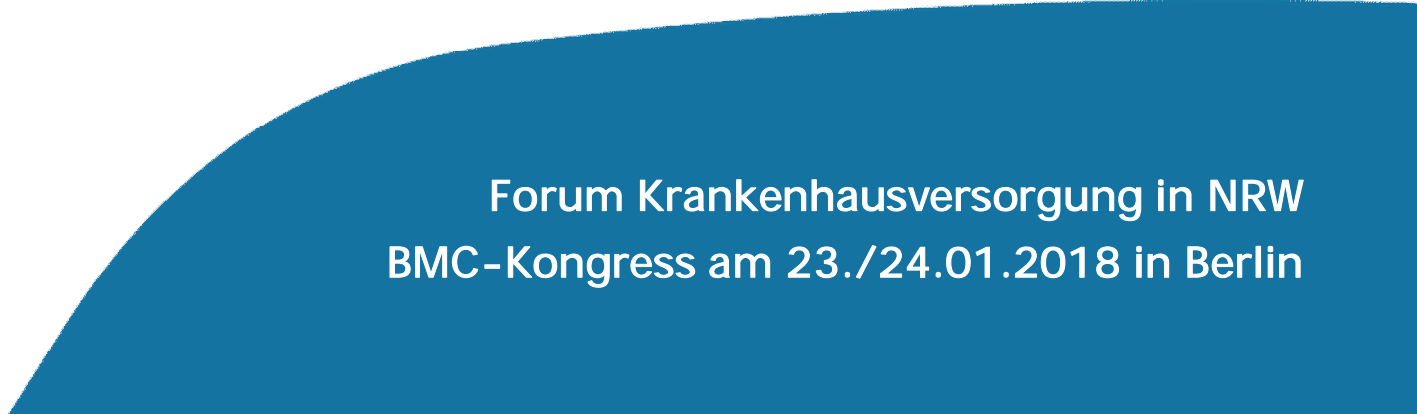




Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft NRW – Ist weniger mehr und anders besser?


Dirk Ruiss, Leiter der vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen



Forum Krankenhausversorgung in NRW
BMC-Kongress am 23./24.01.2018 in Berlin

Inhalt

- Ø Wo stehen wir in NRW? – „Wer kann, der darf“ und „Alle machen alles“
- Ø Wo wollen wir hin? – „Weniger ist mehr“ und „Jeder muss nicht alles machen!“
- Ø Was muss passieren? – Reformen für bessere Strukturen



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

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

Wo stehen wir in NRW? Gewachsene Strukturen durch Reformstau!

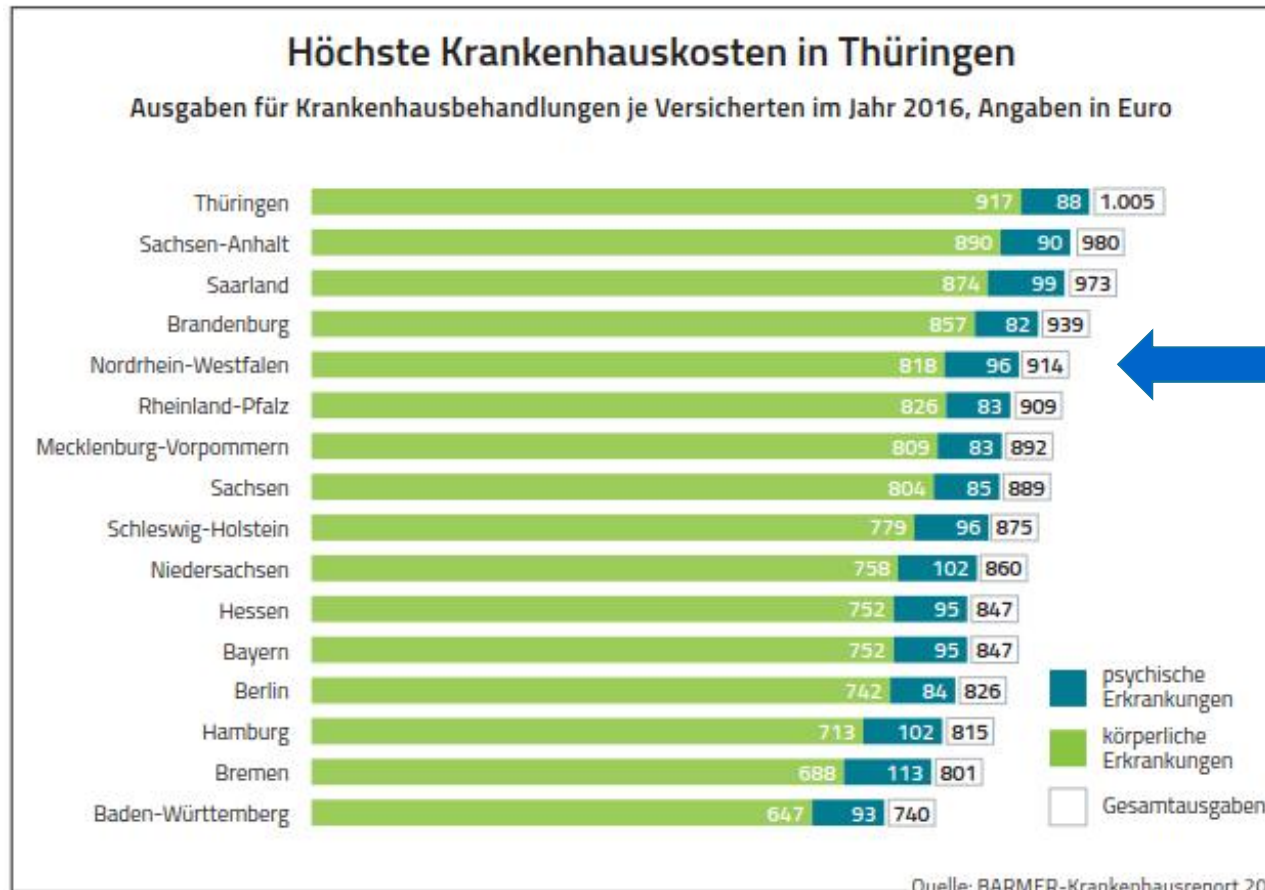
- Ø **Krankenhausplanung und DRG-Vergütung** laufen teilweise auseinander
- Ø **unwirtschaftliche** und ineffiziente **Parallelvorhaltungen** innerhalb einer Region
- Ø Krankenhäuser erfüllen ihren **Versorgungsauftrag nicht vollumfassend**
- Ø **Gelegenheitsversorger** bei komplexen Leistungen
- Ø **Bedenkliche 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 stecken geblieben.
- ∅ Die Angebotsstrukturen sind **nicht bedarfsgerecht**.
- ∅ Die **Ausgaben in NRW für** den Krankenhausbereich sind bezogen auf die Einwohner **überdurchschnittlich hoch**.
- ∅ Die **geplanten Änderungen** von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann bei der Krankenhausplanung und –finanzierung sind **Schritte in die richtige Richtung**.

Wo stehen wir?

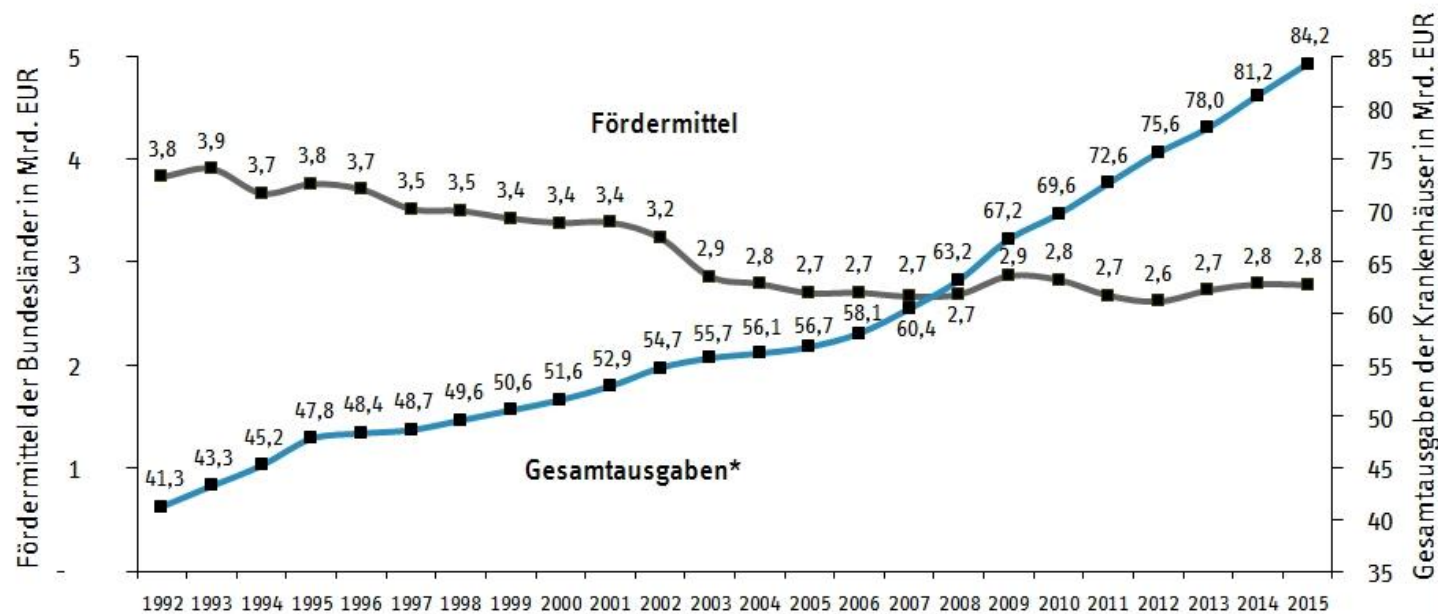
Krankenhauskosten im Ländervergleich



Wo stehen wir?

Entwicklung der Gesamtkosten und Fördermittel

Krankenhausfördermittel und -gesamtausgaben
in Milliarden EUR
1991 - 2015 - Bundesgebiet



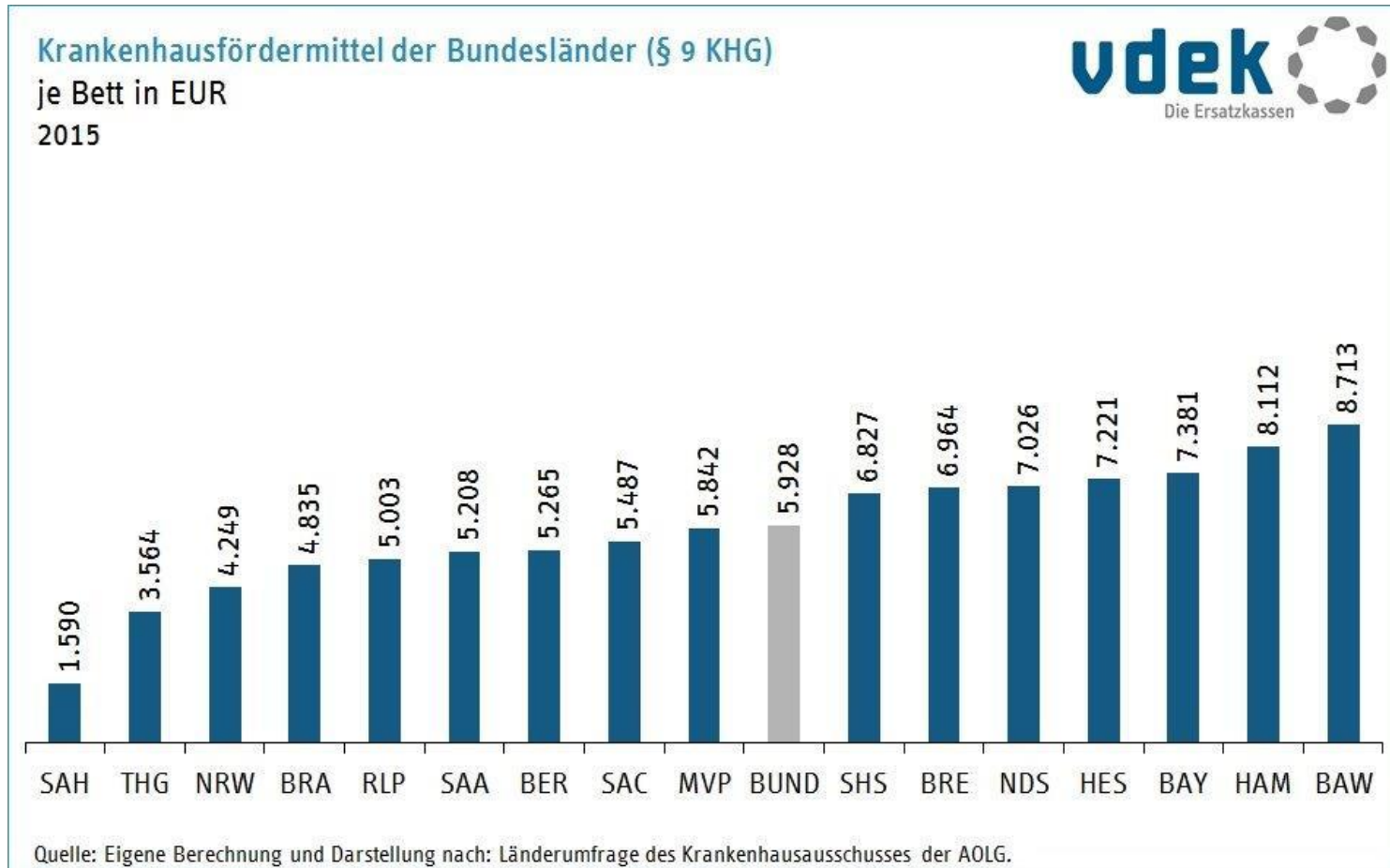
*Summe der Krankenhausaussgaben von GKV, PKV, Selbstzahler und Fördermittel.

Quelle: Eigene Darstellung nach: Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG.



Wo stehen wir?


NRW ist fast Schlusslicht bei Fördermitteln





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

- Ø Bundesweite Tendenzen, selektiv finanziell attraktive Leistungen zu erbringen. Beispiele:
- Ø Knie-Operationen
- Ø Hüft-Operationen
- Ø Kardiologische Eingriffe
- Ø Wirbelsäulen-Operationen
- Ø Herzkatheter-Untersuchungen

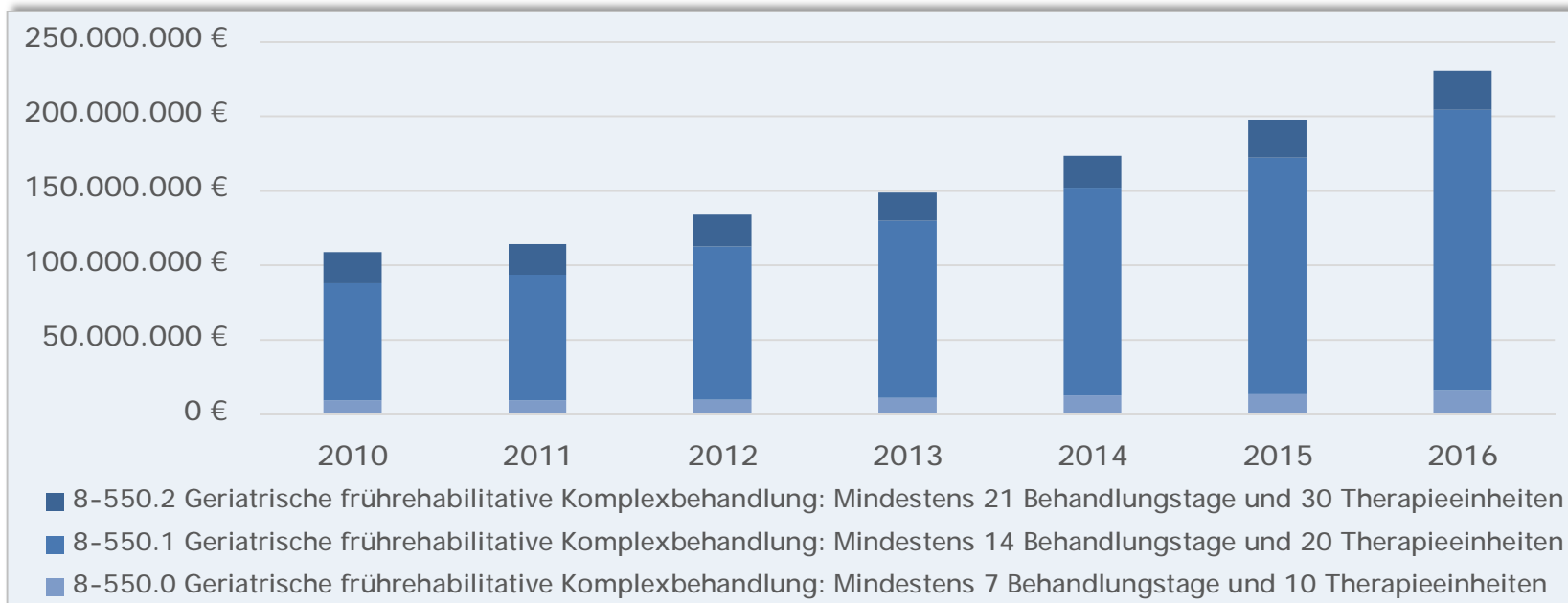


Wo stehen wir? - „Wer kann, der darf!“ Beispiel Geriatrie in NRW - Fehlanreiz Vergütung

- Ø In NRW Ausweisung von geriatrischen Abteilungen und geriatrischen Versorgungsverbänden
- Ø Unabhängig davon ermöglicht das Vergütungssystem die Abrechnung der geriatrischen Komplexbehandlung (OPS-Code 8-550)
- Ø Folge: Viele Krankenhäuser bieten geriatrische Leistungen an. Dabei unterscheiden sich allerdings die qualitativen Strukturanforderungen zwischen der ausgewiesenen Fachabteilungen für Geriatrie und geriatrischen Leistungen in der Innere Medizin.

Wo stehen wir? – „Wer kann, der darf!“ Beispiel Geriatrie in NRW Fehlanreiz Vergütung

Ausgabenentwicklung OPS



Quelle: Abrechnungsdaten EK

§ Seit 2010 sind die Ausgaben für die geriatrische früherehabilitative Komplexbehandlung kontinuierlich gestiegen.

§ Im Jahr 2016 haben die Ersatzkassen in NRW hierfür rund 230 Millionen Euro ausgegeben.

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

- Ø **Unterdurchschnittliche Auslastung** von Krankenhäusern im Kreis Heinsberg: Schwalmtal, Wegberg, Heinsberg, Geilenkirchen, Erkelenz
- Ø Patienten gingen **bei schweren Krankheiten in entferntere Krankenhäuser** (Aachen, Krefeld, Viersen)
- Ø Zwei kleine Krankenhäuser der Grundversorgung - Wegberg, Schwalmtal - schlossen. Es entstand **keine Versorgungslücke**, obwohl die Bettenzahl nicht erhöht wurde.
- Ø Fazit: Insbesondere **kleinere Kliniken ohne Spezialisierung** bekommen Qualitätsdefizite und sind kaum überlebensfähig.

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

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

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

- ∅ **Die Mär von Krankenhausschließungen:**
Die Zahl der Krankenhäuser in NRW sei seit 2006 um 89 Häuser auf 348 gesunken
- ∅ **Realität:** Bei den „Krankenhausschließungen“ ist die Mehrzahl der Häuser in Fusionen mit anderen Krankenhäusern 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? – „Jeder muss nicht alles machen“ Beispiel: Qualität – Mindestmengen

G-BA hat Leistungen mit Mindestfallzahlen festgelegt

Ø Frühgeborene unter 1.250 Gramm: 14 Fälle pro Jahr

Ø Pankreas-Operationen (Leber): 10 Fälle pro Jahr,

Ø Knieersatzoperationen TEP: 50 Fälle pro Jahr

Ø Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre): 10 Fälle pro Jahr

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

- ∅ Die Festlegung erfolgte **überwiegend zur Sicherung der Leistungsqualität**. Der wirtschaftliche Aspekt ist jedoch auch von Bedeutung (spezielle Struktur und Personal, Ausnutzung von Vorhaltungen und Geräte, usw.).
- ∅ **Ruf nach Mindestmengen in der onkologischen Chirurgie** (Lunge, Blase, Darm). Studien zufolge sterben Patienten zu früh, weil sie bei komplizierten Krebs-Operationen in Kliniken mit geringer Erfahrung waren.

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

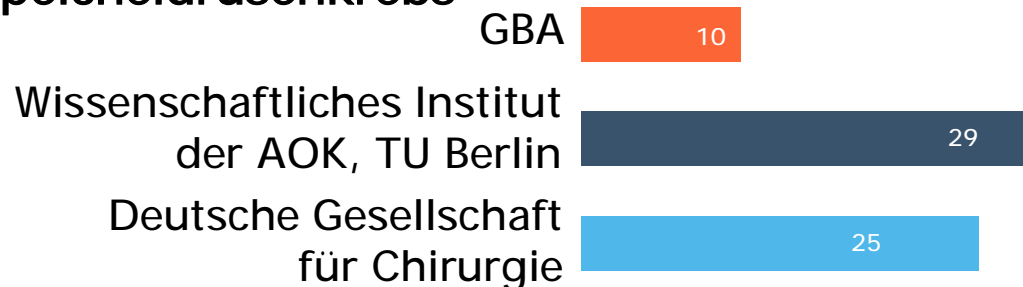
Qualitätssicherung mit Mindestmengen:

Empfohlene OP-Zahlen anhand zweier Beispiele

Speiseröhrenkrebs



Bauchspeicheldrüsenkrebs



Quelle: GBA, WIDO-Qualitätsmonitor 2018

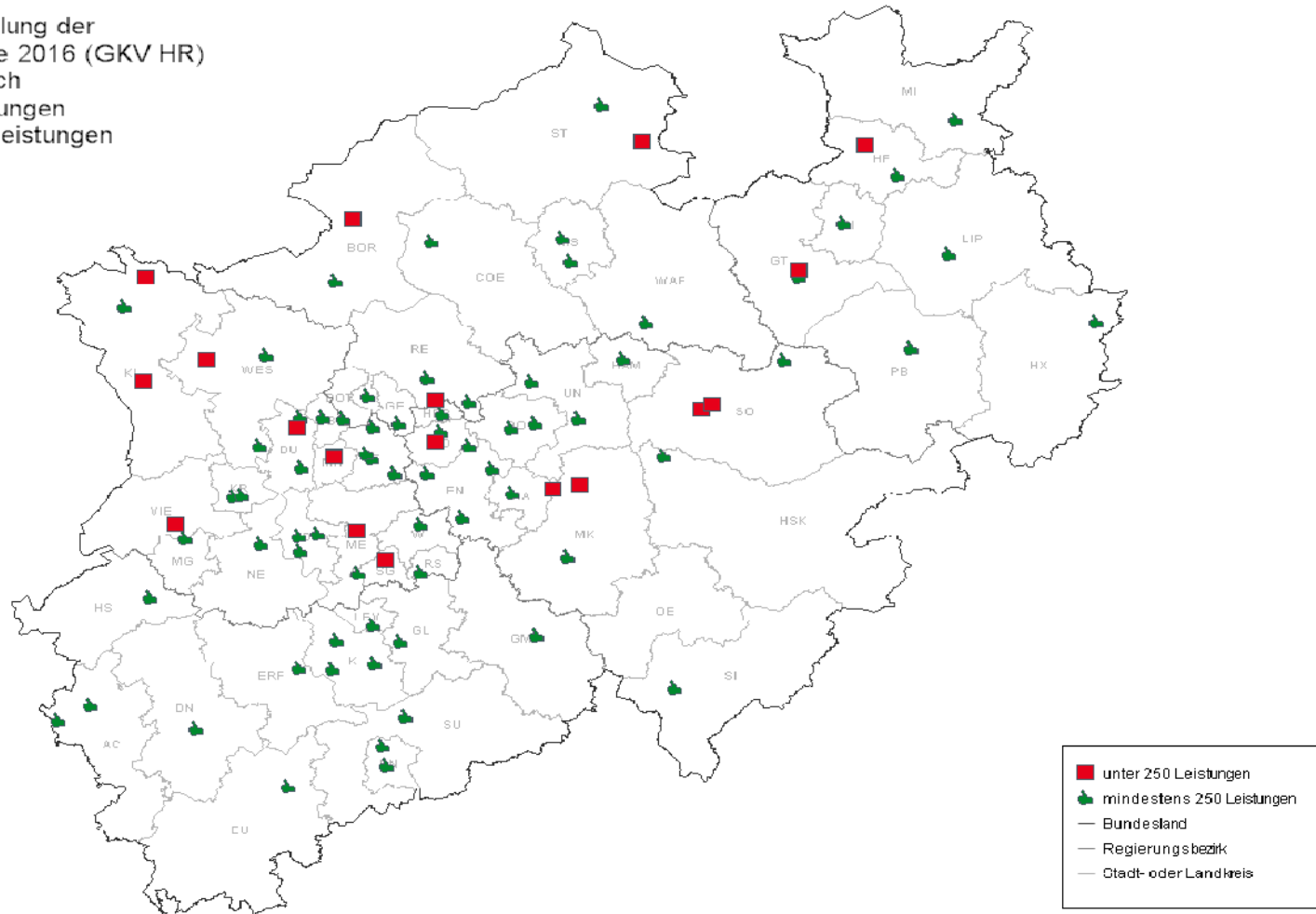
Wohin wollen wir? – „Jeder muss nicht alles machen“ Beispiel: Mindestmengen – Stroke-Units

- Ø Bei der Zertifizierung der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft für Stroke-Units (DSG) ist derzeit eine **Mindestzahl** behandelter Schlaganfallpatienten bei der regionalen Versorgung von **250** erforderlich.
- Ø Professor Dr. Otto Busse, Leiter des Stroke-Unit-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? – „Jeder muss nicht alles machen“

Beispiel: Mindestmengen – Stroke-Units

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



Wohin wollen wir? – „Jeder muss nicht alles machen“ Neues Förderkonzept der Landesregierung NRW

geplante Änderungen in NRW:

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

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

Wohin wollen wir? – „Jeder muss nicht alles machen“ 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? – „Jeder muss nicht alles machen“ Konzept der gestuften Versorgung (GKV NRW)

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

Wohin wollen wir? – „Jeder muss nicht alles machen“ 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: Wo müssen wir hin? Bessere Strukturen durch Reformwilligkeit!

- Ø Gezielte **Konzentrationsprozesse** einleiten
- Ø Verbindliche **qualitätsorientierten Planung**
- Ø Krankenhausschließungen nutzen, um gezielte **Personalwanderungen** zu fördern.
- Ø **Pflege- und Therapeutenberufe** jetzt **attraktiv gestalten**
- Ø **Strukturfonds** zum **Abbau von Überkapazitäten** nutzen.
- Ø Angemessene **Investitionsförderung**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dirk Ruiss
Leiter der
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Tel.: 0211 / 384 10-11, Fax: 0211 / 384 10-20, dirk.ruiss@vdek.com