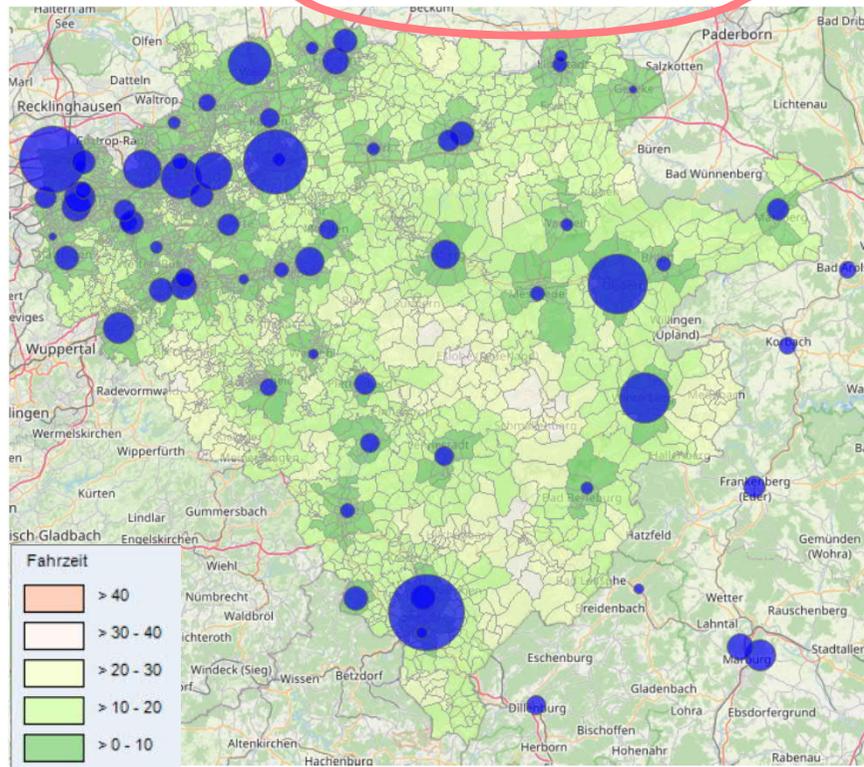
Strukturebene Quelle: Eigene Berechnungen

Beispiel: LG Hüfte im RB Arnsberg

Status quo versus Mindestvorgabe 100 Prozeduren

Status quo - 60 Krankenhäuser,
Mittlere Fahrzeit 9 Minuten

Neu - 38 Krankenhäuser,
Mittlere Fahrzeit 11 Minuten



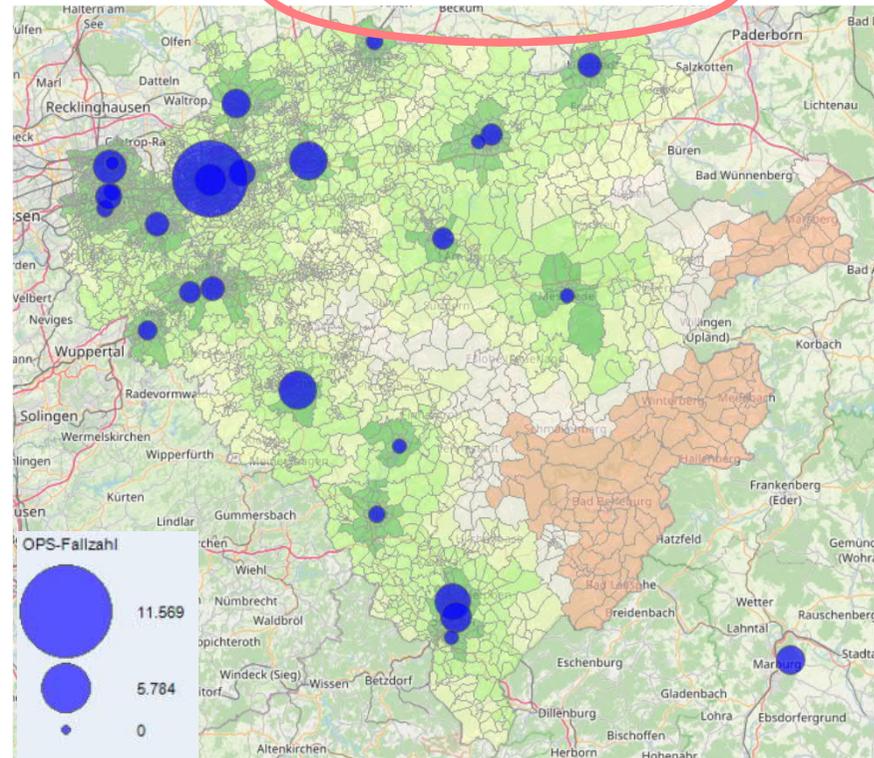
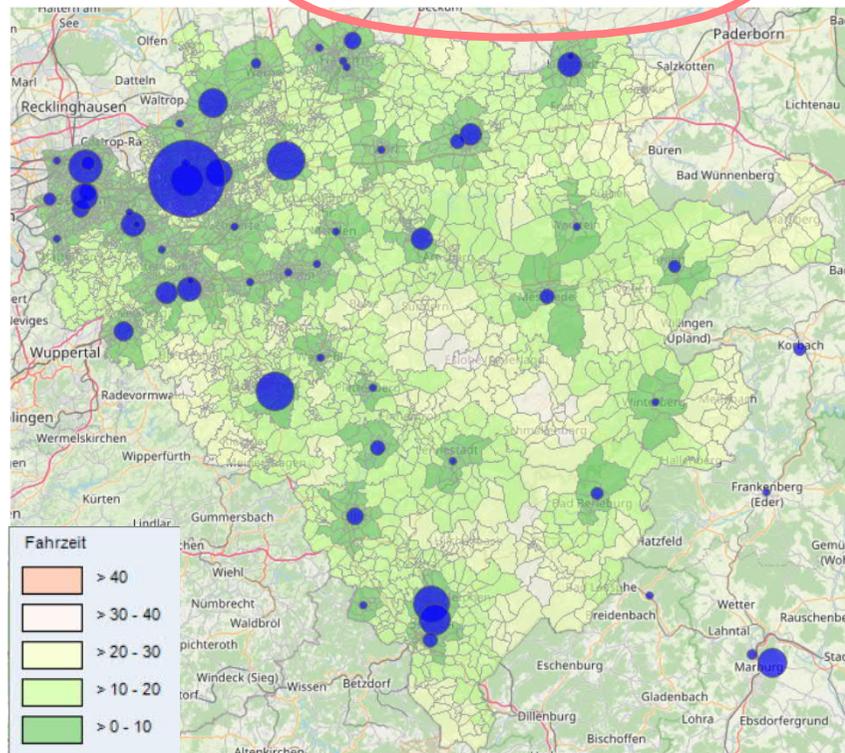
 Strukturebene

Beispiel: LG interventionelle Kardiologie

Status quo versus Mindestvorgabe 1.000 Prozeduren

Status quo - 55 Krankenhäuser,
Mittlere Fahrzeit 9,3 Minuten

Neu - 26 Krankenhäuser,
Mittlere Fahrzeit 13,1 Minuten



Strukturebene

Neue Krankenhausplanung in NRW

Das neue KHGG NRW steht; wie geht es weiter?

Handlungsebenen	Planungsmodell	Bedarfsermittlung	Verteilungsmodell
Landesebene	<ul style="list-style-type: none"> ○ Derzeit finden noch weitere Auswirkungenanalysen statt. ○ Einigungsfähigkeit des Modells? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Methodik und Einflussfaktoren (Demographie, Verweildauer, Ambulantisierung. ○ Basisjahr? ○ Wie sehen die konkreten Ergebnisse der Prognose aus? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie wird der Bedarf regional heruntergebrochen? ○ Wie soll der Bedarf verteilt werden? ○ Vorschlag der GKV: Orientierungswerte!
Regionale Ebene	<p style="text-align: center;">RPK</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Start der RPK's? ○ Auswahl der Regionen? ○ Zeitraum der Planungsverfahren? ○ Konfliktlösungsmechanismus? 	<div style="border: 2px dashed red; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Landtagswahl 2022!!</p> </div> <p>Strukturebene</p>	

Neue Krankenhausplanung in NRW

Fazit nach über einem Jahr intensiver Arbeit:

- Unser Eindruck:
Alle Beteiligten wollen grundsätzlich am Ziel einer neuen Krankenhausplanung festhalten; aber es sind noch fachlich/politisch relevante Fragen offen.
- Die Zeiten werden nicht besser! Der ökonomische Rahmen wird eher kleiner als größer. Das spricht für eine aktive Krankenhausplanung.
- Ein neuer Krankenhausrahmenplan wäre zwar politisch ein Erfolg, für die Versorgung ergibt sich daraus allerdings noch kein Nutzen. Die „Nagelprobe“ für die Umsetzung der neuen Krankenhausplanung erfolgt auf der regionalen Ebene.
- Die gesetzlichen Krankenkassen wollen keine flächendeckenden Krankenhausschließungen!! Aber: Derzeit erbringen viele Krankenhäuser teilweise wenige, aber komplexe Eingriffe. Diese Eingriffe lassen sich gut bündeln.
- Qualität geht vor Erreichbarkeit; Erreichbarkeit ist gleichwohl wichtig für die Akzeptanz der neuen Krankenhausplanung und muss daher immer mit berücksichtigt werden.
- Kooperation ist wesentlich für eine gute Versorgung! Ohne regional abgestimmte Konzepte (Wer macht was!) läuft die neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen ins Leere.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Michael Mruck
Stellv. Leiter der Landesvertretung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Nordrhein-Westfalen
Königswall 44, 44137 Dortmund
Tel.: 02 31/9 17 71 - 21
michael.mruck@vdek.com