

Positionen der Krankenhausgesellschaft NRW zur Landtagswahl NRW 2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) legt in dieser Sonderausgabe von KGNW-Kompakt ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen dar.

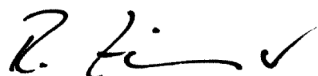
Im Mittelpunkt der KGNW-Positionen stehen zentrale Themen wie:

- die Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW
- die Investitionsfinanzierung
- die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung
- der Wettbewerb um die beste Qualität und
- der Ärztemangel.

Die von Präsidium und Vorstand der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen verabschiedeten Positionen sind Grundlage der KGNW für den Dialog mit der Landesregierung, den politischen Entscheidungsträgern sowie den Institutionen und Verbänden des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens.

Einen ersten Meinungsaustausch auf der Basis dieser Thesen hat die KGNW am 22. April 2010 mit führenden Vertretern der nordrhein-westfälischen Parteien im Rahmen einer Podiumsdiskussion und des daran anschließenden Frühjahrsempfangs durchgeführt. Über die Veranstaltung werden wir in der nächsten KGNW-Kompakt Ausgabe berichten.

Ihr



Richard Zimmer
Geschäftsführer der
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Inhalt

I. Kernforderungen	3
II. Positionen	5
1. Einleitung	5
1.1 Krankenhäuser – die tragende Säule der medizinischen Versorgung mit hoher gesellschaftlicher Verantwortung	5
1.2 Hohe Wachstums- und Beschäftigungspotentiale im Krankenhausbereich ..	5
2. Eine ausreichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser sicherstellen ..	6
3. Morbiditätsorientierte und demografische Faktoren bei der Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW berücksichtigen	7
4. Unterversorgung in der Psychiatrie/Psychotherapie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zügig abbauen	8
5. Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwinden – Krankenhäuser zu Gesundheitszentren entwickeln	9
6. Zulassungen der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V vereinfachen und beschleunigen	9
7. Medizinische Versorgungszentren in Verantwortung und Trägerschaft der Krankenhäuser weiter zulassen	10
8. Ärztemangel gemeinsam bekämpfen	11
9. Attraktivität des Pflegeberufes steigern	12
10. Krankenhäuser in NRW maßgeblich an der Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen	12
11. Wettbewerb um die beste Qualität ohne ruinösen Preiswettbewerb / Einkaufsmodelle mit selektiven Einzelverträgen werden abgelehnt	13
– <i>Patientensouveränität und Wahlfreiheit der Patienten müssen erhalten werden</i>	14
– <i>Interdisziplinäre und umfassende Aus- und Weiterbildung der Ärzte an Krankenhäusern muss weiter möglich sein</i>	14
– <i>Eine flächendeckende Notfallversorgung an Kliniken muss weiter sichergestellt werden</i>	14
– <i>Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag muss beim Land NRW bleiben</i>	14
12. Notwendige Neujustierung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung umsetzen	14
Zahlen Daten Fakten	16

I. Kernforderungen

- Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind die tragende Säule der medizinischen Versorgung in unserem Land. Sie tragen eine hohe gesellschaftliche Verantwortung für die Behandlung und Pflege ihrer Patienten. Als verlässliche Partner der Politik bei der Gestaltung des Gesundheitswesens brauchen und fordern die Krankenhäuser stabile und berechenbare Rahmenbedingungen.
- Die hohen Wachstums- und Beschäftigungspotentiale sowie die internationale Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhausbereichs müssen erhalten bleiben. Den Kliniken müssen die für die medizinische Versorgung und den medizinischen Fortschritt benötigten finanziellen Mittel bereitgestellt sowie eine ausreichende Refinanzierung von Personal- und Sachkosten garantiert werden.
- Eine Erhöhung der Krankenhausinvestitionen durch das Land unter Berücksichtigung der Baupauschale ist aufgrund der gravierenden Unterfinanzierung der nordrhein-westfälischen Kliniken bei der Krankenhausförderung durch das Land dringend erforderlich, denn eine Investitionsquote von nur noch etwa 4 % bedeutet Substanzverzehr und langfristigen Verfall.
- Bei der Neuaufstellung des Krankenhausrahmenplans für NRW ist auf die bisherige Detailplanung zugunsten einer Rahmenplanung zu verzichten – morbiditätsorientierte und demografische Faktoren sind zu berücksichtigen. Dabei sieht die KGNW die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag weiter beim Land Nordrhein-Westfalen.
- Nach wie vor besteht eine quantitative Unterversorgung in der Psychiatrie/ Psychotherapie und insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ psychotherapie in Nordrhein-Westfalen. Dieses muss im Rahmen der Psychiatrieplanung zügig abgebaut werden.
- Die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Krankenhäuser ist ein wichtiger Bestandteil zur Umsetzung des erklärten Ziels des Gesetzgebers, eine bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu erreichen. MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern leisten dabei schon jetzt einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung. Auch deshalb darf die Beteiligung der Kliniken an MVZ nicht auf unter 50 Prozent begrenzt werden.
- Die Kliniken in NRW fordern weiterhin eine offensive Zulassung der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter hochspezialisierter Leistungen und seltener Erkrankungen nach § 116b SGB V wie z. B. onkologische Erkrankungen, HIV/AIDS, Mukoviszidose und Tuberkulose. Mit der Zulassung von Krankenhäusern konnten bereits viele gesetzlich versicherte Patienten – wie ein privatversicherter Patient – eine Behandlung, z. B. bei einer onkologischen Erkrankung, aus einer Hand im Krankenhaus wählen, was dem vielfachen Wunsch der Betroffenen entspricht. Die ambulante Behandlung hochspezialisierter Leistungen und seltener Erkrankungen im Krankenhaus aus einem Guss ist mit erweiterten Wahlmöglichkeiten für die Patienten verbunden und bietet ihnen erhebliche Vorteile.
- Die Krankenhausträger nehmen ihre Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung wahr. Vor dem Hintergrund von über 1000 unbesetzten Arztstellen allein in NRW bedarf es gemeinsamer Anstrengungen, die Arztzahlen in

absehbarer Zeit durch eine maßgebliche Erhöhung ausreichend finanzierter Medizinstudienplätze und einen erleichterten Zugang zum Medizinstudium deutlich zu steigern. Die KGNW wird ihre Verantwortung in der landesweiten Koordinierungsstelle für die Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wahrnehmen. Parallel dazu muss die Weiterbildung in den Krankenhäusern strukturiert weiterentwickelt werden. Ebenso ist die Attraktivität der Pflegeberufe insbesondere durch eine attraktive Ausbildung zu steigern, da Prognosen davon ausgehen, dass bis zum Jahr 2020 zusätzlich 250.000 bis 380.000 Pflegekräfte benötigt werden. Die Ausbildung muss weiterhin praxisnah an und in Trägerschaft von Krankenhäusern erfolgen.

- Die Kliniken in NRW bekennen sich ausdrücklich zur Sicherung der Qualität der medizinischen Leistungen und der Patientenversorgung sowie zur Qualitätstransparenz für ihre Patienten. Der Wettbewerb um die Patienten muss auch zukünftig als Wettbewerb um die beste Qualität auf der Basis eines Festpreissystems ausgestaltet sein. Ein ruinöser Preiswettbewerb wird von der KGNW im Interesse der Patienten ebenso wie Einkaufsmodelle

mit selektiven Einzelverträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen strikt abgelehnt.

- Im Hinblick auf die zukünftige Finanzierung der Krankenversicherung ist eine Neujustierung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung unbedingt notwendig. Die Krankenhäuser sprechen sich für eine vom individuellen Arbeitsverhältnis abgekoppelte Finanzierungsregelung bei gleichzeitiger Wahrung der solidarischen Elemente der GKV mit umfassenden Wahlmöglichkeiten der Versicherten zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen aus. Bei der Aufwendung der Mittel ist der Finanzierungsbedarf für die medizinische Versorgung und für den medizinischen Fortschritt umfassend zu berücksichtigen. Unabdingbar muss das Morbiditätsrisiko im Bereich der stationären Versorgung von den Krankenkassen getragen werden. Vollzogen werden muss aber auch die Umstellung der Grundlohnrate, die für das Jahr 2010 letztmalig gilt, auf einen Orientierungswert, der vom Statistischen Bundesamt ermittelt wird und als tatsächlicher Wert ohne Einschränkungen für das Jahr 2011 gelten muss.

II. Positionen

1. Einleitung

1.1 Krankenhäuser – die tragende Säule der medizinischen Versorgung mit hoher gesellschaftlicher Verantwortung

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind die tragende Säule der medizinischen Versorgung und des medizinischen Fortschritts in unserem Land. Sie sind Rückgrat der Gesundheitsversorgung und gewährleisten allen Bürgern und ihren über vier Millionen Patienten einkommensunabhängig Zugang zu vielfältigen, komplexen Leistungen auf internationalem Spitzenniveau. Dabei tragen die Krankenhäuser täglich rund um die Uhr eine hohe gesellschaftliche Verantwortung für die Behandlung und Pflege ihrer Patienten unter Berücksichtigung der ethischen Werte und Grundhaltungen unserer Gesellschaft. Gerade bei Geburt, Krankheit und Tod zeigt sich, welche Werte und ethischen Grundhaltungen eine Gesellschaft lebt und fördert. Neben Schulen und Kindertagesstätten genießen die Krankenhäuser bei den Menschen eine hohe Wertschätzung und sichern Arbeitsplätze und Lebensqualität vor Ort.

1.2 Hohe Wachstums- und Beschäftigungspotentiale im Krankenhausbereich

Als zentraler Zukunftsfaktor sind die 418 Krankenhäuser in NRW mit ihren rund 230.000 Beschäftigten Motor für die Einführung von Innovationen, für die Aus-, Fort- und Weiterbildung im ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie Triebfeder für Forschung und Entwicklung. Mit einem Jahresumsatz von über 14 Milliarden Euro sind sie in vielen Städten einer der bedeutendsten Arbeitgeber und leistungsstarker Beschäftigungsanbieter und nehmen mit rund 18.000 Auszubildenden auch ihre gesell-

schaftliche Verantwortung für die Ausbildung wahr. Die Kliniken in NRW beschäftigen z. B. jeweils mehr Menschen als das Versicherungsgewerbe und die Automobilbranche.

Die Politik muss die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die hohen Wachstums- und Beschäftigungspotentiale des Krankenhausbereichs sowie die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser erhalten bleiben und nicht durch gesetzliche Rahmenbedingungen eingeschränkt werden. So tangiert bereits jetzt die enorm hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter in den deutschen Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Ländern die Patientenversorgung erheblich.

Zentrale Ursachen für diese Situation in den Kliniken sind immer neue Spargesetze sowie die Finanzierung unseres Gesundheitswesens nur über den Faktor Arbeit. Dies ist ein volkswirtschaftlicher Anachronismus, denn **zwischen dem medizinischen Bedarf einer immer älter werdenden Gesellschaft mit der Zunahme multimorbider Patienten und den Beitragszuwächsen aus Lohn- und Gehaltsentwicklung gibt es keinen schlüssigen Zusammenhang.**

Dieses überholte Modell hat aber zur Folge, dass die Betriebsausgaben der Krankenhäuser über die Entwicklung der Löhne und Gehälter der GKV-Versicherten finanziert werden müssen – eine volkswirtschaftliche Basis, die durch Globalisierung und internationale Arbeitsteilung immer weiter erodiert: Die Brutto-lohn- und Gehaltssumme (BLGS) am Bruttoinlandsprodukt (BIP) sinkt seit Jahren jedes Jahr um ca. 0,5 Prozent – auf nur noch 39,9 Prozent in 2008.

Dadurch hat sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser kontinuierlich verschärft mit der Folge, dass in den Kran-

Einleitung

kenhäusern nach offiziellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes immer mehr Patienten von immer weniger Personal behandelt werden müssen. Zu einer mit einer nicht ausreichenden Finanzierung der Krankenhausleistungen verbundenen Rationierung medizinischer Leistungen darf es nicht kommen.

Die Politik muss die Finanzierung des Gesundheitswesens weg vom Faktor Arbeit auf einer breiteren Finanzierungsbasis grundsätzlich neu regeln. Sichergestellt werden muss, dass für die Kliniken die für die medizinische Versorgung, den medizinischen Fortschritt und die für eine ausreichende Refinanzierung von Personal- und Sachkostensteigerungen benötigten finanziellen Mittel bereitgestellt werden.

Dabei verkennen wir keineswegs die haushaltspolitische Lage und die daraus erwachsenden Zwänge. Gleichwohl sollte auch von der kommenden Landesregierung trotz Rekordverschuldung die Notwendigkeit einer differenzierten Reaktion – z. B. Schutzschild für die Banken – gesehen werden. Diese differenzierte Antwort muss auch für den Krankenhausbereich gefunden werden.

2. Eine ausreichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser sicherstellen

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind die Investitionskosten der Krankenhäuser einschließlich der mit ihnen verbundenen Ausbildungsstätten durch Fördermittel der Länder zu finanzieren. Im Rahmen dieser gesetzlich vorgegebenen Investitionsförderung dürfen sich Nordrhein-Westfalen und die übrigen Länder wegen der gesellschaftspolitischen und volkswirtschaftlichen Bedeutung der Kliniken bei der Krankenhausfinanzierung nicht immer weiter zurückzie-

hen. Im Vergleich zu 1991 (3,6 Mrd. Euro) führen die Länder bis 2006 die Krankenhausfinanzierung um real (minus) 44,3 Prozent zurück und seit 1972 ist die Investitionsförderquote in NRW von 24,9 Prozent auf heute circa 4 Prozent abgesunken.

Demgegenüber hat die Bundesregierung auf der Basis eines von ihr bei Prof. Dr. Rürup in Auftrag gegebenen Gutachtens konstatiert, dass die Investitionsmittel bundesweit mindestens von 2,7 Milliarden Euro (2007) auf 5 Mrd. Euro aufgestockt werden müssen, um ein adäquates Investitionsniveau zu erhalten.

Danach ergibt sich für NRW die Notwendigkeit, die Fördermittel für die Krankenhäuser um jährlich zusätzlich mindestens 700 Millionen Euro für dringend notwendige Investitionen aufzustocken. NRW liegt bei der Krankenhausförderung seit der Neuregelung der Krankenhausfinanzierung 1972 bundesweit in Bezug zur Bevölkerungszahl NRW auf einem enttäuschenden 14. Platz und mit 83.286 Euro pro Planbett im Zeitraum von 1991 bis 2008 liegen die NRW-Kliniken sogar auf dem letzten Platz (siehe „Zahlen, Daten, Fakten“, S. 20/21).

Auch durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung in NRW mit der Einführung der Baupauschale, die von der KGW von Beginn an als zukunftsweisendes Verteilungsmodell mitgetragen und ausdrücklich begrüßt wurde, wird die gravierende Unterfinanzierung im Bereich der Krankenhausförderung durch das Land nicht beendet. Durch die Baupauschale werden die vom Land zur Verfügung gestellten Investitionsmittel nicht erhöht. Auch ist derzeit nicht zu erkennen, dass – wie vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales prognostiziert – mit den Gesamtmitteln der Baupauschale in Höhe von 190 Mio. Euro ein Investitionsvolumen von 1,9 Mrd. Euro realisiert wird.

Weiterhin treffen die Banken nach internem und externem Rating ihre Entscheidungen über die Kreditfähigkeit sowie die Darlehenskonditionen und damit über die Mittelvergabe und Realisierung von Investitionen in den Kliniken.

Hier bietet die Baupauschale für die Kreditinstitute aufgrund der gesetzlichen Vorgaben mit einem Parlamentsvorbehalt beim Haushaltsrecht keine ausreichende Absicherung. **Um aber mit langfristig verlässlichen Fördermitteln und günstigen Zinskonditionen dringend notwendige Investitionen finanzieren zu können, fordert die KGNW den Gesetzgeber auf, hier nachzubessern, um zu verhindern, dass die Banken z. B. zusätzliche Sicherheiten für einen mit der Baupauschale finanzierten Kredit fordern.** Hier müssen insbesondere überwiegend staatliche Institute wie die KfW-Förderbank und NRW Bank ihrer Verantwortung auch dadurch gerecht werden, dass sie die Baupauschale wie eine erstrangige Kreditabsicherung werten und anerkennen, um damit die Zinsbelastung der Krankenhäuser zu vermindern.

Eine weitere Forderung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser ist, die Deckungsfähigkeit der Fördergelder für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter für Zwecke der Baupauschale von max. 30 % aufzuheben, um den Kliniken mehr Handlungsspielraum einzuräumen. Durch die Aufhebung dieser gesetzlichen Regelung wird insbesondere kleinen und mittelgroßen Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, größere Investitionen umzusetzen.

Die Notwendigkeit einer dauerhaften und in der Höhe ausreichenden Krankenhausförderung wird im Hinblick auf eine nachhaltige Wirkung auf die Konjunktur und die Arbeitsplätze auch sehr prominent durch die Studie der PROGNOSE AG „Makroökonomische Auswirkungen zusätzlicher Investitionen im Krankenhaus-

bereich im Jahr 2009“ belegt. Nach dieser Studie führen Investitionen in die Krankenhäuser zu einem überproportionalen Anstieg des Bruttoinlandsprodukts. Generell liegt nach der Studie dieser Multiplikator oftmals nur in der Nähe von 1 und nicht wie bei den Krankenhäusern bei 1,8. Der hohe Multiplikator für das Krankenhauswesen begründet sich im Wesentlichen damit, dass durch diese spezifische Ausrichtung der Investitionen in besonderem Maße heimische Wertschöpfung gestärkt wird.

3. Morbiditätsorientierte und demografische Faktoren bei der Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW berücksichtigen

Verlässlichkeit und Planungssicherheit benötigen die nordrhein-westfälischen Kliniken auch im Hinblick auf die Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW, an der die KGNW aktiv mitwirkt.

Bei der Neuaufstellung des Krankenhausplans für NRW ist nach Überzeugung der KGNW auf die bisherige Detailplanung zugunsten einer Rahmenplanung zu verzichten – morbiditätsorientierte und demografische Faktoren müssen allerdings berücksichtigt werden. Diese Forderungen werden auch durch die Ergebnisse der Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) „Entwicklung des stationären somatischen Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2012 als Basis der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen“ eindrucksvoll belegt.

Die KGNW erkennt mit den Ergebnissen der Studie gleichzeitig an, dass es je nach Fachgebiet zu einem Auf- oder Abbau von Betten kommen kann. Sie spricht sich dafür aus, den neuen Krankenhausplan mit der konkreten Festlegung auf Rechengrößen zur Ermittlung landesweit bedarfsgerechter Versorgungskapazitätä-

Morbiditätsorientierte und demografische Faktoren bei der Neuaufstellung des Krankenhausrahmenplans NRW berücksichtigen

ten der Bevölkerung baldmöglichst vorzulegen – die Krankenhäuser brauchen Planungssicherheit. Dabei sieht die KGNW die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag weiter beim Land Nordrhein-Westfalen.

Eine Planung, die über die Gebiete nach der Weiterbildungsordnung der Ärzte (WBO) hinausgeht, hält die KGNW in den vier nachfolgend aufgeführten Bereichen für erforderlich:

- bei drohendem Versorgungsmangel bzw. drohender Unterversorgung,
- für schwer Brand- und schwer Hirnverletzte,
- für Intensivpflegeeinheiten
- bei gesetzlicher Vorgabe (z. B. Transplantationszentren).

Soweit im Zusammenhang mit der Neuaufstellung des Krankenhausplans zusätzliche Struktur-/ Qualitätsvoraussetzungen gefordert werden, müssen diese begründet und evidenzbasiert sein. Ferner müssen die Auswirkungen auf die Versorgung evaluiert werden.

4. Unterversorgung in der Psychiatrie/Psychotherapie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie zügig abbauen

Grundkonsens besteht in Nordrhein-Westfalen darüber, dass in der Psychiatrie/Psychotherapie und insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie eine quantitative Unterversorgung in Nordrhein-Westfalen gegeben ist. Belege hierfür sind sehr hohe Auslastungsgrade bei unterdurchschnittlichen Verweildauern in den jeweiligen Einrichtungen und regelmäßig vorliegende War-

telisten. Das verstärkte Auftreten psychischer Störungen und Krankheiten hat nicht zuletzt gesellschaftliche und soziale Ursachen, die durch die schwierige Wirtschaftslage noch verstärkt werden. Auf diese Herausforderung muss die Krankenhausplanung Antworten finden.

Für den Bereich der Psychiatrie und hier insbesondere für die Jugendpsychiatrie/psychotherapie fordert die KGNW im Rahmen der Psychiatrieplanung, die vorhandene Unterversorgung zügig abzubauen, damit es im laufenden Prozess nicht zu Fehlplanungen kommt.

Die KGNW schlägt vor, die Regionalisierung der landesweit ermittelten Kapazitäten auf Basis einer Fallzahlquote bis auf die Ebene der Versorgungsgebiete vorzunehmen und die Ermittlung der Bedarfskapazitäten unter Anwendung der Hill-Burton-Formel (HBF) anhand der quantitativen Eckwerte und der Bevölkerungsprognose für den Planungszeitraum umzusetzen. Die Regionalisierung bis auf Versorgungsgebietsebene sollte über eine Fallzahlquote auf Basis von Ist-Fällen unter Berücksichtigung der tatsächlich aktuellen Inanspruchnahme vorgenommen werden.

Weiterhin spricht sich die KGNW dafür aus, die Kapazitäten unterhalb der Versorgungsgebiete variabel zu gestalten und die konkrete Bedarfsfeststellung auf Orts- und Kreisebene im Rahmen eines regionalen Planungskonzeptes unter Berücksichtigung des Vorliegens von Wartelisten, extrem hoher Bettennutzungsgrade sowie der bestehenden Verzahnung mit angrenzenden Versorgungsgebieten umzusetzen.

Die Verhandlungspartner sollten die Möglichkeit erhalten, bei der Festlegung der einrichtungsbezogenen Kapazitäten einen Spielraum zur Über- oder Unterschreitung der rechnerischen Kapazitäten auszuschöpfen. Daneben sollten die Verhandlungspartner auf Orts- und Kreis-

ebene eruieren, inwieweit eine Veränderung der genannten Prozentanteile im Hinblick auf die Behandlungsangebote für Hörgeschädigte, geistig behinderte Menschen mit psychischen Störungen, sexuell deviante Minderjährige sowie für Suchtpatienten im qualifizierten Drogenentzug erforderlich ist, um die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

5. Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwinden – Krankenhäuser zu Gesundheitszentren entwickeln

Bei der zukünftigen Ausgestaltung der medizinischen Versorgung und einer wirtschaftlichen, wohnortnahen, patientenorientierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf hohem Qualitätsniveau müssen die Organisationsstrukturen allein aus dem Focus einer bestmöglichen Versorgung für die Patienten bestimmt sein. Die Kliniken in NRW wollen hier ihren Beitrag zum Abbau der Grenzen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor leisten und sich zu Gesundheitszentren weiterentwickeln, die auch ambulante Leistungen erbringen und ausdrücklich mit niedergelassenen Ärzten kooperieren. Die mit der Verzahnung stationärer und ambulanter Versorgung durch eine weitere Öffnung für ambulante Leistungen verbundenen erheblichen Versorgungsvorteile wollen die Kliniken für ihre Patienten nutzen und ihnen eine Behandlung aus einem Guss anbieten.

Medizinische Versorgungszentren in Trägerschaft von Krankenhäusern und die Umsetzung des § 116b SGB V nehmen eine zentrale Rolle bei der Weiterentwicklung der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und der zukünftigen Ausgestaltung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung ein

und steigern die Wahlmöglichkeiten für die Patienten. **Krankenhäuser müssen im Interesse der Versicherten und Patienten die Möglichkeit haben, durch Integrationsverträge, Kooperationen oder MVZ eine patientenorientierte Versorgung aus einem Guss anzubieten und ihr Know-How in die ambulante Versorgung einzubringen.**

6. Zulassungen der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V vereinfachen und beschleunigen

Im Sinne der vernetzten ambulant-stationären Patientenversorgung und einer größeren Wahlmöglichkeit für die Patienten fordern die Kliniken in NRW auch weiterhin eine offensive Zulassung der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter hochspezialisierter Leistungen und seltener Erkrankungen nach § 116b SGB V. Hierzu zählen z. B. onkologische Erkrankungen, HIV/AIDS, Mukoviszidose und Tuberkulose. Die ambulante Behandlung dieser Erkrankungen aus einer Hand im Krankenhaus bietet für die Patienten **erhebliche Vorteile und wird von den Patienten ausdrücklich gewünscht.**

Die KGNW hat von Beginn an von der Landesregierung gefordert, die vorhandenen gesetzlichen Regelungen im Sinne einer patientenorientierten Behandlung durch ein beschleunigtes Genehmigungsverfahren umzusetzen. Von den insgesamt circa 800 Anträgen der nordrhein-westfälischen Kliniken wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bisher ein Drittel entschieden. Mit der Zulassung von Krankenhäusern konnten bereits viele gesetzlich versicherte Patienten – wie ein privatversicherter Patient

Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwinden – Krankenhäuser zu Gesundheitszentren entwickeln

Zulassungen der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V vereinfachen und beschleunigen

– eine Behandlung z. B. bei einer onkologischen Erkrankung aus einer Hand im Krankenhaus wählen, was dem vielfachen Wunsch der Betroffenen entspricht.

Die KGNW begrüßt die Zusage des Ministeriums, noch bis zum Jahresende die Zulassungsverfahren für die jetzt noch vorliegenden Anträge abzuschließen. Damit besteht dann schließlich für alle Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung in NRW die Möglichkeit, bei hochspezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen eine Behandlung aus einem Guss am Krankenhaus zu wählen.

Eine offensive Zulassung der Krankenhäuser nach § 116b SGB V ist im Sinne der vernetzten ambulanten-stationären Patientenversorgung zudem dringend erforderlich, denn in Kooperationen und in der Zusammenarbeit auch über die Sektorengrenzen hinaus liegen Potentiale, die zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität beitragen.

7. Medizinische Versorgungszentren in Verantwortung und Trägerschaft der Krankenhäuser weiter zulassen

Die Kliniken müssen zur Überwindung der Schranken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Interesse ihrer Patienten weiterhin – wie im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) seit dem 1. Januar 2004 geregelt – die Möglichkeit haben, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in ihrer Trägerschaft zu gründen, um auf diese Weise an der vertragsärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten teilnehmen zu kön-

nen. Dies gilt für NRW mit einer pluralen Trägerstruktur ausdrücklich auch für Kliniken in Trägerschaft der Kommunen und der Landschaftsverbände. Die Gründung von MVZ durch Krankenhäuser ist damit ein wichtiger Bestandteil zur Umsetzung des erklärten Ziels des Gesetzgebers, eine bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu erreichen.

Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern als ein Instrument der Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich sind dabei keineswegs als Konkurrenz für die Vertragsärzte sondern vielmehr als wichtige Komponente einer engen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich und als sinnvolle Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung anzusehen.

Der verantwortungsvolle Umgang der Kliniken mit der Gründung von MVZ – dokumentiert durch die Abstimmung mit dem vertragsärztlichen Bereich – wird auch in der relativ geringen Anzahl von 54 MVZ von insgesamt 187 MVZ in NRW deutlich. Im 2. Quartal 2009 gab es bundesweit 1321 Medizinische Versorgungszentren als fachübergreifende Einrichtungen mit mindestens zwei Fachärzten unter ärztlicher Leitung, davon 38,3 Prozent in Klinikträgerschaft (siehe „Zahlen, Daten, Fakten“, S. 23/24). Aktuell kommt den MVZ gerade vor dem Hintergrund des Ärztemangels und steigendem Frauenanteil im Arztberuf besondere Bedeutung zu. Denn gerade durch von Krankenhäusern getragenen MVZ wird vielfach die fachrichtungsübergreifende ambulante Versorgung in dünner besiedelten Regionen gesichert und aufrechterhalten. Darüber hinaus bieten MVZ auch in Trägerschaft der Kliniken nicht nur Vorteile für eine koordinierte patiente-

norientierte Versorgung der kurzen Wege sondern auch für die Ärzte selbst.

Hier dürfen auch die **Vorteile für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte wie Wegfall des finanziellen Risikos für Praxisgründung, flexible (familienfreundliche) Arbeitszeiten, Erleichterung des Wiedereinstiegs in den Beruf (insbesondere für Ärztinnen), weniger Verwaltungsarbeiten durch Koordination sowie mehr Zeit für die ärztliche Behandlung** nicht außer Acht gelassen werden und müssen bei der Festschreibung zukünftiger rechtlicher Regelungen berücksichtigt werden.

8. Ärztemangel gemeinsam bekämpfen

Die Krankenhausträger nehmen ihre Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung wahr und räumen ihr einen hohen Stellenwert ein. Vor dem Hintergrund des aktuellen Ärztemangels und Wartelisten bedarf es **einer kurzfristig wirksamen Strategie und eines langfristig angelegten Konzepts**.

In der Diskussion um den Ärztemangel muss aber berücksichtigt werden, dass in Deutschland noch nie so viele Ärzte im Krankenhausbereich tätig waren wie zum jetzigen Zeitpunkt. Die Zahl der Ärzte in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern stieg allein im Zeitraum 1995–2008 um 4.200 an. Die ärztliche Arbeit wurde damit auf mehrere Schultern verteilt und somit konnten die Kliniken dem gestiegenen Interesse der Ärzte an einer ausgeglichenen Worklife-Balance entgegenkommen.

Dennoch fehlen nach Berechnungen des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) in Deutschland derzeit rund 5.000 Ärzte in den Krankenhäusern, davon circa 1.200 Ärzte in NRW-Kliniken. Betroffen hiervon sind vor allem die großen Fachgebiete Chirurgie, Innere Medi-

zin und Gynäkologie. **Angesichts dieses Ärztemangels fordert die KGNW eine maßgebliche Erhöhung ausreichend finanzierter Medizinstudienplätze und einen erleichterten Zugang zum Medizinstudium. Sie wird ihre Verantwortung in der landesweiten Koordinierungsstelle für die Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wahrnehmen. Parallel dazu muss die Weiterbildung in den Krankenhäusern strukturiert weiterentwickelt werden.**

Der Numerus Clausus als vorherrschendes Zulassungskriterium darf nicht mehr länger zahlreichen geeigneten Bewerbern den Weg in die Medizin erschweren oder gar versperren. Vielmehr müssen Bewerber mit nachgewiesener Eignung den Weg ins Medizinstudium wählen können. Aktuelle Zahlen belegen, dass das Interesse am Medizinstudium weiterhin groß ist, dass jedoch immer mehr Absolventinnen und Absolventen nichtmedizinische Berufe ergreifen. Diese Fehlallokationen müssen durch die Einbeziehung alternativer Kriterien in das Auswahlverfahren wie z. B. eine abgeschlossene Ausbildung in einem medizinischen Beruf, vermieden werden.

Die KGNW sieht zudem einen zentralen Grund für den sich verschärfenden Ärzte- und Nachwuchsmangel in der Reduzierung der Studienkapazitäten durch die Reform der Approbationsordnung im Jahr 2002. **Die Verringerung der Medizinstudienplätze muss zurückgenommen werden. Zudem müssen die Hochschulen finanziell und personell entsprechend ausgestattet werden,** um eine qualitativ hochwertige Ausbildung gewährleisten zu können, ansonsten droht durch den zunehmenden Ärztemangel in den Krankenhäusern eine Gefährdung der flächendeckenden, wohnortnahen und qualitativ auf hohem Niveau stehenden Patientenversorgung in NRW. Zudem sind die Auswahl- und Zulas-

**Ärztemangel
gemeinsam
bekämpfen**

**Attraktivität
des Pflege-
berufes stei-
gern**

**Krankenhäu-
ser in NRW
maßgeblich an
der Umsetzung
der sektor-
übergreifen-
den Qualitäts-
sicherung
beteiligen**

sungsgremien zum Medizinstudium personell so zu besetzen, dass nicht nur für die Wissenschaft sondern auch für die Versorgung der Patienten im ambulanten und stationären Bereich geeignete Bewerber ausgewählt werden.

9. Attraktivität des Pflegeberufes steigern

Die Krankenhausträger nehmen ihre Verantwortung für die Ausbildung wahr und räumen ihr einen hohen Stellenwert ein. So muss neben der Beseitigung des Ärztemangels vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen und einer aktuellen Studie die Attraktivität der Pflegeberufe gesteigert werden. Nach einer Studie der Universität Bremen ist gerade bei Schülern an Gymnasien das Image der Pflegeberufe zu steigern, denn von diesen Jugendlichen kann sich nur eine geringe Anzahl vorstellen, später in einem Pflegeberuf zu arbeiten. Zudem gehen Prognosen davon aus, dass bis zum Jahr 2020 zusätzlich 250.000 bis 380.000 Pflegekräfte benötigt werden.

Zur Steigerung der Attraktivität und zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe ist eine Novellierung der Ausbildung mit einem Übergang in eine generalistische Ausbildung aller Pflegeberufe notwendig. Voraussetzungen hierfür sind, dass eine bundeseinheitliche Ausbildung gesichert ist und es zu keinen länderspezifisch unterschiedlichen Ausbildungsregelungen kommt. **Weiterhin muss die aktuelle Finanzierung der Ausbildung durch die Gesetzlichen Krankenkassen (§ 17a KHG) ohne Streichung finanzieller Mittel erhalten bleiben. Die praxisnahe Ausbildung und die bewährte praxisnahe Gestaltung des Unterrichts müssen weiterhin an und in Trägerschaft von Krankenhäusern erfolgen, damit die enge Einbindung der Krankenhausträger gewährleistet bleibt.**

Hinsichtlich der Akademisierung der Pflegeberufe darf es zu keiner vollständigen Verortung der Erstausbildung der Krankenpflegeberufe an Fachhochschulen kommen. Eine zusätzliche Primärqualifikation soll nur ergänzend an Hochschulen erworben werden können, um den steigenden und veränderten Ansprüchen im Bereich der Aus- und Weiterbildung gerecht zu werden.

10. Krankenhäuser in NRW maßgeblich an der Umsetzung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen

Die Krankenhäuser bekennen sich ausdrücklich zur Sicherung der Qualität der medizinischen Leistungen und der Patientenversorgung sowie zur Qualitätstransparenz für die Patienten. Bei der Ausgestaltung der zukünftigen sektorübergreifenden Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss muss eine kontinuierliche Einbeziehung der Landesebene gewährleistet werden, um die bestehenden bewährten Strukturen auf Landesebene bei den Umsetzungsüberlegungen zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung zu berücksichtigen.

Nach den Vorgaben des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) soll die Qualitätssicherung künftig grundsätzlich sektorübergreifend ausgestaltet werden. Dies bedeutet, dass die bislang sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahren im vertragsärztlichen und stationären Bereich zusammengeführt und aufeinander abgestimmt werden sollen. Entsprechend wurden die Entscheidungsstrukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss angepasst und ein einziges sektorübergreifend besetztes Beschlussgremium eingerichtet.

Dringend erforderlich ist, dass bei der Ausgestaltung der zukünftigen sektorübergreifenden Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die bewährten föderalen Strukturen berücksichtigt werden.

In NRW haben die KGNW, die Kassenverbände, die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe frühzeitig eine Arbeitsgruppe gebildet, in der Vorschläge zur Ausgestaltung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung erarbeitet werden. Beispielhaft soll ein Pilotprojekt im Bereich der invasiven Kardiologie durchgeführt werden.

11. Wettbewerb um die beste Qualität ohne ruinösen Preiswettbewerb / Einkaufsmodelle mit selektiven Einzelverträgen werden abgelehnt

Im Hinblick auf die Qualitätstransparenz für die Patienten sowie die Umsetzung der vielfältigen Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsverfahren, die auch in ihrem Umfang nicht mit anderen Ländern vergleichbar sind, stellen sich die Krankenhäuser in NRW dem sich kontinuierlich verschärfenden Wettbewerb.

Bereits heute ist Wettbewerb im Krankenhausbereich mit der Einführung des leistungsorientierten Vergütungssystems (DRG-System/Diagnosis-Related Groups) zu einer festen Größe geworden. Dies zeigen insbesondere die starken Patientenwanderungsbewegungen zwischen den Krankenhäusern, die zunehmenden Kooperationen, Fusionen sowie Krankenhausverkäufe und -übernahmen. Das DRG-System beruht darauf, dass aufgrund der gesetzlichen Vorschriften die durchschnittlichen Kosten für die Leistungen der Krankenhäuser ohne Gewinnan-

teil kalkuliert und jeweils in Fallpauschalen abgebildet werden. In diesem Fallpauschalensystem wird bei der tatsächlichen Abrechnung der jeweils erbrachten Leistung im Krankenhaus, unabhängig vom tatsächlichen Aufwand im einzelnen Fall, jeweils die einzelne Fallpauschale mit deren durchschnittlichem Preis abgerechnet. Jeder Eingriff in dieses bestehende und funktionierende System in der Form, dass einzelne Leistungen der Krankenhäuser aus diesem System herausgetrennt und selektiv verhandelt werden, wäre ein Systembruch und wird von der KGNW strikt abgelehnt. Konsequenterweise müssten nämlich dann die im Festpreissystem verbleibenden Leistungen krankenhausesindividuell höher vergütet werden.

Der Wettbewerb um die Patienten muss auch zukünftig im Rahmen dieses Festpreissystems als Wettbewerb um die beste Qualität und Leistung, nicht aber als Preiswettbewerb ausgestaltet sein – **ein ruinöser Preiswettbewerb wird strikt abgelehnt:**

Aus Sicht der KGNW ist ein Preiswettbewerb mit dem Ziel einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung nicht vereinbar. Dieser Wettbewerb würde zu einem Preissenkungswettbewerb mit Dumpingpreisen bei sinkenden Erlösen in den Kliniken sowie zu Qualitätsverlusten in der Versorgung führen. Weiterhin würden die Krankenkassen eine Monopolstellung erhalten und die Krankenhäuser könnten sich einem Preisdiktat der Krankenkassen insbesondere in Ballungsräumen nicht entziehen.

Aus Sicht der KGNW müssen zudem aufgrund von Einkaufsmodellen und Selektivverträgen zusätzliche Kosten von den Kliniken getragen werden, die durch stärkere Auslastungsschwankungen, durch einen hohen Spezialisierungsgrad des Klinikpersonals sowie durch die Vor-

Wettbewerb um die beste Qualität ohne ruinösen Preiswettbewerb / Einkaufsmodelle mit selektiven Einzelverträgen werden abgelehnt

haltung der für die Behandlung notwendigen Anlagen und Einrichtungen entstehen.

Mit Einkaufsmodellen und selektiven Einzelverträgen sind wesentliche Forderungen der KGNW nicht vereinbar:

– *Patientensouveränität und Wahlfreiheit der Patienten müssen erhalten werden*

Verbunden mit einer Systemumstellung auf Einzel- und Selektivverträge sind zudem erhebliche Einschränkungen der Patientensouveränität durch die unumgängliche Einweisungssteuerung durch die Krankenkassen. Zum einen würde dies zu Lasten der Wahlfreiheit der Patienten gehen und zum anderen hätte der Patient die Mehrkosten zu tragen, wenn er ein anderes als das von den Krankenkassen zugewiesene Krankenhaus in Anspruch nehmen will.

– *Interdisziplinäre und umfassende Aus- und Weiterbildung der Ärzte an Krankenhäusern muss weiter möglich sein*

Durch entsprechende Einzel- und Selektivverträge werden die Leistungsspektren in den einzelnen Kliniken stark variieren oder stark eingeschränkt und damit eine interdisziplinäre und umfassende Aus- und Weiterbildung unmöglich gemacht. Nahezu unvermeidbar wären massive Qualitätseinbußen in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten sowie im Bereich der Pflegeberufe sowie auch eine erhebliche Reduktion der Gesamteffizienz des Versorgungssystems. Zudem könnten neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an bestimmten Standorten wegen fehlender Verträge nicht mehr eingeführt werden und somit die für die Ausbildung des Pflegepersonals und der Ärzte notwendigen Ausbildungspläne und

-inhalte nicht eingehalten und umgesetzt werden.

– *Eine flächendeckende Notfallversorgung an Kliniken muss weiter sichergestellt werden*

Weitere negative Auswirkungen haben Einkaufsmodelle auch auf die von den Kliniken flächendeckend vorzuhaltende Notfallversorgung, die im Rahmen von Einkaufsmodellen nach wie vor von den Kliniken rund um die Uhr geplant und sichergestellt werden muss. Auch bei der Notfallversorgung sind umfangreiche interdisziplinäre Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich, die durch ein eingeschränktes Leistungsspektrum nicht mehr gegeben wären.

– *Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag muss beim Land NRW bleiben*

Zudem wird der weiter geltende Grundsatz, dass die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und der Sicherstellungsauftrag weiter beim Land Nordrhein-Westfalen liegt, durch selektives Kontrahieren ausgehebelt, da die Krankenkassen in einem Einkaufsmodell bestimmen können, wo welche Leistungen zu welchem Preis erbracht würden. Letztlich wäre das das Ende der Krankenhausplanung durch das Land.

12. Notwendige Neujustierung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung umsetzen

Im Hinblick auf die zukünftige Finanzierung der Krankenversicherung ist eine Neujustierung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer dauer-

haften Beitragsimplosion unbedingt notwendig. Bei dieser Neufestlegung sprechen sich die Krankenhäuser für die grundsätzliche Beibehaltung der solidarisch organisierten Finanzierung der GKV mit umfassenden Wahlmöglichkeiten der Versicherten zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen aus.

Bei der Aufwendung der Mittel muss der Finanzierungsbedarf für die medizinische Versorgung und für den medizinischen Fortschritt umfassend berücksichtigt werden. **Unabdingbar muss das Morbiditätsrisiko von den Krankenkassen getragen werden. Nicht hingenommen werden kann, dass durch steigende Fallzahlen und Fallschwere in den Kliniken die Landesbasisfallwerte abgesenkt werden und sich damit die Krankenhausvergütungen (Finanzierungsgrundlagen) verringern.**

Vollzogen werden muss aber auch die Umstellung der Grundlohnrate, die für das Jahr 2010 letztmalig gilt, auf einen Orientierungswert, der vom Statistischen Bundesamt ermittelt wird und als tatsächlicher Wert ohne Einschränkungen für das Jahr 2011 gelten muss.

Die Politik muss sicherstellen, dass in den Kliniken und bei den weiteren Leistungserbringern die für die medizinische Versorgung und den medizinischen Fortschritt benötigten finanziellen Mittel bereitgestellt und den Kliniken eine ausreichende Refinanzierung von Personal- und Sachkostensteigerungen garantiert wird. Darüber hinaus sind zukünftig stabile Rahmenbedingungen in der Finanzierung für die Kliniken durch weitsichtige, am Bedarf orientierte Finanzierungsregelungen notwendig.

Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen

Zahlen Daten Fakten

Inhaltsverzeichnis

I.	Krankenhäuser und Betten in Nordrhein-Westfalen.	17
1.	Entwicklung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser seit 1995	17
2.	Krankenhäuser und Betten nach Trägern	18
3.	Rationalisierung im Personalbereich in Nordrhein-Westfalen seit 1995 . . .	19
II.	Krankenhausinvestitionen im Vergleich	20
1.	KHG-Mittel 2008 je Bett	20
2.	Summe der KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2008 je Bett	21
III.	Landesbasisfallwerte 2009 vor Ausgleich und Kappung	22
IV.	Medizinische Versorgungszentren	23
1.	Medizinische Versorgungszentren in Deutschland	23
2.	Entwicklung der MVZ Gründungen	23
3.	Medizinische Versorgungszentren im regionalen Vergleich.	24

I. Krankenhäuser und Betten in Nordrhein-Westfalen

1. Entwicklung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser seit 1995

	1995	2008	1995 / 2008
Krankenhäuser	483	418	- 65
Betten	150.431	122.803	- 27.628
Beschäftigte*	256.044	231.753	- 24.291
Fälle in Mio.	3,53	4,10	0,60
Durchschn. Verweildauer in Tagen	12,60	8,30	- 4,30
Pflegetage in Mio.	44,41	34,00	- 10,40
Budget Mrd. € **	11,34	14,44	3,10

im Vorjahresvergleich

	2007	2008	2007 / 2008
Krankenhäuser	432	432	- 14
Betten	123.896	122.803	- 1.093
Beschäftigte*	231.375	231.753	- 378
Fälle in Mio.	4,00	4,10	0,10
Durchschn. Verweildauer in Tagen	8,50	8,30	- 0,20
Pflegetage in Mio.	34,30	34,00	- 0,30
Budget Mrd. € **	13,61	14,44	0,83

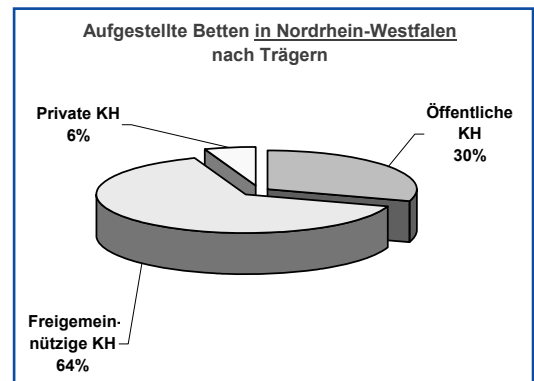
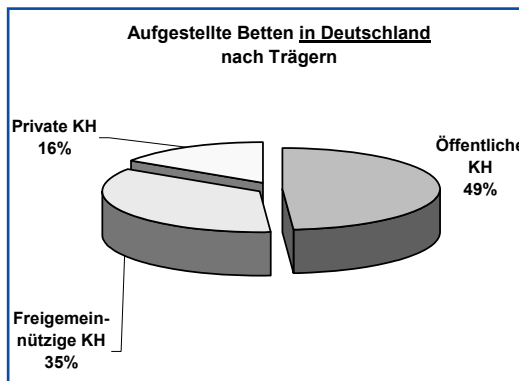
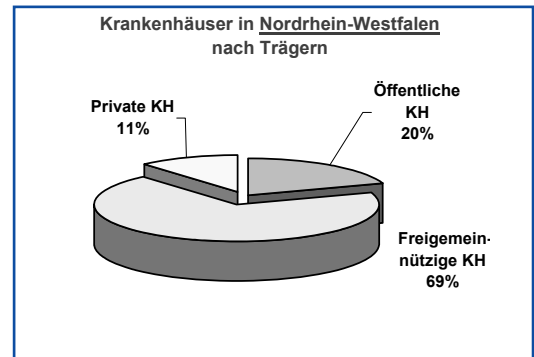
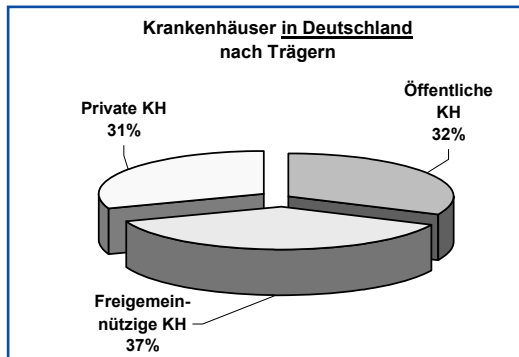
* Die Beschäftigten ergeben sich als Summe aus den hauptamtlichen Ärzten/-innen, den Zahnärzten/-innen, dem nichtärztlichen Personal sowie dem Personal der Ausbildungsstätten, ohne die Schüler/-innen und Auszubildenden

** bereinigte (pflegesatzfähige) Kosten

Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen; Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Jg. 1995, 2007 und 2008.

2. Krankenhäuser und Betten nach Trägern

Land	Krankenhäuser insgesamt		Trägerschaft					
	KH	Betten	öffentlich		freigemeinnützig		privat	
	KH	Betten	KH	Betten	KH	Betten	KH	Betten
Deutschland	2.083	503.360	665	246.423	781	177.085	637	79.852
Nordrhein-Westfalen	418	122.803	83	36.887	287	79.037	48	6.879



3. Rationalisierung im Personalbereich in Nordrhein-Westfalen seit 1995

	1995	2008	1995 / 2008
Beschäftigte insgesamt*	256.044	231.753	-24.291
davon:			
Ärztl. Dienst**	28.008	32.212	4.204
Pflegedienst	109.120	95.240	-13.880
Med-tech. Dienst	35.392	36.143	751
Funktionsdienst	21.417	24.411	2.994
Wirtschaftsdienst***	37.126	21.639	-15.487
Verwaltungsdienst	16.787	16.609	-178

im Vorjahresvergleich

	2007	2008	2007 / 2008
Beschäftigte insgesamt*	231.375	231.753	378
davon:			
Ärztl. Dienst**	31.775	32.212	437
Pflegedienst	94.643	95.240	597
Med-tech. Dienst	35.695	36.143	448
Funktionsdienst	23.542	24.411	869
Wirtschaftsdienst***	22.245	21.639	-606
Verwaltungsdienst	16.775	16.609	-166

* Die Beschäftigten ergeben sich als Summe aus den hauptamtlichen Ärzten/-innen, den Zahnärzten/-innen, dem nichtärztlichen Personal sowie dem Personal der Ausbildungsstätten, ohne die Schüler/-innen und Auszubildenden

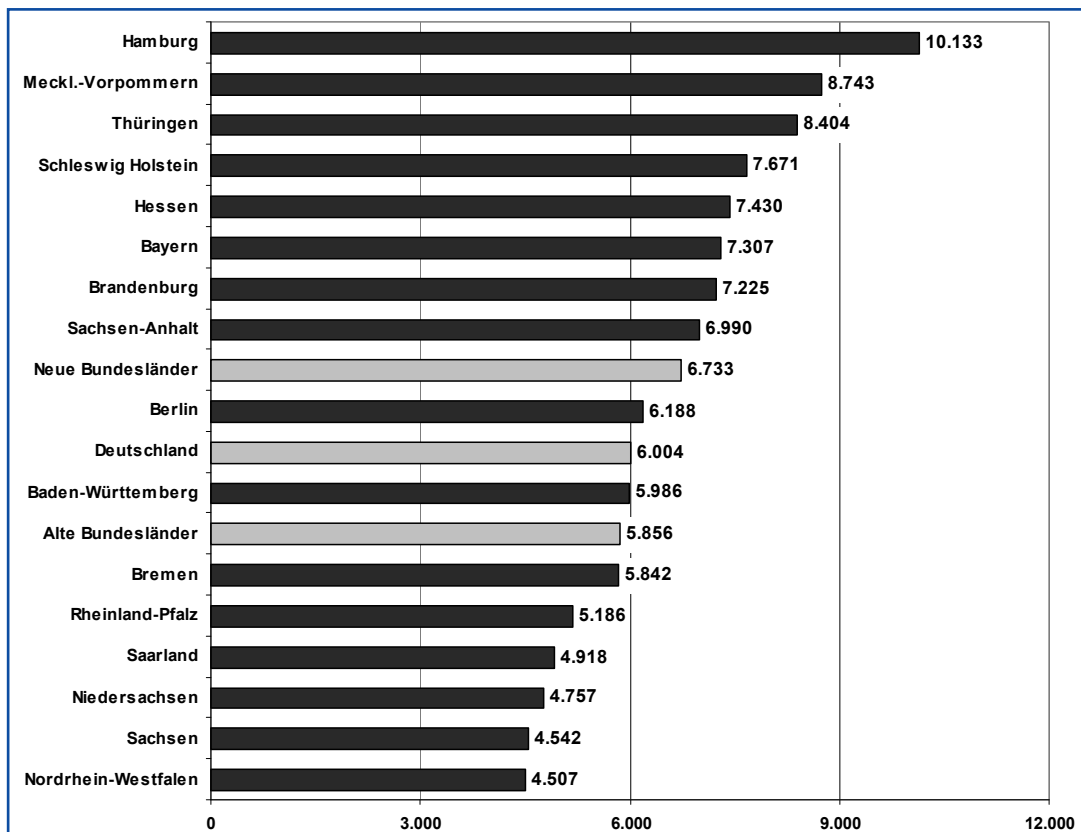
** inkl. Belegärzte

*** inkl. Klinisches Hauspersonal, Technischer Dienst

Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen; Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Jg. 1995, 2007 und 2008

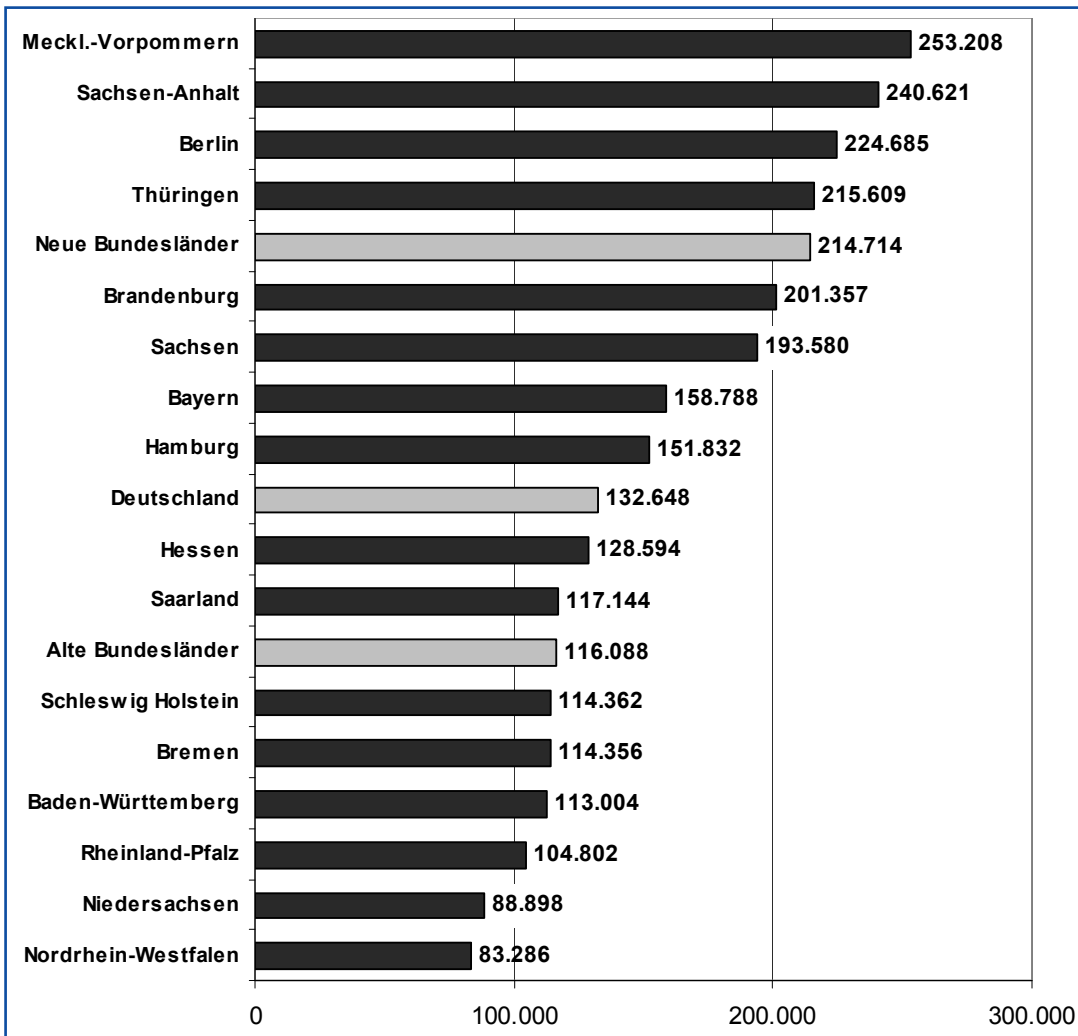
II. Krankenhausinvestitionen im Vergleich

1. KHG-Mittel 2008 je Bett



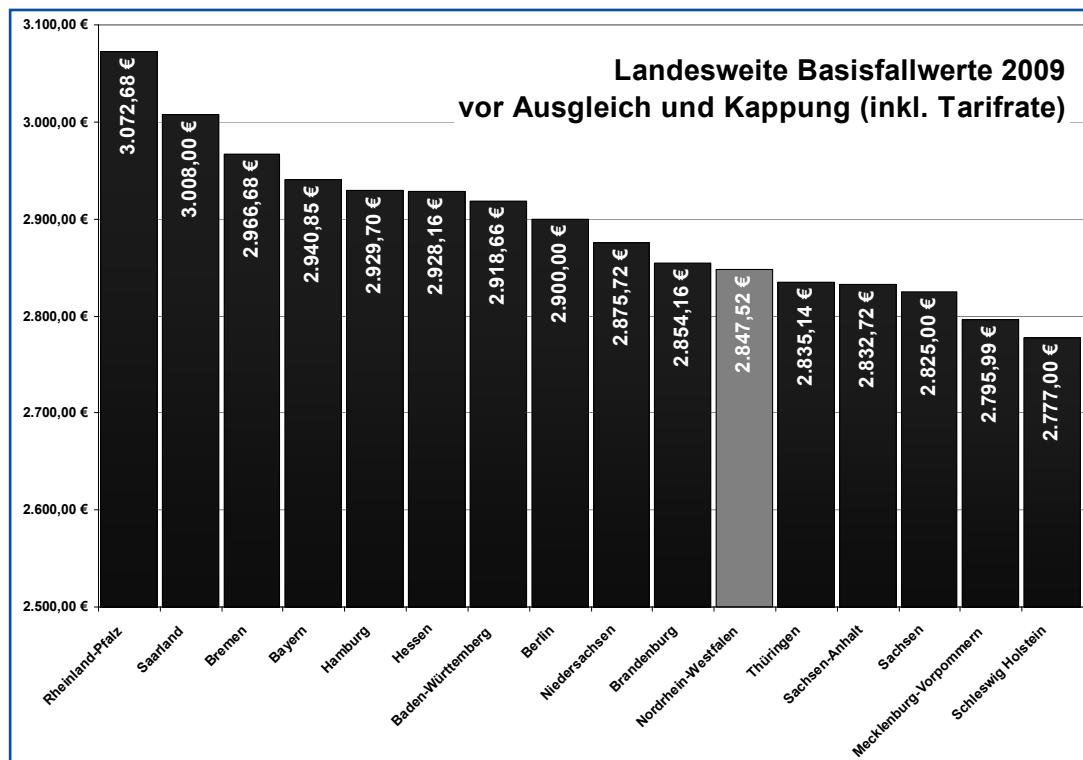
alle Werte in Euro

2. Summe der KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2008 je Bett



alle Werte in Euro

III. Landesbasisfallwerte 2009 vor Ausgleich und Kappung



IV. Medizinische Versorgungszentren

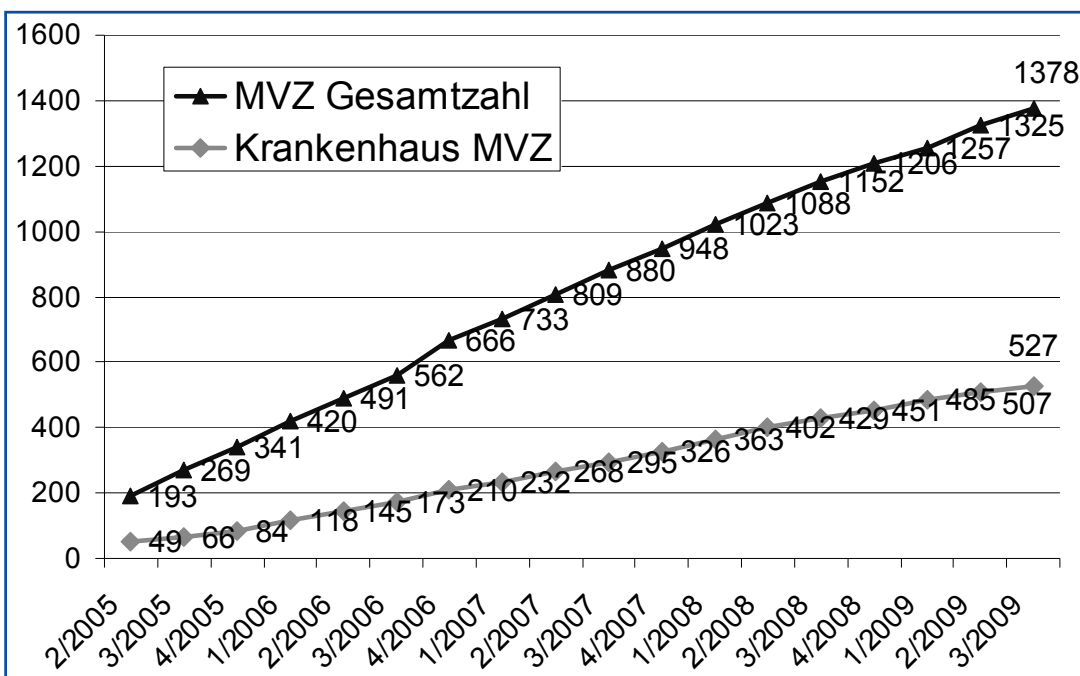
1. Medizinische Versorgungszentren in Deutschland

Anzahl der Zulassungen	1.378
Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	6.647
Ärzte im Anstellungsverhältnis	5.326
Durchschnittliche MVZ-Größe	4,8 Ärzte
In Trägerschaft von Vertragsärzten	50,7 %
In Trägerschaft eines Krankenhauses	38,2 %
Vorwiegende Rechtsformen	GmbH, GbR, Partnerschaft
Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte und Internisten

Stand: 3. Quartal 2009

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

2. Entwicklung der MVZ Gründungen



Stand: 3. Quartal 2009

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

3. Medizinische Versorgungszentren im regionalen Vergleich

	MVZ Gesamtzahl	MVZ in Krankenhaus- trägerschaft	Anteil in KH- Trägerschaft
Bayern	270	64	23,70 %
Niedersachsen	143	63	44,06 %
Sachsen	110	52	47,27 %
Baden-Württemberg	87	53	60,92 %
Thüringen	60	36	60,00 %
Berlin	139	36	25,90 %
Hessen	108	34	31,48 %
Brandenburg	51	32	62,75 %
Westfalen-Lippe	75	26	34,67 %
Nordrhein	112	28	25,00 %
Schleswig-Holstein	48	26	54,17 %
Sachsen-Anhalt	37	20	54,05 %
Rheinland-Pfalz	49	21	42,86 %
Mecklenburg-Vorpommern	24	15	62,50 %
Hamburg	40	11	27,50 %
Saarland	18	7	38,89 %
Bremen	7	3	42,86 %
Nordrhein-Westfalen	187	54	28,88 %
Deutschland gesamt	1378	527	38,24 %

Stand: 3. Quartal 2009

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herausgeber:
Krankenhausesell-
schaft Nordrhein-
Westfalen (KG NW),
Kaiserswerther
Straße 282,
40474 Düsseldorf
Verantwortlich:
Staatssekretär a. D.
Richard Zimmer,
Geschäftsführer
der KG NW
Redaktion:
Lothar Kratz,
Astrid Holler,
(Referat Politik/
Presse der KG NW),
Telefon
(02 11) 4 78 19-0,
Telefax
(02 11) 4 78 19-99.
Druck:
HORN-DRUCK
Schloßstraße 65
40477 Düsseldorf
Internet:
www.horn-druck.com

Erscheinungs-
datum:
Sonderausgabe,
26. April 2010

Der Bezugspreis
für ein Exemplar je
Ausgabe ist im
Mitgliedsbeitrag
enthalten.