



Grundsatzpapier

zur

Landeskrankenhausplanung

2019 bis 2030

(Stand: 28.06.2019)

Inhalt

I. Kernaussagen	3
II. Vorbemerkung	5
III. Weiterentwicklung der Krankenhausplanung	5
IV. Perspektiven der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in NRW – Anstöße zu einer Weiterentwicklung	11

I. Kernaussagen

Krankenhausversorgung verlässlich ausgestalten

In einem Flächenland wie Nordrhein-Westfalen können sich die Menschen auf eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige und ihrem Bedarf entsprechende Gesundheitsversorgung verlassen. Grundlage ist die Krankenhausplanung. Die Verantwortung hierfür liegt beim Land. Es schafft die entsprechenden Rahmenbedingungen.

Aktive Krankenhausplanung als Gestaltungsinstrument der Zukunft nutzen

Es bedarf einer aktiven Krankenhausplanung, die sich konsequent an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausrichtet und alle relevante Einflussfaktoren in den Regionen für eine zukunftsorientierte Krankenhausstruktur berücksichtigt. Eine zukunftsorientierte Krankenhauslandschaft ist notwendigerweise mit einer bedarfsgerechten Investitionsförderung durch das Land verbunden.

Daseinsvorsorge über konkrete Versorgungskonzepte sichern

Die in Nordrhein-Westfalen gewachsene Krankenhausstruktur in ihrer Trägerschaft stärkt den Qualitätswettbewerb und entspricht den Wünschen der Patientinnen und Patienten. Strukturabbau allein ist keine Krankenhausplanung. Die Wahlfreiheit des Krankenhauses für die Bürgerinnen und Bürger soll auch zukünftig gegeben sein. Bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen darf nicht nur der Aspekt des Kapazitätsabbaus im Vordergrund stehen. Vielmehr muss ein nachhaltiges Versorgungskonzept verfolgt werden, das an den Bedürfnissen der Menschen in den Regionen unter Berücksichtigung der jeweils unterschiedlichen Verhältnisse und Einflussgrößen ausgerichtet ist.

Krankenhausplanung verstärkt dezentral ausrichten

Gute Medizin und gute Pflege geschehen vor Ort. Zentrale Ziele einer aktiven Krankenhausplanung in NRW sind der Erhalt bedarfsnotwendiger Standorte, die Stärkung und medizinisch-inhaltliche Weiterentwicklung von Standorten zur Sicherung der Daseinsvorsorge. Der Abbau von nachweisbar nicht bedarfsnotwendigen Kapazitäten, die Zusammenführung von Standorten und im konkreten Einzelfall auch notwendige Standortschließungen werden umgesetzt. Notwendige Finanzmittel hierfür werden vom Land zur Verfügung gestellt. Die lokalen und regionalen Abstimmungsprozesse zur Krankenhausplanung werden deutlich gestärkt.

Abstimmungsprozesse lokal und regional anlegen

Strukturveränderungen werden in den Regionen und vor Ort entwickelt, umgesetzt und gelebt. Die Überwindung unterschiedlicher Interessen in diesem Entwicklungsprozess ist nur möglich, wenn er sich konsequent an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten in den Regionen orientiert und transparent ausgestaltet ist. Dieser Prozess muss unter der politischen Federführung des Landes koordiniert und verantwortet werden. Die betreffenden Akteure auf lokaler und regionaler Ebene sollten frühzeitig, d.h. bereits in der Planungsphase z. B. über Regionalkonferenzen und Werkstattgespräche einbezogen werden. Auch in der Umsetzungsphase sollte die regionale Ebene bei den konkreten Abstimmungsprozessen im Rahmen der regionalen Planungskonzepte gestärkt werden (z. B. durch die Etablierung einer kompetenten und abgestimmten Moderation im Dissensfall).

Krankenhausplanung zukunftssicher weiterentwickeln

Die Rahmenplanung als Grundlage für die Krankenhausstrukturen in Nordrhein-Westfalen wird weiterentwickelt. Alle Bürgerinnen und Bürger Nordrhein-Westfalens erreichen innerhalb von 20 Minuten ein Krankenhaus. Die Planung orientiert sich grundsätzlich an den Gebieten nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Sie eröffnet zudem Möglichkeiten für ein passgenaues und differenziertes Vorgehen auf lokaler und regionaler Ebene. Dabei ist sicherzustellen, dass die Krankenhäuser auch in medizinisch und pflegerisch inhaltlicher Hinsicht ein attraktiver Arbeitgeber bleiben, was nur bei nicht-fragmentierten Leistungsspektren gewährleistet ist. Der Einfluss von soziodemografischen Faktoren auf die Krankenhaushäufigkeit und die Auswirkungen von Bettensperrungen auf die nutzbare Bettenkapazität sind bei der Kapazitätsbemessung zu berücksichtigen. Rechtssichere Strukturqualitätsvorgaben werden unterstützt, wenn sie geeignet sind, die qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern und zu verbessern.

Impulse für eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung setzen

Alle Akteure tragen dazu bei, die Gesundheitsversorgung in NRW im Rahmen einer zukunftsorientierten Krankenhausplanung bedarfsorientiert sicherzustellen. Trotz einiger Fortschritte in den vergangenen Jahren konnte die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich nicht aufgehoben werden. Nordrhein-Westfalen setzt Impulse für eine nachhaltige sach- und fachgerechte Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und arbeitet an Lösungen, die die Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwinden. Krankenhäuser werden als Gesundheitszentren für die Menschen vor Ort entwickelt. Sie können darüber hinaus als krankenhaushausgestützte Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentrum (MPVZ) ausgebaut werden.

II. Vorbemerkung

In Flächenländern wie Nordrhein-Westfalen ist es entscheidend, dass jede Bürgerin und jeder Bürger flächendeckend die qualitativ hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung erhält, die ihrem bzw. seinem Bedarf entspricht. Gesundheitsversorgung ist Teil der Daseinsvorsorge. Die 344 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen haben dabei einen zentralen Stellenwert. Sie sind der Eckpfeiler der medizinischen Versorgung.

Grundlage für die qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern ist die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. Verantwortlich dafür ist das Land. Das Land entscheidet über das Angebot der Krankenhäuser und entwickelt dafür Rahmenbedingungen. Die Behandlungs- und Wahlmöglichkeiten im Sinne der Patientinnen und Patienten in unserem Land sicherzustellen und zu verbessern, ist ein ständiger Prozess. Die Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen ist im Besonderen von einer vielfältigen Trägerstruktur geprägt. Dies hat sich – auch im Vergleich zu anderen Bundesländern – mit Blick auf die flächendeckende Sicherstellung der Versorgung als Vorteil erwiesen.

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind für die Bevölkerung an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr verfügbar. Sie stehen für

- eine flächendeckende, gut erreichbare und wohnortnahe Versorgung für ganz Nordrhein-Westfalen,
- eine qualitativ hochwertige, an den Patientenbedürfnissen orientierte Versorgung,
- sichere und gute Arbeitsplätze vor Ort mit fairen Arbeitsbedingungen,
- eine qualifizierte Ausbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen,
- einen wichtigen regionalen Wirtschafts- und Standortfaktor,
- einen engen Austausch mit allen Akteuren im Gesundheitswesen.

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen werden sich auch in Zukunft einer flächendeckenden, gut erreichbaren und wohnortnahen Versorgung in hoher Qualität verpflichtet fühlen. Damit dies gelingen kann, bedarf es einer Weiterentwicklung der Krankenhausplanung.

III. Weiterentwicklung der Krankenhausplanung

Die Krankenhauslandschaft steht vor großen Herausforderungen und unterliegt vielfältigen Einflussfaktoren: Demografischer Wandel, zunehmender Fachkräftemangel, medizinisch-technischer Fortschritt, Digitalisierung, Präferenzentwicklung der Patientinnen und Patienten – um nur einige zu nennen.

Um auch in Zukunft eine Krankenhausversorgung anbieten zu können, die konsequent an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist, bedarf es einer aktiven Krankenhausplanung. Aufgabe einer aktiven Krankenhausplanung durch das Land ist es, unter Berücksichtigung aller relevanten Einflussfaktoren in den Regionen eine zukunftsorientierte Krankenhausstruktur für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Bürgerinnen und Bürger müssen darauf vertrauen können, dass Entscheidungen über wichtige Fragen der Daseinsvorsorge politisch verantwortet bleiben und nicht an den Köpfen der Menschen vorbei geschehen.

In der aktuellen politischen Diskussion wird die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen vielfach einseitig und undifferenziert auf den Aspekt des Kapazitätsabbaus fokussiert. Dabei werden politische Initiativen favorisiert, die auf eine immer restriktivere Regulierung, eine undifferenzierte Implementierung von Qualitätsanforderungen und auf zusätzliche Restriktionen bei der Finanzierung von Krankenhäusern abzielen. Verhaltenes Agieren der Planungsbehörden in allen Bundesländern ist ein Auslöser der immer zahlreicher werdenden und rigiden Vorgaben der Bundesebene. Das Ergebnis dieser Politik ist, dass zum einen immer mehr Krankenhausstandorte in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht werden und zum anderen in ihrer Leistungserbringung eingeschränkt werden, ohne dass ein nachhaltiges und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in den Regionen ausgerichtetes Versorgungskonzept verfolgt wird.

Eine aktive Krankenhausplanung rückt die regionale Betrachtung der Versorgung mit Berücksichtigung der jeweils unterschiedlichen Verhältnisse und Einflussgrößen wieder in den Vordergrund. „Passgenaue Einheitslösungen“ von der Bundesebene kann es nicht geben. Diese schaden einer wohnortnahen, gut erreichbaren, flächendeckenden Patientenversorgung in hoher Qualität eher, als dass sie nutzen. Gute Medizin und gute Pflege geschehen vor Ort.

Eine zukunftsfeste Krankenhausstruktur ist notwendigerweise verbunden mit einer bedarfsgerechten Investitionsförderung durch das Land. Mit seinem Investitionsbarometer NRW hat das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung eine erheblich unterfinanzierte Krankenhausförderung belegt: Nordrhein-Westfalen investiert zu wenig in seine Kliniken. 1,5 Milliarden Euro müsste das Land jedes Jahr in Krankenhäuser investieren. Ein wirksamer und nachhaltiger Fortschritt in der Investitionsfähigkeit der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erfolgt aktuell nur äußerst zögerlich. Ein weiteres Anwachsen des Investitionsstaus wird nur sehr zurückhaltend verlangsamt, aber bei Weitem nicht gestoppt. Auch wenn das Engagement des Landes durchaus anerkennenswert ist, es reicht jedoch bei Weitem nicht aus. Weitere und deutlich größere Schritte als bisher bleiben zwingend notwendig, um die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen in die Lage zu versetzen, Investitionen zur Sicherstellung einer zukunftsfesten Krankenhausstruktur in Nordrhein-Westfalen umsetzen zu können.

1. Ziele

Jede Bürgerin und jeder Bürger soll flächendeckend die qualitativ hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung erhalten, die ihrem bzw. seinem Bedarf entspricht. Alle Akteure sollten daher das gemeinsame Ziel haben, die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen im Rahmen einer zukunftsorientierten Krankenhausplanung bedarfsorientiert sicherzustellen. Hier sind auch Lösungen notwendig, die über die bisherige Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hinausgehen.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen ist ein verlässlicher Partner für eine zukunfts- und patientenorientierte Krankenhausversorgung.

2. Maßnahmen

Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung überprüft die bestehenden Krankenhausstrukturen im Hinblick auf ihre Bedarfsgerechtigkeit. Gleichzeitig sorgt sie für verlässliche und nachhaltige Rahmenbedingungen.

2.1 Stärkung der lokalen und regionalen Planungsperspektive

Ausgangspunkt der Krankenhausplanung sind die bestehenden Krankenhausstrukturen und die aktuelle Patientenversorgung vor Ort (Bottom-Up-Perspektive).

Die Herausforderungen, denen sich eine aktive Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen stellen muss, sind regional unterschiedlich ausgeprägt. Der Erhalt, die Stärkung und medizinisch-inhaltliche Weiterentwicklung von Standorten zur Sicherung der Daseinsvorsorge sind ebenso Teil dieser Herausforderungen wie der Abbau von nachweisbar nicht bedarfsnotwendigen Kapazitäten, Standortzusammenführungen und im konkreten Einzelfall auch Standortschließungen.

Die Bedeutung der lokalen und regionalen Ebene in den Abstimmungsprozessen zur Krankenhausplanung muss deutlich gestärkt werden. Bei versorgungspolitischen Entscheidungen zu Abteilungs- bzw. Standortschließungen darf der Krankenhausträger mit den Folgen nicht alleine gelassen werden. Hier bedarf insbesondere seitens des Landes und der Krankenkassen einer verantwortlichen und aktiven Unterstützung sowohl in der öffentlichen Debatte als auch in finanzieller Hinsicht. Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung sollte sich der Etablierung kooperativer Strukturen durch regional abgestimmte und verbindliche Versorgungskonzepte mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung verschreiben. In diesem Rahmen könnten z.B. Abteilungstausche und Abteilungszusammenlegungen, mit entsprechenden Kapazitätsauf- bzw. -abbauten in einzelnen Leistungsbereichen verstärkt realisiert werden, etwa um entbehrliche Doppelstrukturen und Parallelvorhaltungen in bestimmten Leistungsbereichen perspektivisch zu vermeiden. Bei nicht mehr bedarfsgerechten Angeboten ist vorrangig die Herausnahme ganzer Krankenhäuser oder Abteilungen aus dem Krankenhausplan anzustreben. Aktuell kann dies nur unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen des Wettbewerbs- und Kartellrechts geschehen, die in dieser Hinsicht eine restriktive Grundausrichtung haben. Das Land Nordrhein-Westfalen sollte sich daher auf Bundesebene für weniger restriktive wettbewerbs- und kartellrechtliche Rahmenbedingungen stark machen, um eine gesicherte Umsetzung regional abgestimmter Strukturvorhaben zu ermöglichen. Eine aktive Krankenhausplanung allein reicht ansonsten nicht aus.

Der mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz neu aufgelegte Krankenhausstrukturfonds muss in den kommenden Jahren dazu genutzt werden, die Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen zukunftsfest auszugestalten und Strukturverbesserungen gezielt zu fördern. Zusätzliche Anreize für die Beteiligten vor Ort sollten die regionale Krankenhausplanung flankieren. Solche Sonderförderprogramme können Veränderungsprozesse unterstützen und dazu dienen, den Investitionsdruck in der Krankenhauslandschaft in Teilbereichen abzumildern.

Unter Versorgungsgesichtspunkten notwendige und sinnvolle Strukturveränderungen müssen vor Ort umgesetzt und gelebt werden. Damit dies mit Blick auf die Versorgungssicherstellung geschehen kann, müssen sie auch dort entwickelt werden.

Die Überwindung unterschiedlicher Interessen in diesem Entwicklungsprozess wird nur möglich sein, wenn er sich konsequent an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten in den Regionen orientiert, transparent ausgestaltet ist und schlüssige Antworten auf die Herausforderungen der Zukunft gibt.

Dieser Prozess muss unter der politischen Federführung des Landes koordiniert und verantwortet werden. Er muss transparent ausgestaltet sein. Die betreffenden Akteure auf lokaler und regionaler Ebene sollten frühzeitig einbezogen werden. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) hat bei der PD - Berater der öffentlichen Hand GmbH ein vorbereitendes Krankenhausplanungsgutachten in Auftrag

gegebenen. Zeitnah nach dessen Veröffentlichung sollte das MAGS zu Regionalkonferenzen in den 16 Versorgungsgebieten einladen. Unter Beteiligung des Landesausschusses für Krankenhausplanung und mit Unterstützung der Bezirksregierungen wird auf diese Weise sichergestellt, dass die betreffenden Akteure auf lokaler und regionaler Ebene noch vor der Erarbeitung des neuen Krankenhausplans frühzeitig in den Entwicklungsprozess einbezogen werden.

Solche Regionalkonferenzen in den 16 Versorgungsgebieten bieten die Chance, frühzeitig mit den betreffenden Akteuren die Ergebnisse des Krankenhausplanungsgutachtens im konkreten lokalen und regionalen Kontext zu erörtern.

Mit den in den Regionalkonferenzen gewonnenen Erkenntnissen sollte sodann mit der Erarbeitung des neuen Krankenhausplans als Grundlage für die zukünftigen Krankenhausstrukturen begonnen werden. Auch in diesem Erarbeitungsprozess sollte laufend ein Bezug zur lokalen und regionalen Ebene sichergestellt sein. Im Rahmen themenbezogener Werkstattgespräche mit dort tätigen Akteuren könnten auf Einladung des MAGS einzelne Arbeitsergebnisse zum neuen Krankenhausplan im konkreten Kontext erörtert werden.

Die konkreten Abstimmungsprozesse im Rahmen der regionalen Planungskonzepte, die sich an die Veröffentlichung des neuen Krankenhausplans anschließen, sollten gestärkt werden. Dazu sollten die Bezirksregierungen und das MAGS frühzeitig bereits in der Phase der Erarbeitung regionaler Planungskonzepte eng eingebunden sein, um die spätere Konsistenz im Rahmen der planerischen Letztentscheidung zu gewährleisten. Falls sich in den regionalen Planungskonzepten ein Dissens abzeichnet, sorgen die zuständigen Behörden für eine kompetente und mit den betroffenen Parteien sowie dem Landesausschuss für Krankenhausplanung abgestimmte Moderation.

Notwendige Voraussetzung zukunftsfester Krankenhausstrukturen ist dabei stets die Synchronisierung von Krankenhausplanung, Investitionskostenfinanzierung und Betriebskostenfinanzierung. Im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung sind dabei die Verantwortlichkeiten eindeutig zugeordnet: Wer bestellt bzw. plant, bezahlt.

2.2 Planungstiefe, Versorgungsauftrag und Kapazitäten

Die Rahmenplanung in Nordrhein-Westfalen als Grundlage für die Krankenhausstrukturen sollte weiterentwickelt werden. Die Planung soll sich grundsätzlich an den Gebieten nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztinnen und Ärzte Nordrhein und Westfalen-Lippe orientieren.

Die Krankenhäuser müssen auch in medizinisch und pflegerisch inhaltlicher Hinsicht ein attraktiver Arbeitgeber bleiben, was nur bei nicht-fragmentierten Leistungsspektren gewährleistet werden kann. Nicht zuletzt um die Weiterbildung des dringend benötigten ärztlichen Nachwuchses weiter garantieren zu können, ist eine kleinteilige Leistungsplanung nicht sinnvoll.

In besonderen Fällen – etwa bei der Ausweisung von Intensivbetten, Zentren oder besonderen Angeboten – ist es auch weiterhin erforderlich, differenzierte Planausweisungen zu treffen. Im Rahmen des Entwicklungsprozesses zum neuen Krankenhausplan sollte zudem mit den Akteuren auf lokaler und regionaler Ebene erörtert werden, ob regionale Öffnungsmöglichkeiten mit einer gezielten, differenzierten und abgestimmten Ausweisung ein Weg sein könnte, die Umsetzung struktureller Veränderungsprozesse – auch im Kontext von Fördermaßnahmen des Krankenhausstrukturfonds – zu flankieren.

Anders als beim Krankenhausplan NRW 2015 wird aktuell nicht die Notwendigkeit gesehen, einen weiteren landesweiten und generellen Bettenabbau einzuleiten. Bei Bedarf und je nach Fachrichtung sind

Anpassungen auf der Ortsebene im Rahmen regionaler Planungskonzepte vorzunehmen. Insofern ist auch bei der Kapazitätsdebatte die örtliche Ebene zu stärken und mit flexiblen Instrumenten auszustatten.

Der Einfluss von soziodemografischen Faktoren auf die Krankenhaushäufigkeit (wie z. B. Arbeitslosigkeit, Armut, Alter, Erwerbsminderung) und die Auswirkungen von Bettensperrungen auf die nutzbare Bettenkapazität (z. B. aufgrund von Infektion/Kolonisation mit multiresistenten Erregern, präfinaler Phase/palliativer Situation, Patienten mit einer schweren Erkrankung oder Begleiterkrankung) sind bei der Kapazitätsbemessung zu berücksichtigen.

Die Ausweisung von Gesamtbetten- und -plätzahlen auf Standortebezug ist ausreichend. Die Ausweisung von konkreten und verbindlichen Bettenkapazitäten auf Ebene der Gebiete wird grundsätzlich als entbehrlich erachtet. Dabei sollte die Gesamtbettenplanung flexibilisiert werden, um auf Belegungsspitzen und Bettensperrungen krankenhaushausindividuell reagieren zu können. Eine flexible Bettenplanung – z.B. durch Festlegung von Schwankungsbreiten oder Bettenkorridoren – gestattet rasche Reaktionsmöglichkeiten auf unvorhersehbare Ereignisse.

Das Bett als Planungsgröße ist nach wie vor relevant, denn

- es bietet derzeit eine konkrete und belastbare Planungsgröße durch die eindeutige Definition und Abgrenzbarkeit,
- es ist praktikabel und trennscharf in Bezug auf die zu beplanende Region, die zu erwartende Krankenhaushäufigkeit sowie die Anzahl der Standorte,
- es stellt eine häufig genutzte Bezugsgröße statistischer Erhebungen dar (z.B. im Bereich der Krankenhaushygiene).

Da eine in die Zukunft gerichtete Gesamtbettenplanung auf Landesebene immer auch prognostischen Unsicherheiten unterliegt, könnte auch diese flexibler, z. B. durch Festlegung eines Gesamtbettenkorridors auf Landesebene, ausgestaltet werden.

Im Rahmen eines regelmäßigen Versorgungsmonitorings ist grundsätzlich darauf zu achten, dass sich die Rahmenplanung des Landes nicht negativ auf die flächendeckende und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen auswirkt. Insbesondere darf es nicht geschehen, dass medizinische Entwicklungen (neue Diagnostik und Therapie) nicht mehr – wie dies bislang der Fall ist – in die Fläche diffundieren können und so die Patienten überall in Nordrhein-Westfalen an der medizinischen Entwicklungen teilhaben können.

2.3 Erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung

Alle Einwohnerinnen und Einwohner Nordrhein-Westfalens sollen innerhalb von 20 Minuten ein Krankenhaus erreichen können. Kürzere Erreichbarkeiten können erforderlich sein, wenn insbesondere Nachteile für die rettungsdienstliche Versorgung zu erwarten sind.

Die Krankenhausstandorte spielen in der Krankenhausplanung aktuell eine zentrale Rolle. Der Fokus der Krankenhausplanung liegt im Sinne einer Planung der bedarfsnotwendigen Krankenhauskapazitäten auf den (bestehenden) einzelnen Krankenhausstandorten, ihrer Auslastung in den planungsrelevanten (Fach)gebieten und der zu erwartenden (fach)gebietspezifischen Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Verweildauern. Auf Grundlage dieser Daten kann der Umfang der gegenwärtig und künftig bedarfsnotwendigen Bettenkapazitäten in einer Region ermittelt werden.

Die Erreichbarkeit wird traditionell im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigt. Erreichbarkeitskriterien können allerdings auch weitergehende Anhaltspunkte zur Verhinderung von Unterversorgung und zum Abbau von Überversorgung bieten; ihre stärkere Nutzung in diesem Kontext ist möglich und sinnvoll.

Erreichbarkeitskriterien könnten sowohl als Indikator für eine Unterversorgung als auch für eine Überversorgung gelten.

- Vermeidung von Unterversorgung: Ein Mindestreichbarkeitskriterium könnte dazu verwendet werden, um im Falle einer (drohenden) regionalen Überschreitung dieses Kriteriums steuernd einzugreifen, in dem etwa von der Schließung bedrohte Strukturen (z. B. durch einen Sicherstellungszuschlag) gestützt oder neue Strukturen etabliert werden. Sollte beides nicht sinnvoll sein, müssen alternative Ansätze erwogen werden (z.B. durch gezielte und abgestimmte Ausweisung unterhalb der Gebietsebene wie beispielsweise der Ausweisung einer Geburtshilfe ohne Ausweisung einer Gynäkologie).
- Vermeidung/Abbau von Überversorgung: Ein Mindestreichbarkeitskriterium könnte dazu dienen, die Fachabteilungen zu identifizieren, die nicht mehr bedarfsnotwendig sind.

Darüber hinaus können Erreichbarkeitsanalysen aber auch für erreichbarkeitsoptimierte Neuplanungen von Krankenhausstandorten „auf der grünen Wiese“ oder Neuverteilungen von Fachabteilungen zwischen bestehenden Krankenhausstandorten verwendet werden. In all diesen Überlegungen spielen die Krankenhausstandorte aber weiterhin eine zentrale Rolle; es geht „lediglich“ darum, ihre Zahl, ihre geografische Lage und gegebenenfalls die Aufgabenverteilung zwischen den Standorten orientiert an Erreichbarkeitskriterien anzupassen.

Insbesondere im Bereich der Notfallversorgung muss darauf geachtet werden, dass eine ausreichende Erreichbarkeit der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser gewährleistet ist (unabhängig von der Erfüllung der G-BA-Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern).

Eine erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung alleine kann jedoch die „herkömmliche“ standortbezogene Krankenhausplanung nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen.

Eine Abwägung von Erreichbarkeitszielen mit anderen Zielen der Krankenhausplanung ist dabei erforderlich.

2.4 Qualitätsaspekte in der Krankenhausplanung

Rechtssichere Strukturqualitätsvorgaben werden grundsätzlich unterstützt, sofern sie geeignet sind, die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten in unserem Bundesland sichern und verbessern zu helfen. Die Patientin bzw. der Patient muss im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. Rechtssichere qualitative Vorgaben müssen nachweislich einer verbesserten Patientenversorgung dienen.

Qualitative Vorgaben müssen den wissenschaftlichen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin genügen. Daraus folgt, dass die notwendige Qualität qualitativer Vorgaben höchstes Prüfkriterium ist. Eine vorherige Auswirkungsanalyse ist zwingend erforderlich.

Mindestfallzahlen als Planungsinstrument sind grundsätzlich restriktiv und rechtssicher zu handhaben. Regelungen zu Mindestfallzahlen beruhen auf der Annahme, dass die erbrachte Leistungsmenge ein valides Surrogat für die Qualität der Behandlung darstellt. Besteht die Möglichkeit, Ergebnisqualität hinreichend präzise zu messen, so entfällt der Bedarf für das Surrogat. Krankenhäuser von der Erbringung einer Leistung

auszuschließen, obwohl diese eine hohe Ergebnisqualität hierfür nachweisen können, ist durch den Verweis auf die nicht erreichte Mindestfallzahl nicht zu rechtfertigen.

Bezugnahmen auf Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften bilden keine mustergültige Grundlage der Krankenhausplanung, da sie das ärztliche Handeln und nicht die Krankenhausplanung zum Gegenstand haben.

Sie bilden nicht per se den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ab.

Als Aufnahmekriterien eines Krankenhauses in den Krankenhausplan sind weder Leitlinien noch Stellungnahmen und Empfehlungen geeignet. Sie haben jeweils nur einen partiellen Blick auf eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten, nicht jedoch einen ganzheitlichen Blick unter Berücksichtigung der lokalen und regionalen Versorgungssicherstellung und Daseinsvorsorge.

IV. Perspektiven der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in NRW – Anstöße zu einer Weiterentwicklung

In einem Flächenland wie Nordrhein-Westfalen müssen sich die Menschen auch in Zukunft darauf verlassen können, flächendeckend die qualitativ hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu erhalten, die ihrem jeweiligen Bedarf entspricht. Angesichts der vielfältigen Herausforderungen und Einflussfaktoren wird es für alle Beteiligten allerdings zunehmend schwieriger, diesen Versorgungsauftrag unter den aktuellen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen im Interesse der Patienten zu erfüllen. Trotz einiger Fortschritte in den vergangenen Jahren stoßen Patientinnen und Patienten beispielsweise noch zu häufig auf eine für sie unsichtbare Mauer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Nordrhein-Westfalen als bevölkerungsreichstes Bundesland sollte hier Impulse setzen und nachhaltige Perspektiven für eine sach- und fachgerechte Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen entwickeln. Notwendig sind dabei auch Lösungen, die über die bisherige Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hinausgehen.

1. Das Krankenhaus als Gesundheitszentrum für die Menschen vor Ort

Das Krankenhaus als Gesundheitszentrum für die Menschen vor Ort bietet – gerade in einem Flächenland wie Nordrhein-Westfalen – eine nachhaltige Perspektive für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung im Interesse der Patienten.

Die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen hin zu Krankenhäusern als Gesundheitszentren würde zu einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgungssicherheit beitragen und sich dabei durch eine verlässliche Erreichbarkeit auszeichnen. Neben der dezentralen hausärztlichen Versorgung wäre das Krankenhaus als Gesundheitszentrum die zentrale Anlaufstelle für die Menschen vor Ort, in der eine möglichst ganzheitliche Gesundheitsversorgung ohne Brüche erfolgen könnte. Stationäre und ambulante Versorgung würden endlich Hand in Hand gehen. Es ergäben sich Möglichkeiten zu einer Versorgung der kurzen Wege zwischen Diagnostik und Therapie.

Die Wahlmöglichkeiten der Menschen würden sich durch das Krankenhaus als Gesundheitszentrum erweitern. Krankenhäuser dürften mit niedergelassenen Ärzten enger kooperieren und ambulante Leistungen auch selbst erbringen. Um ihre Leistungen am medizinischen und pflegerischen Bedarf der Menschen vor Ort zielgerichtet ausrichten zu können, würde es größerer Freiräume für eigenverantwortliche Entscheidungen bedürfen. In den meisten Industrienationen ist es bereits

selbstverständlich, dass insbesondere spezialisierte, ambulante fachärztliche Leistungen grundsätzlich in den Krankenhäusern erbracht werden. Die Krankenhausärzte bringen ihre Erfahrungen in die ambulante Behandlung mit ein. In der sektorenübergreifenden Kooperation und Zusammenarbeit liegen Potentiale, die die Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessern könnten.

In einer Einstiegsstufe sollten die bisherigen Ambulanztypen (z. B. die Psychiatrischen, Psychosomatischen und Geriatrischen Institutsambulanzen) als Modell dienen, die in ihrem Leistungs- und Behandlungsspektrum deutlich gestärkt und ausgeweitet werden. Weitere Leistungsbereiche sollten zeitnah folgen. In einer weiteren Stufe würden die Krankenhäuser als Polikliniken mit einer deutlichen Reduzierung (und auf Sicht Abschaffung) der sogenannten doppelten Facharztschiene fungieren. In der nächsten Ausbaustufe entstünden deutlich gestärkte Gesundheitszentren, die Anlaufstelle für die Menschen vor Ort in der stationären und ambulanten fachärztlichen Versorgung wären. Zudem könnte sich bei Bedarf auch hausärztliche Versorgung am Krankenhaus ansiedeln.

Das Krankenhaus als Gesundheitszentrum für die Menschen vor Ort darf allerdings bei einer engeren Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung nicht Halt machen: Weitere Anbieter für die Gesundheitsversorgung sollten sich im Gesundheitszentrum – bis hin zu präventiven sowie Schulungs- und Fortbildungsangeboten – ansiedeln.

2. Medizinisch-Pflegerisches Versorgungszentrum (MPVZ)

Neben einem Impuls aus Nordrhein-Westfalen für Krankenhäuser als Gesundheitszentren für die Menschen vor Ort, sollte aus Nordrhein-Westfalen heraus auch ein Impuls für das krankenhausesgestützte „Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentrum (MPVZ)“ gegeben werden.

Bei der etwaigen Schließung eines Krankenhausstandortes – insbesondere in ländlichen Regionen – stellt sich automatisch die Frage nach der Sicherstellung der Vor-Ort-Versorgung. In diesen Fällen besteht nicht mehr die Möglichkeit, den Krankenhausstandort hin zu einem Gesundheitszentrum für die Menschen vor Ort zu entwickeln.

Eine Lösung bietet für diese Fälle das durch ein oder mehrere Krankenhäuser in einer Region als Satellit betriebene MPVZ mit einem breiten, aber niederschwelligem Leistungsangebot.

Der Vorteil eines solchen MPVZ liegt in der Vernetzung von ambulanter, teilstationärer und niederschwelliger stationärer Versorgung sowie Kurzzeitpflege und Altenpflege. Diese vernetzten Leistungen könnten in einem MPVZ, das an die Stelle eines geschlossenen Krankenhausstandortes tritt bzw. bei Bedarf bestehende Strukturen ergänzt, erbracht werden, ohne dass Versorgungsbrüche entstehen.

Ein MPVZ besteht im Wesentlichen aus zwei zentralen und ineinander greifenden Bereichen:

1. Dem Bereich eines klassischen MVZ mit konservativ und operativ tätigen Ärzten (medizinischer Bereich). Dieser Bereich wird durch eine „Kurzlieger-Einheit“ für postoperative Überwachungen und die kurzstationäre Unterbringung z.B. internistischer Erkrankungsfälle erweitert.
2. Dem Bereich einer mehrdimensionalen pflegerischen Versorgung (pflegerischer Bereich). Hier können ambulant unterversorgte pflegebedürftige Patienten aufgenommen und einem sorgfältigen Assessment unterzogen werden. Nach Maßgabe des Assessments kann eine Kurzzeitpflege im MPVZ zur Wiedererlangung einer ambulanten Versorgungsfähigkeit durchgeführt oder aber eine Unterbringung in einer Langzeitpflege organisiert werden. Sollte sich nach einer circa 72-stündigen Unterbringung auf der „Kurzlieger-Einheit“ des medizinischen Bereichs ein fortbestehender Pflegebedarf ergeben, könnte der betroffene Patient in den pflegerischen Bereich übernommen und dort wie bereits beschrieben versorgt werden.

Neben den beschriebenen Vorteilen eines MPVZ käme darüber hinaus hinzu, dass bei einem Betrieb durch ein oder mehrere Krankenhäuser in einer Region als Satellit Synergieeffekte genutzt werden könnten, indem z.B. auch der entsprechende Sozialdienst in regelhaften Sprechstunden vor Ort eingebunden ist. Darüber hinaus kann die Weiterbildung der Krankenhausärzte im ambulanten Bereich dort erfolgen, und unter Berücksichtigung einer flexiblen, familiengerechten Gestaltung von Arbeitszeiten könnten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ärztlichen und pflegerischen Bereich in ihren Familienzeiten hier in Teilzeit beschäftigt werden.

Eine weitere sektorenübergreifende Komponente könnte zudem über eine Vernetzung des MPVZ mit den umliegenden Altenheimen hinzugefügt werden. Ein Vorteil eines solchen MPVZ liegt auch darin, dass die betreibenden Krankenhäuser mit dem kompletten Know-how dahinterstehen. Die gibt den im Zentrum arbeitenden Ärztinnen und Ärzten und den Pflegenden die Sicherheit, jederzeit auf die Kolleginnen und Kollegen und die diagnostischen Möglichkeiten in den Krankenhäusern zurückgreifen zu können.