



Krankenhauslandschaft NRW im Umbruch: Perspektiven aus Sicht der Ersatzkassen

Dirk Ruiss

Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen

„Visionen einer vernetzten Medizin“
Klinikkongress Ruhr am 16./17.05.2018 in Essen

Inhalt

- ❖ Wo stehen wir in NRW? – „Wer kann, der darf“ und „Alle machen alles“
- ❖ Wohin wollen wir? – „Weniger ist mehr“ und „Nicht jeder muss alles machen!“
- ❖ Was muss passieren? – Reformen für bessere Strukturen und höhere Qualität!

Wo stehen wir in NRW? „Wer kann, der darf!“ und „Alle machen alles!“

- Seit der Einführung des DRG-Entgeltsystems 2003 hat es **keine echte Krankenhausreform** mehr gegeben.
- Die Krankenhausstrukturen haben sich zu stark nach den **ökonomischen Interessen der Krankenhäuser** entwickelt.
- Motto: „Wer kann, der darf!“ und „Alle machen alles!“
– vor allem, was sich wirtschaftlich lohnt
- Es besteht ein Nebeneinander von **Über-, Unter- und Fehlversorgung**.

Wo stehen wir? - „Wer kann, der darf!“ Beispiel: Operationen

Starke Tendenzen, selektiv finanziell attraktive Leistungen zu erbringen:

Beispiele:

- Knie-Operationen
- Hüft-Operationen
- kardiologische Eingriffe
- Wirbelsäulen-Operationen
- Herzkatheter-Untersuchungen

Wo stehen wir in NRW? Gewachsene Strukturen durch Reformstau!

- Krankenhausplanung und DRG-Vergütung laufen teilweise auseinander.
- **unwirtschaftliche** und ineffiziente **Parallelvorhaltungen** innerhalb einer Region
- Krankenhäuser erfüllen ihren **Versorgungsauftrag nicht vollumfassend**.
- **Gelegenheitsversorger** bei komplexen Leistungen
- **bedenkliche Nivellierung der Versorgungsstufen** der Krankenhäuser

Wo stehen wir in NRW? Gewachsene Strukturen durch Reformstau!

- Die **Krankenhausplanung in NRW** hat sich in den vergangenen Jahren kaum verändert.
- **Qualitätskriterien** sind im Ansatz ins Stocken geraten.
- Die Angebotsstrukturen sind **nicht immer bedarfsgerecht**.
- Die **Ausgaben** für den Krankenhausbereich pro Einwohner sind **überdurchschnittlich hoch**.
- Bei den **Investitionsmitteln je Bett** ist NRW **fast Schlusslicht!**

Wo stehen wir in NRW? Die Investitionsförderung

- **Investitionsbedarf:** zwischen 1,2 Mrd. Euro und 2,2 Mrd. Euro pro Jahr. Das RWI berechnet einen Bedarf von 1,5 Mrd. Euro.
- **Nachtragshaushalt 2017:** plus 250 Mio. Euro
- **Pauschalförderung:** 2018 548 Mio. Euro; bis 2021 565 Mio. Euro
- **Einzelförderung** für 2018: 33 Mio. Euro plus 144 Mio. Euro
Verpflichtungsermächtigung
 - für 2019 167 Mio. Euro
 - für 2020 200 Mio. Euro
 - für 2021 200 Mio. Euro
- **Kopplung** an Fortentwicklung von **Krankenhausstrukturen**.
Die Ersatzkassen unterstützen diesen Ansatz!

Wohin wollen wir? – „Weniger ist mehr“ Beispiel: Zu kleine und zu viele Krankenhäuser

- **Unterdurchschnittliche Auslastung**, z. B. von Krankenhäusern im Kreis Heinsberg: Schwalmtal, Wegberg, Heinsberg, Geilenkirchen, Erkelenz
- Patienten gingen **bei schweren Krankheiten in entferntere Krankenhäuser** (Aachen, Krefeld, Viersen)
- Schließung von zwei Häusern der Grundversorgung (Wegberg, Schwalmtal): **keine Versorgungslücke** bei gleicher Bettenzahl!
- Fazit: Insbesondere **kleinere Kliniken ohne Spezialisierung** bekommen Qualitätsdefizite und sind kaum überlebensfähig.

Wohin wollen wir? – „Weniger ist mehr“ Beispiel: Kooperation

- **Monostrukturierte Häuser**, die untereinander in der Region im Wettbewerb stehen, sind **meist unwirtschaftlich**.
- **„Solo“-Tänzer** ohne Einbettung **kaum zukunftsfähig**.
- Beispiele Lungenheilkunde: Waldkrankenhaus in Windeck, Kamillianer-Krankenhaus in Mönchengladbach, Bergische Diakonie Aprath in Wülfrath
- Beispiele Herz-Chirurgie: Cardio-Klinik in Köln, Herz-Klinik in Essen, Herz-Klinik in Siegburg
- Fazit: **Kooperationen zwischen Kliniken mit unterschiedlicher Spezialisierung fördern** oder schließen.

Wohin wollen wir? – „Jeder muss nicht alles machen“ Beispiel: Fusion

- **Die Mär von Krankenhausschließungen:**
Zahl der Häuser sei seit 2006 um 89 auf 348 gesunken
- **Realität:** Mehrzahl der Häuser ist in Fusionen aufgegangen, **ohne dass Standorte geschlossen wurden**. 23 Standorte wurden aufgegeben, fünf neue kamen hinzu.
- Bei den bisherigen Fusionen werden **unwirtschaftliche Betriebsteile mit Doppelvorhaltungen** meist erhalten.
- Fusionen machen nur dann Sinn, wenn **Strukturen und Leistungen dem Bedarf angepasst** werden.

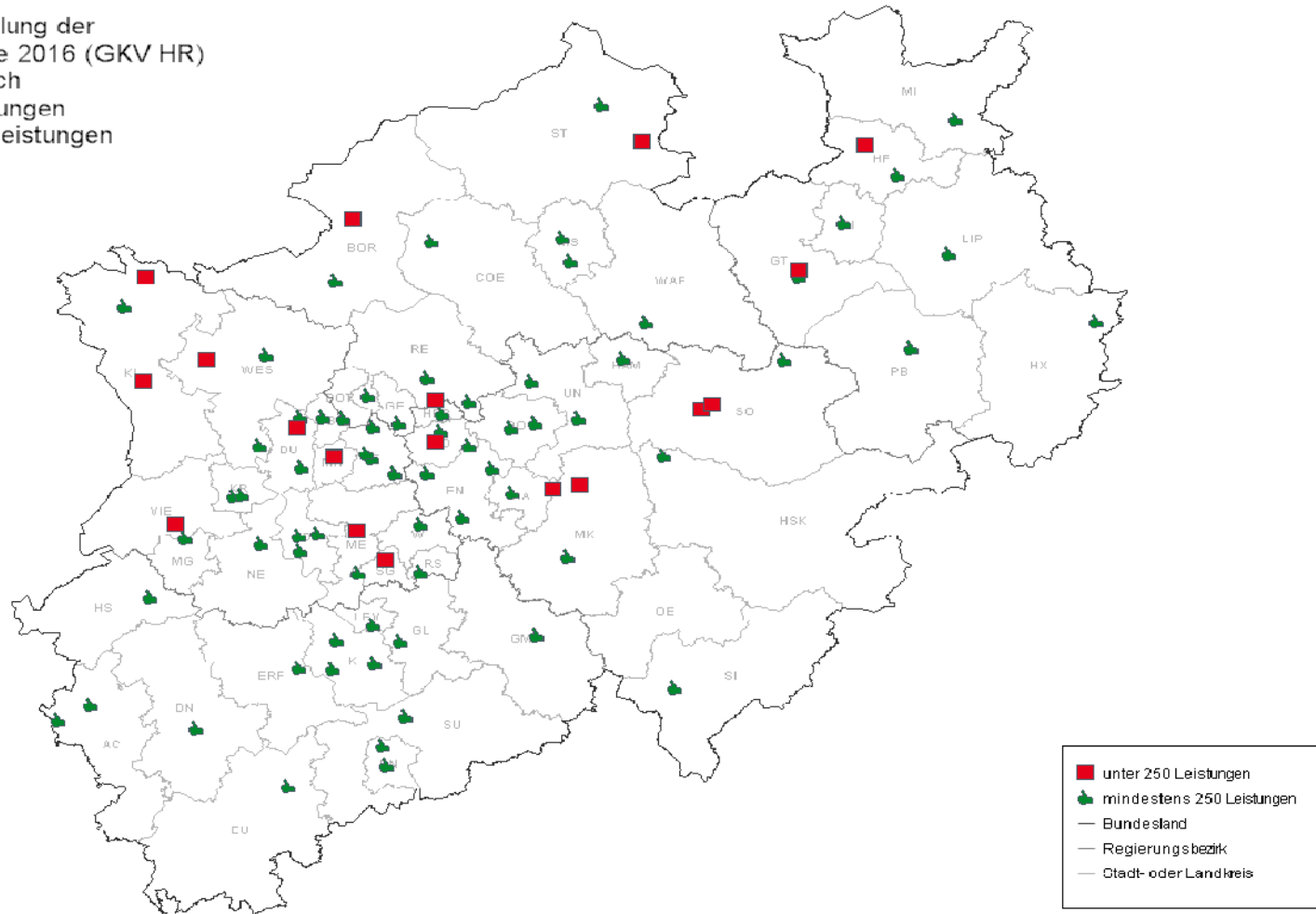
Wohin wollen wir? – „Nicht jeder muss alles machen“ Beispiel: Mindestmengen – Stroke-Units

- Zertifizierung der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) für Stroke Units: **Mindestzahl** behandelter Patienten bei der regionalen Versorgung von **250** erforderlich
- Professor Dr. Otto Busse, Leiter des Stroke Units-Zertifizierungsausschusses der DSG, fordert, **dass Kliniken mit weniger als 100 bis 200 Schlaganfällen in der Regel nicht mehr an der Versorgung teilnehmen sollen**. Bei regionalen Besonderheiten sollten Ausnahmen gelten (Interview in f & w, 1/2017).

Wohin wollen wir? – „Nicht jeder muss alles machen“

Beispiel: Mindestmengen – Stroke Units

Standortdarstellung der Schlaganfallfälle 2016 (GKV HR) differenziert nach unter 250 Leistungen sowie ab 250 Leistungen



Wo will das Land hin?

Neues Förderkonzept der Landesregierung NRW

Geplante Änderungen in NRW:

- Krankenhausplanung **stärker qualitätsorientiert** auszurichten
- **Abkehr vom Bett** als Planungsgröße
- **Investitionsmittel aufstocken**
- **zusätzliche Fördermittel** für Krankenhäuser, die kooperieren und sich auf verschiedene Behandlungsschwerpunkte einigen

Mit den Änderungen wird ein Wandel in NRW angestoßen. Sie sind ein **Schritt in die richtige Richtung**.

Wohin wollen wir? Konzept der gestuften Versorgung (GKV NRW)

- langfristig Umbau der Krankenhauslandschaft in NRW nötig
- gestufte Versorgung:

Grund-
versorgung:
Innere Medizin
Chirurgie

Regel-
versorgung
u. a.
Kardiologie

Maximal-
versorgung
u. a.
Perinatalzentren

Wohin wollen wir?

Konzept der gestuften Versorgung (GKV NRW)

- Bedarfsgerechte Leistungen müssen in Umfang und Qualität in zumutbarer Entfernung vorhanden sein.
- Regionale „**Top down**“-Berechnung
- Festlegung des **diagnosebezogenen Versorgungsauftrags**
- Berücksichtigung geografischer Besonderheiten
- **Auswahlkriterien:** Strukturqualität, Erreichbarkeit, Mindestmengen, Abkehr von Bettenzahl als Planungsgröße
- „Nicht alle können Zentren sein“
- **Teilgebietepanung** wieder einführen

Wohin wollen wir? Konzept der gestuften Versorgung (GKV NRW)

Definition des Versorgungsauftrages anhand von Krankheitsbildern	Versorgungsauftrag Endoprothetik
zu versorgende Einwohnerzahl eines Krankenhauses mit dem Versorgungsauftrag	ein Krankenhaus mit dem Versorgungsauftrag Endoprothetik pro 200.000 Einwohner
Versorgungsregion zum Versorgungsauftrag angeben	Kreis/kreisfreie Stadt
Erreichbarkeit	Erreichbarkeit innerhalb von 30 km

Für eine kreisfreie Stadt mit 600.000 Einwohnern, wie Dortmund würden 3 Standorte die endoprothetische Versorgung übernehmen.



Fazit: Bessere Strukturen und mehr Qualität nötig!

- gezielte **Konzentrationsprozesse** einleiten
- verbindliche **Qualitätskriterien**
- **gestufte Versorgungsplanung**
- angemessene **Investitionsförderung**
- **Strukturfonds** zum **Abbau von Überkapazitäten** nutzen
- Krankenhausschließungen nutzen, um gezielte **Personalwanderungen** zu fördern

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dirk Ruiss
Leiter der
Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen
Tel.: 02 11 / 3 84 10-11, Fax: 02 11 / 3 84 10-20, dirk.ruiss@vdek.com