

Krankenhausplanung NRW – eine Zwischenbilanz

Drei Jahre nach Inkrafttreten des Rahmenplans nimmt die Umsetzung in regionalen Planungskonzepten offenbar Fahrt auf.

von Horst Schumacher

„Krankenhausplanung NRW – eine Zwischenbilanz“ lautete das Thema eines Symposiums der Ärztekammer Nordrhein Anfang September im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft. Rund drei Jahre nach Inkrafttreten des neuen Krankenhausplans im Juli 2013 begrüßte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, Vertreter des Landesgesundheitsministeriums, der Krankenhausesellschaft, der Krankenkassen und zahlreiche Ärztinnen und Ärzten.

Die Kapazitätsplanung sei mit Augenmaß erfolgt, ein von manchen befürchteter Kahlschlag ausgeblieben, sagte Henke. Neben Bettenreduzierungen vor allem in den chirurgischen Fächern und der Geburtshilfe habe der Plan in manchen Bereichen aufgrund des gestiegenen Bedarfs und der demographischen Entwicklung eine Erhöhung der Kapazitäten vorgesehen – zum Beispiel in der Geriatrie, der Neurologie sowie der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Außerdem hat der neue Plan nach Henkes Worten die Weichen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung gestellt. Impulse und Vorgaben zu einer qualitätsorientierten Planung kämen inzwischen auch von der Bundesebene. Diese müssten in ein sinnvolles Verhältnis gesetzt werden zu den Regelungen und Initiativen auf Landesebene. Henke betonte, dass Fragen der Strukturqualität für die Planung besonders wichtig sind. So enthalte der Landeskrankenhausplan erste Schritte in Richtung Mindestpersonalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte. Dagegen befinden sich nach Henkes Auffassung risikoadjustierte Vergleiche und ein Instrumentarium zur Messung von Ergebnisqualität derzeit in weiter Ferne (siehe auch Seite 3).

Die konkrete Umsetzung des Krankenhausplans in regionalen Planungskonzepten



NRW-Gesundheitsministerin **Barbara Steffens**: „Eigentlich brauchen wir eine sektorübergreifende Planung.“
Foto: Jochen Rolfes

ten nimmt in diesem Jahr offenbar Fahrt auf, wie der Kammerpräsident sagte: „Uns erreichen deutlich mehr regionale Planungskonzepte zur Anhörung, als dies noch im vergangenen Jahr der Fall war“, sagte er, „deswegen meinen wir, dass dies ein guter Zeitpunkt für eine Zwischenbilanz ist.“

„Wir müssen effizienter werden“

„Eigentlich brauchen wir eine sektorübergreifende Planung“, sagte Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens. Dazu fehlten derzeit allerdings die rechtlichen Möglichkeiten. Das sogenannte 90a-Gremium („Gemeinsames Landesgremium“), dem in NRW neben dem Land die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenhausesellschaft und die Krankenkassen angehören, kann lediglich Empfehlungen abgeben, was nach Auffassung von Steffens zu wenig ist.

Sie forderte beschleunigte Strukturveränderungen, denn nur ein „optimiertes Gesundheitswesen“ könne der Tatsache gerecht werden, dass die geburtenstarken Jahrgänge in nicht allzu ferner Zeit alt werden und dann einen erhöhten Versorgungsbedarf haben. Die Zahl der kognitiv beeinträchtigten und multimorbiden Menschen werde deutlich zunehmen. Gleichzeitig drohe ein Nachwuchsproblem bei den Fachkräften. „Die Versorgungsbedarfe verändern sich massiv“, sagte Steffens, die Strukturen des Gesundheitswesens dagegen ändern sich nach ihrem Eindruck eher langsam.

Zu Steffens' Lösungsansätzen gehört eine Überwindung der sektoralen Trennung, die „doppelte Facharztschiene“ stellte die Ministerin aber ausdrücklich

nicht grundsätzlich in Frage. Diese sei „eine Errungenschaft“ des deutschen Gesundheitswesens. Dort allerdings, wo die Versorgung nicht anders zu gewährleisten sei, müsse die Trennung zwischen ambulant und stationär überwunden werden.

Direkte Beteiligung der Ärztekammern

Auf eine wesentliche Neuerung des Krankenhausplans wies Dr. Anja Mitrenga-Theusinger hin, Vorstandsmitglied und Vorsitzende der Krankenhauskommission der Ärztekammer Nordrhein: die sogenannte Teilgebiets- oder Schwerpunktplanung ist weggefallen. Geplant werden nur noch Innere Medizin und Chirurgie und nicht mehr Kardiologie, Nephrologie oder Unfallchirurgie. „Man braucht viel Vertrauen in die Kooperations- und Abstimmungsfähigkeit von Krankenhäusern, wenn man einerseits möchte, dass es sinnvolle Schwerpunktbildungen gibt und dass nicht einfach ‚jeder alles macht‘, und man andererseits gerade in diesem Bereich auf die Planung verzichtet“, sagte Mitrenga-Theusinger.

Auch Qualitätsvorgaben sollen nach ihren Worten für die richtige Ausrichtung sorgen: „Wer eine Krankenhausabteilung betreiben will, braucht dafür genügend qualifizierte Ärzte. Mindestens drei, sagt der Plan, bei komplexem Leistungsspektrum auch mehr bis hin zur Gewährleistung der permanenten Anwesenheit von Ärzten mit der entsprechenden Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung.“

Seit dem Jahr 2008 sind die Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen unmittelbar an der Krankenhausplanung beteiligt, wie Mitrenga-Theusinger berichtete. Als Mitglieder im Landesausschuss für Krankenhausplanung gehören sie zu den Institutionen, mit denen das Landesgesundheitsministerium Einvernehmen bei der Planung anstreben soll.

Zu den Kriterien, an denen die Kammern die ihnen vorgelegten Planungskonzepte messen, gehören die fachliche Eignung des Krankenhauses, Bedarfsgerechtigkeit, eine Ausgewogenheit von Zentralisierung und Flächendeckung sowie die Sicherstellung von Weiterbildungsangeboten. „Das Vorliegen einer Weiterbildungsbefugnis ist ein wesentlicher Indikator für die Leistungsfähigkeit einer Krankenhausabteilung“, sagte Mitrenga-Theusinger. Angesichts fortschreitender Spezialisierung und Zentrenbildung seien Krankenhäuser bei der Weiterbildung in ihrer Kooperationsbereitschaft gefragt.

Die Belange besonderer Zielgruppen, etwa älterer Patienten, sollen nach Auffassung der Kammer bei den Planungsentscheidungen ebenso eine Rolle spielen wie die Kooperation und Vernetzung der Versorgung sowie Transparenz und Qualitätsorientierung des Krankenhauses. Mitrenga-Theusinger: „Qualität findet dort statt, wo genügend gut qualifizierte Leute zusammenarbeiten.“ Die Vorsitzende der Krankenhauskommission ermutigte ihre Kolleginnen und Kollegen, sich mit ihren Fragen zur Krankenhausplanung an die Kammer zu wenden.

Planung ohne Betten

„Einen Sprung nach vorne“ habe die Planung in den einzelnen Regionen in den vergangenen Monaten gemacht, berichtete Dr. Heribert Müller, Leitender Ministerialrat im Landesgesundheitsministerium. Der geplante Abbau von 9.500 bis 10.000 Betten wird nach seinen Worten wohl nicht ganz erreicht. Dies seien „Prognosezahlen als Orientierungshilfe für die Planung vor Ort“ gewesen, entscheidend sei am Ende der schlüssig nachgewiesene Bedarf. Doch selbstverständlich würden überflüssige Betten insbesondere in den schneidenden Fächern abgebaut, während in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Geriatrie und der Neurologie Betten hinzukämen. Müller appellierte an alle Beteiligten, die regionalen Planungen möglichst bald zum Abschluss zu bringen. Er sagte zu, dass die Verfahren im Ministerium schnell bearbeitet werden.

Das langfristige Ziel heißt nach Müllers Worten, ohne Betten zu planen, etwa um zu einer stärkeren Morbiditätsorientierung zu

gelangen. Allerdings gebe es noch keinen Ersatz für die Anfang der 1960er-Jahre in den USA entwickelte Hill-Burton-Formel, die den Bettenbedarf anhand von Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit, Einwohnerzahl und Bettennutzungsgrad ermittelt. Müller: „Wir haben dazu intensive Diskussionen mit der Praxis und der Wissenschaft geführt und dabei feststellen müssen, dass dieser wichtige Aspekt der Daseinsvorsorge bisher erst rudimentär durchdrungen ist.“

KGNW fordert Augenmaß

„Es bewegt sich etwas“, sagte der Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), Jochen Brink. In den vergangenen zwölf Jahren, zwischen 2003 und 2014, ist die Zahl der Krankenhäuser im Land nach seinen Angaben von 459 auf 352 gesunken, die Verweildauer von 9,2 Tagen auf 7,3 Tage und die Bettenzahl hat um fast 13.000 abgenommen. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Behandlungsfälle von 4,06 Millionen auf 4,42 Millionen.

Für den aktuellen Krankenhausplan habe die KGNW auf Basis eines Gutachtens des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), das erstmals auch Demographie und Morbidität berücksichtigt habe, selbst einen Kapazitätsabbau im somatischen Bereich ins Spiel gebracht. Über die Größenordnung des angestrebten Minus an Betten habe es daher keine größere Diskussion gegeben. Die KGNW habe lediglich Augenmaß bei der Anpassung gefordert, damit nicht Betten abgebaut werden, die man später wieder braucht.

Brink berichtete von einer neuen Analyse des DKI und der KGNW, nach der 17

Prozent der ausgewiesenen Betten faktisch gar nicht zur Verfügung stehen, weil sie gesperrt sind zum Beispiel für isolierte Unterbringung bei Infektionen oder für sterbende Menschen, denen das Krankenhaus ein Einzelzimmer zur Verfügung stellt. Eine Untersuchung von Deloitte Health Care Analytics prognostiziere einen Anstieg der Fallzahlen in NRW von 11,5 Prozent bis zum Jahr 2030. In der Folge müsste NRW, wenn der Bettenabbau des Krankenhausplans 2015 wie geplant umgesetzt ist, künftig wieder Betten aufbauen. Brink betonte, dass die Schließung von Krankenhäusern oder Abteilungen die „besondere Ausnahme“ sei, aber: „Sie findet statt.“

„Strukturbereinigung ist ausgeblieben“

In diesem Punkt hätte sich Michael Süllwold, Stellvertretender Leiter der Landesvertretung NRW des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), von der NRW-Krankenhausplanung mehr erwartet. Er verwies auf den RWI Krankenhaus Rating Report 2011, nach dem die Krankenhaushäufigkeit in NRW – bereinigt um Alter und Geschlecht – um 21 Prozent höher liegt als in Baden-Württemberg. Die Krankenhauskosten je Einwohner sind laut Gutachten überdurchschnittlich hoch. „Warum ist das so? Ist das medizinisch indiziert?“, fragte Süllwold.

Die hohe Zahl von Krankenhausstandorten lässt laut RWI-Report „eine Marktkonsolidierung erwarten“, die – wie Süllwold sagte – „nach unserer Auffassung noch nicht eingetreten ist“. Die Politik verhalte sich passiv, die „wirkliche Strukturbereinigung“ sei ausgeblieben. Statt einer „Beendigung des Wunschkonzertes bei Leistungsschwerpunkten“, wie es die Kostenträger erwartet hätten, sei durch den Wegfall der Planung in diesem Bereich das Gegenteil eingetreten.

Das Land setze auf Konsens der Beteiligten, was im Einzelfall funktioniere, für ganze Regionen aber eher nicht, glaubt Süllwold. Nach vdek-Angaben haben die Beteiligten in Nordrhein bisher 55 Prozent und in Westfalen-Lippe 60 Prozent der Planungskonzepte im Dissens bei den Bezirksregierungen abgegeben. Die Kassen vermissen auch verbindliche Definitionen der Versorgungsaufträge im Feststellungsbescheid des Ministeriums. „Es mangelt an Gestaltungs- und Durchsetzungswillen der Politik“, kritisierte Süllwold.



Diskutierten über den aktuellen Stand der Krankenhausplanung NRW: Michael Süllwold, Stellvertretender Leiter der vdek-Landesvertretung NRW; Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein; Dr. Anja Mitrenga-Theusinger, Vorstandsmitglied und Vorsitzende der Krankenhauskommission der Ärztekammer Nordrhein; LMR Dr. Heribert Müller, Gruppenleiter Krankenhauswesen im NRW-Gesundheitsministerium; Ulrich Langenberg, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein, der das Symposium moderierte, und Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Foto: Jochen Rolfes