



Sprechzettel

**des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen,
Karl-Josef Laumann,**

anlässlich der Landespressekonferenz

am 12. September 2019

zum Thema:

„Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen

– Es gilt das gesprochene Wort –

Sehr geehrte Damen und Herren,

das nun vorliegende Gutachten zeigt, dass die bisherige Krankenhausplanung zu einer problematischen Fehlentwicklung geführt hat. Das gilt nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für die Krankenhäuser, die eine solide und verlässliche wirtschaftliche Grundlage benötigen.

Das Gutachten kommt u.a. zu dem Ergebnis, dass es in der Tendenz in den Ballungszentren des Landes eine medizinische Überversorgung und in den ländlichen Teilen des Landes teilweise eine Unterversorgung gibt.

Gleichzeitig haben die Wissenschaftler festgestellt, dass es insbesondere im Rhein-Ruhr-Gebiet eine hohe Anzahl an Krankenhäusern mit relativ geringen Fallzahlen bei gleichzeitig hoher Häufigkeit dieser eng beieinanderliegenden Krankenhäuser gibt. Anders ausgedrückt: wir haben also in Teilen des Landes eine medizinische Überversorgung, die an einigen Standorten durch sehr geringe Fallzahlen gekennzeichnet ist.

Wer mehr Fälle einer bestimmten Krankheit behandelt, bringt mehr Expertise und Erfahrung mit. Das ist bekannt und ist belegt. Das bedeutet tendenziell eine höhere Versorgungsqualität und letztendlich auch eine bessere Behandlung für Patientinnen und Patienten. Lassen Sie mich hier drei Beispiele nennen, die das eigentliche Problem verständlich darstellen:

In NRW sind beispielsweise 2017 mehr als 30.000-mal Prothesen für Kniegelenke in 233 Krankenhäusern operiert worden. Rund 53 Prozent dieser Eingriffe wurden in Krankenhäusern gemacht, die weniger als 100 dieser Fälle pro Jahr haben. Das sind im Schnitt nicht einmal zwei Operationen in der Woche. Das bedeutet: Circa 13 Prozent der operierenden Krankenhäuser haben die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebene Mindestmenge von 50 Operationen im Jahr nicht erreicht.

Noch gravierendere Zahlen gibt es bei Operationen der Bauchspeicheldrüse. Diese Behandlung ist eine der kompliziertesten Operationen, die es gibt. Ungefähr 2.700-mal wurde diese Behandlung durchgeführt. Allerdings in 165 Krankenhäusern. Diese hohe Zahl an behandelnden Krankenhäusern führt dazu, dass in 66 Krankenhäusern weniger als 10 Operationen im Jahr erbracht wurden. Und das, obwohl der Gemeinsame Bundesausschuss hier eine Mindestmenge von 10 Operationen vorschreibt.

Interessant sind auch die Erkenntnisse zur Schlaganfallversorgung. Von den rund 64.000 Schlaganfällen in NRW werden rund 11.000 bzw. 18 Prozent in Krankenhäusern behandelt, die über gar keine Stroke Unit verfügen, also über keine spezielle Schlaganfallstation. Wenn man berücksichtigt, dass ein Teil dieser Patienten im Rahmen einer Rehabilitation oder einer Frührehabilitation behandelt wurden, sind es immer noch rund 8.000 oder 12 Prozent der Schlaganfälle, die in Krankenhäusern ohne Stroke Unit versorgt werden. Auch hier gilt für mich: Diese Patienten müssen in einem Krankenhaus mit einer hochqualifizierten Stroke Unit versorgt werden, die an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr zur Verfügung steht.

Denn nur so kann eine schnelle Notfallversorgung erfolgen und nur so können notwendige Eingriffe ohne Zeitverlust durchgeführt werden. Eingriffe, die für das weitere Leben dieser Schlaganfallpatienten immens wichtig sein können.

Für eine gute Notfallversorgung ist nicht allein entscheidend, wie schnell der Rettungswagen ein Krankenhaus erreicht. Genauso wichtig sind die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses, das der Rettungsdienst anfährt.

Daher fordert das Gutachten, Krankenhausplanung mit Qualitätsanforderungen der Versorgung zu verbinden. Im Sinne einer patientengerechten Versorgung – und zu der sind wir als Land gesetzlich verpflichtet – kann ich dem nur zustimmen.

Dieser gesetzliche Auftrag einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Versorgung wird meiner Ansicht nach derzeit aber nicht durchgängig erfüllt. Die

bisherige Krankenhausplanung lässt keine gezielte Steuerung der stationären medizinischen Versorgung zu, da als Planungsgröße immer noch das Krankenhausbett im Mittelpunkt steht und nicht die medizinisch erbrachte Leistung. Auch Qualitätskriterien spielen dabei keine Rolle.

Wenn wir als Land bislang in den Feststellungsbescheiden beispielsweise die Fachdisziplinen Chirurgie und Innere Medizin ausgewiesen haben, konnte ein Krankenhaus damit theoretisch rund zwei Drittel aller medizinisch möglichen Leistungen anbieten. Welche das in der Praxis tatsächlich waren, hat das Krankenhaus allein entschieden.

Was wollen wir?

Die Landesregierung hat bereits im Koalitionsvertrag formuliert, dass wir eine „hochwertige Patientenversorgung und leistungsfähige Krankenhausstrukturen“ wollen. Ich ziehe deshalb aus dem Gutachten die folgenden Schlüsse:

Wir wollen dafür Sorge tragen, dass in Nordrhein-Westfalen jedem ein Krankenhaus mit Notfallversorgung in 30minütiger Erreichbarkeit zur Verfügung steht. Dies entspricht den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Grundsätzlich geht es bei der künftigen Planung ausdrücklich darum, sinnvolle Strukturen zu schaffen, um eine effiziente Krankenhausplanung und die bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung zu erreichen. Und die muss für die Menschen in NRW an erster Stelle stehen.

Ich möchte, dass alle unsere Patienten bestmöglich versorgt werden.

Allein die Anzahl an Krankenhäusern und Betten in einem Feststellungsbescheid sagen hierüber nichts aus.

Wir werden die Krankenhausplanung nicht mehr allein anhand der Bettenzahl vornehmen, die das wirkliche Versorgungsgeschehen nicht berücksichtigt. Sondern

wir werden in die von den Gutachtern vorgeschlagene Planung medizinischer Leistungsbereiche und Leistungsgruppen gehen.

Wenn wir künftig diese Leistungsgruppen planen, erreichen wir, dass die Krankenhäuser einer Region medizinische Leistungen anbieten, die für die Versorgung der Bevölkerung auch notwendig sind. Damit können wir eine Über- oder Unterversorgung weitgehend ausschließen und gewährleisten auch eine noch höhere Fachlichkeit der Krankenhäuser und damit eine höhere Versorgungsqualität für die Bevölkerung.

Die doppelte Vorhaltung technischer und personeller Ausstattung von teilweise eng benachbarten Krankenhäusern kostet wertvolle Investitionsmittel und bindet medizinisches Fachpersonal, das konzentriert an weniger Häusern die medizinische Versorgung verbessern kann.

Besonders wichtig ist: Wir werden diese Leistungsgruppen in der Versorgung an Qualitätskriterien koppeln, die beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss oder medizinische Fachgesellschaften festgelegt haben, um die Versorgungsqualität zu sichern. Die für das Gutachten erstellte Datenbank, die das Versorgungsgeschehen in NRW erfasst und darstellt, werden wir dazu fortführen.

Das bedeutet: Wir werden gemeinsam mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung die Leistungsgruppen definieren, um auf Basis dieser Leistungsgruppen einen neuen Krankenhausplan aufstellen zu können.

Gleichzeitig müssen wir mit dem Landesausschuss eine Einigung darüber erzielen, welche Qualitätskriterien wir in die Krankenhausplanung aufnehmen. Wir können nicht zulassen, dass einzelne Krankenhäuser medizinisch hochkomplexe Leistungen ein paar Mal im Jahr erbringen, wenn ganz klar bewiesen ist, dass die Qualität dieser Leistungen beispielsweise mit der Häufigkeit zusammenhängen.

Das ist eine äußerst anspruchsvolle und komplexe Aufgabe. Da können wir uns keinen Schnellschuss leisten. Deshalb nehmen wir uns das Jahr 2020 Zeit, um mit

allen Beteiligten im Landesausschuss den neuen Krankenhausplan des Landes ausführlich zu erarbeiten. Anschließend werden wir in 2021 die Beteiligten vor Ort auffordern, die Verhandlungen über die regionalen Planungskonzepte nach dem neuen Krankenhausplan des Landes aufzunehmen. Ziel ist es, dass bis zum Ende der Legislatur dann auch diese Verhandlungen abgeschlossen sind.

In Zukunft werden wir zudem anhand der erstellten und fortgeführten Datenbank die Leistungen der Krankenhäuser zeitnah beobachten und darauf reagieren. So können wir neue Bedarfe schneller erkennen und in der Planung berücksichtigen. Ich bin überzeugt, dass wir die Krankenhausplanung so demnächst zielgenauer und bedarfsgerechter umsetzen können.