

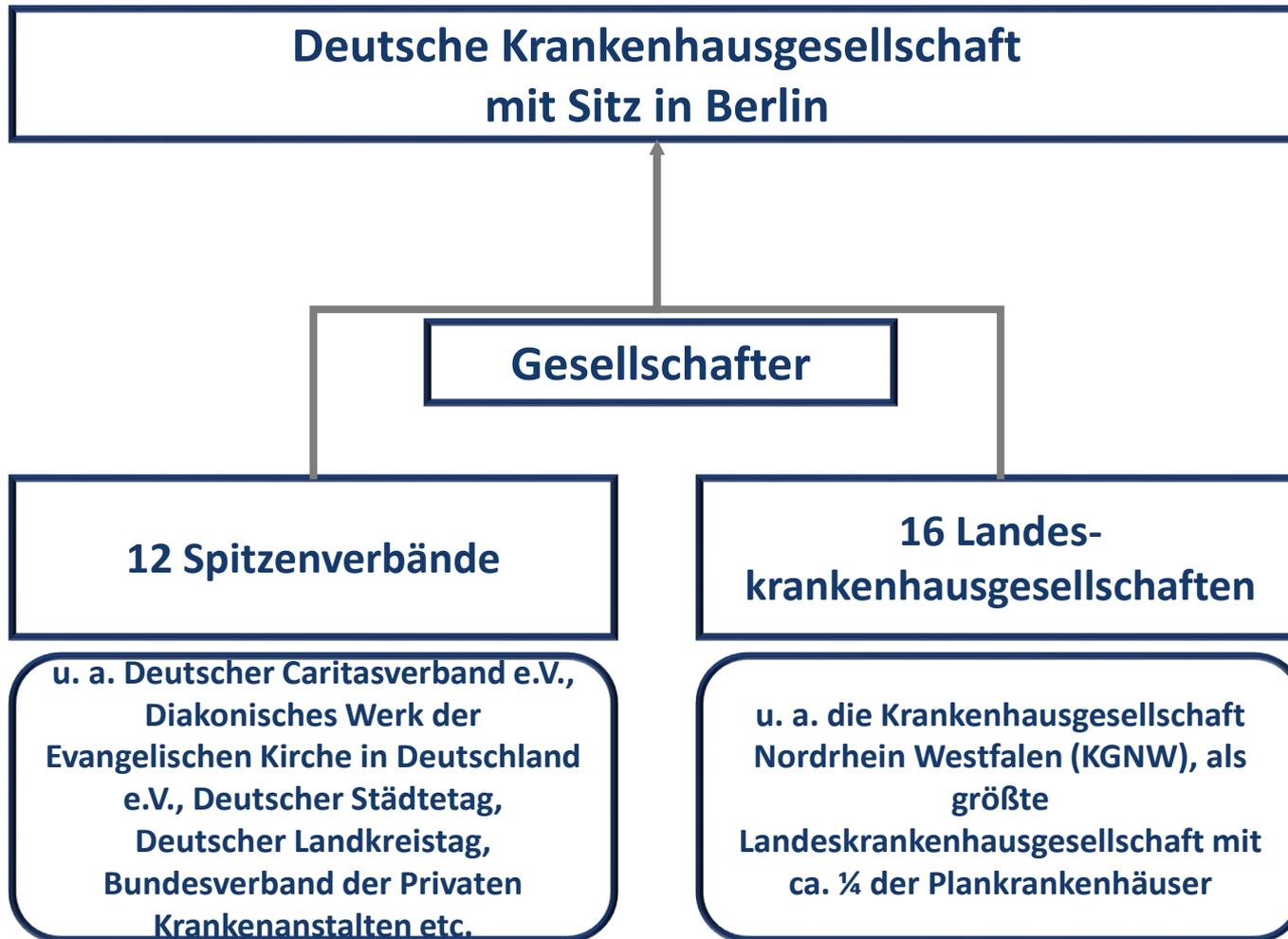


Städte- und Gemeindebund, 26.09.2019

Gutachten zur Krankenhausplanung in NRW - Ein erster Einblick

Matthias Blum, Geschäftsführer der
Krankengesellschaft Nordrhein-Westfalen

- I. **Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen**
- II. Aktueller Sachstand NRW
- III. Gutachten zur „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“
- IV. Ausblick



Mitglieder der KGNW

- Einzelmitglieder (265)
 - Träger von Krankenhäusern in NRW (257)
 - Landschaftsverbände für ihre Kliniken (2)
 - Universitätskliniken (6)
- Verbandsmitglieder (14)
 - Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe (2)
 - Spitzenverbände (**z. B. Städte und Gemeindebund NRW**) (11)
 - Fachministerium der Universitätskliniken (1)
- Außerordentliche Mitglieder (6)
 - Zweckverbände (6)

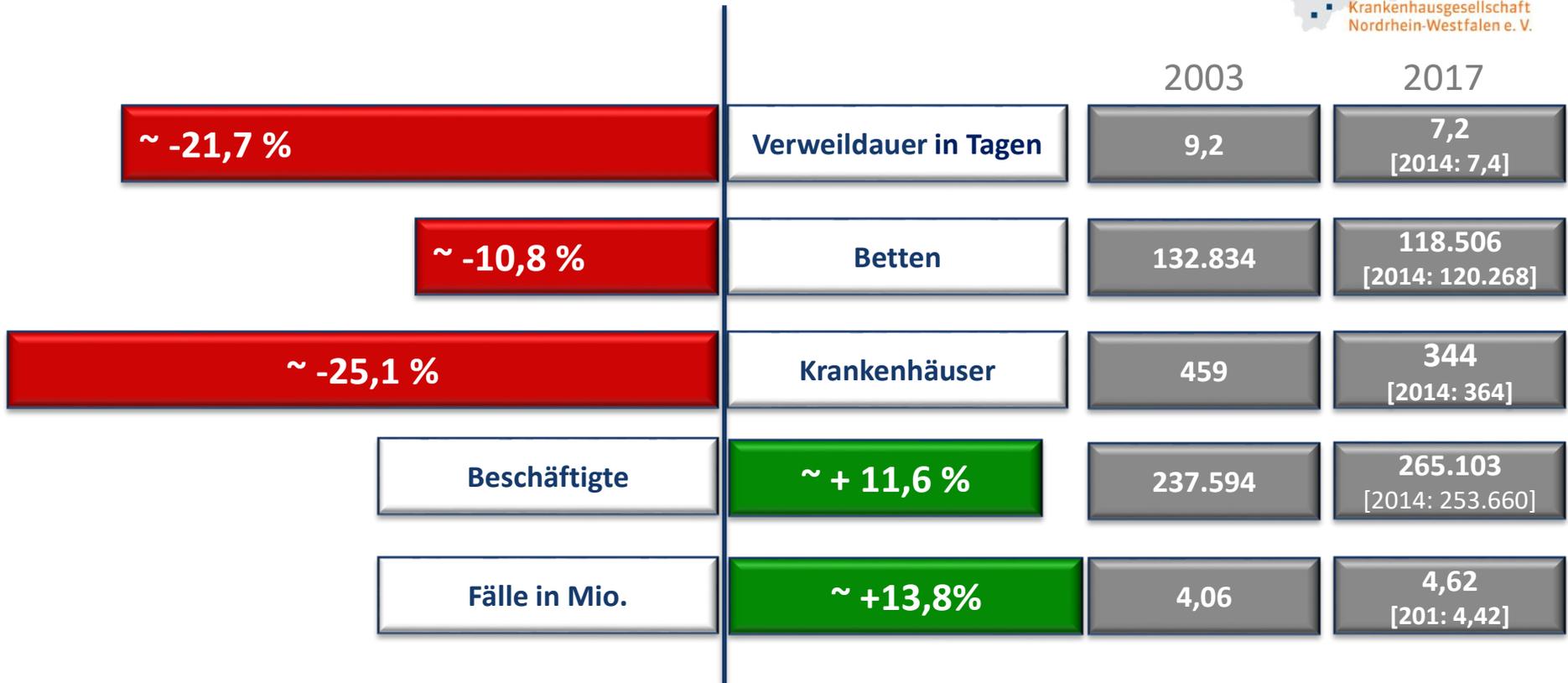


Organe der KGNW

- Mitgliederversammlung
- Vorstand
- Präsidium
- Hauptausschuss
- Fachausschüsse
 - FA für Planung und Förderung, ... Krankenhausorganisation, ... Personalwesen
- Kommissionen, Arbeitsgruppen etc.
 - Kommission: Umweltschutz, Hygiene, Qualitätsmanagement, IT im Krankenhaus
 - AG: Landesbasisfallwert, Planung, Verträge etc.

- I. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
- II. **Aktueller Sachstand NRW**
- III. Gutachten zur „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“
- IV. Ausblick

Kapazitätsentwicklung NRW



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in NRW, IT.NRW, Eigene Erhebungen, Stand September 2019)

Seit 2002 wurden in NRW insgesamt 45 Krankenhausstandorte (davon 16 Betriebsstätten, fünf als Standortverlagerung) mit ca. 4.450 Betten geschlossen. Acht dieser Häuser (~ 15,5%) mussten durch Insolvenz des Krankenhausträgers ihren Krankenhausbetrieb einstellen.

Krankenhausplanungsrecht aktuell

1. Grober Rahmen
über Bundes-
rechtliche Vorgaben
(KHG)

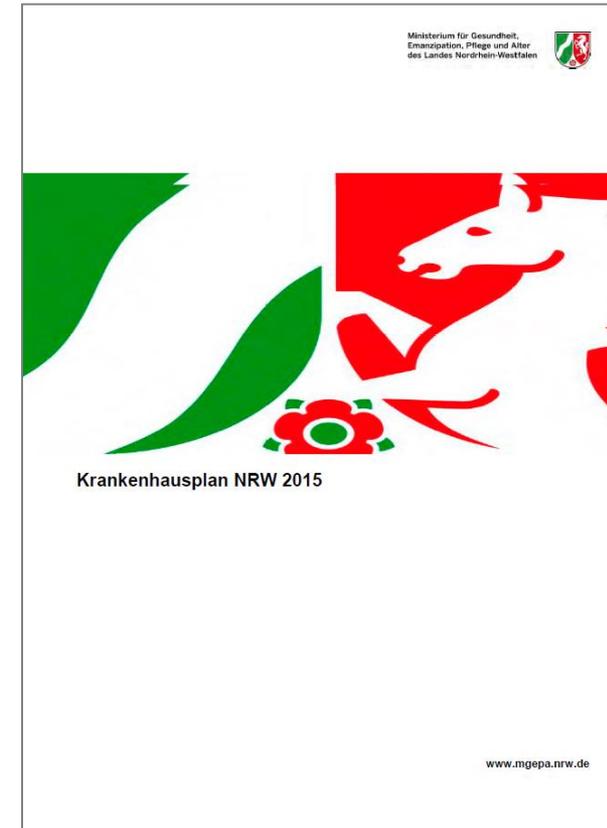
2. Krankenhausplan
(Rahmenvorgaben)
und Feststellungs-
bescheid mit
Außenwirkung

→ **Versorgungsauftrag**



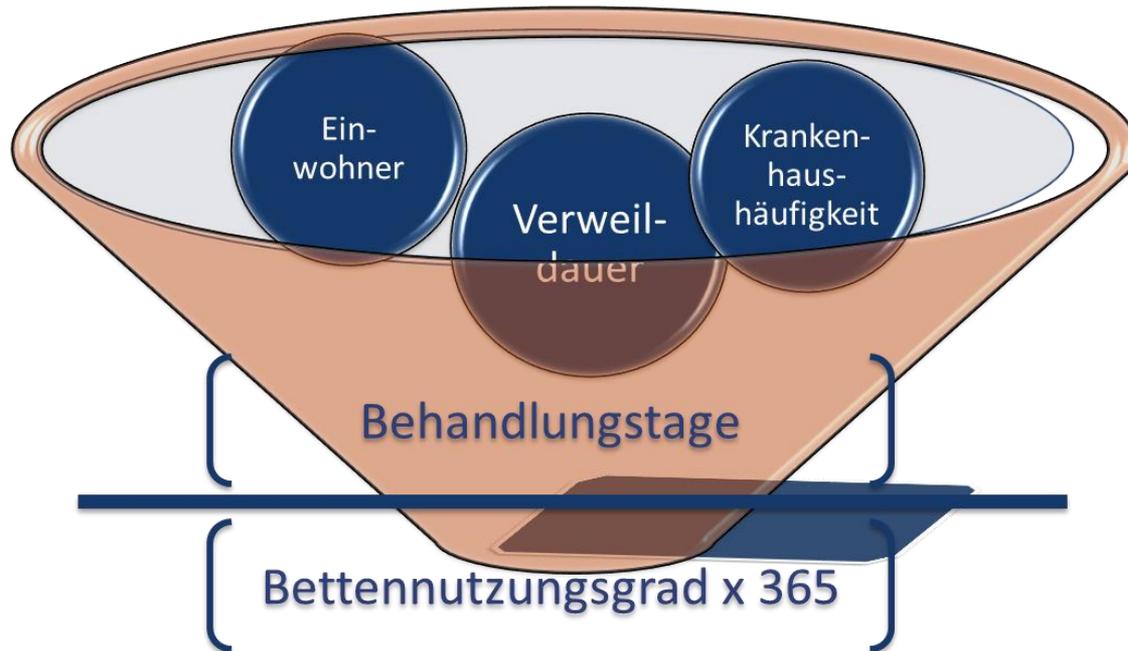
Ausgangssituation: Krankenhausplan NRW 2015 - Kapazitäten

F. Anhang		
Voraussichtlicher Bettenbedarf 2015		
Gebiet	Betten	tagesklinische Plätze
Augenheilkunde	782	
Chirurgie	27.622	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6.212	
Geriatric	5.197	
HNO-Heilkunde	1.889	
Haut- und Geschlechtskrankheiten	942	
Innere Medizin	36.452	
Kinder- und Jugendmedizin	4.053	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	1.224	764
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	492	
Neurochirurgie	1.413	
Neurologie	5.058	
Nuklearmedizin	145	
Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	14.438	3.906
Strahlentherapie	566	
Urologie	3.480	
Summe	109.965	4.670



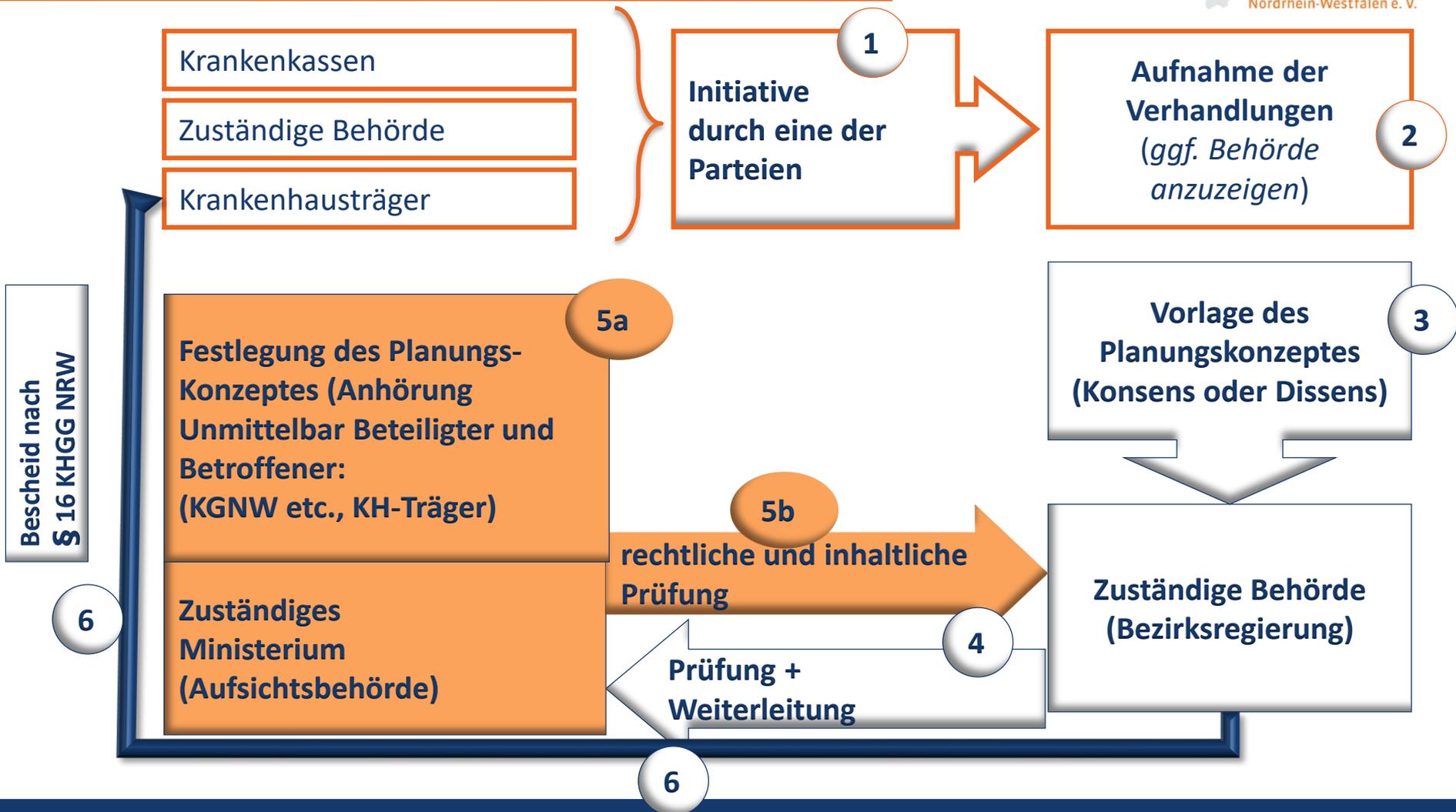
Inkrafttreten: 23.07.2013

Quantitative Eckwerte Bettenprognose: Hill-Burton-Formel (HBF)



= Bettenbedarf

Planungsverfahren – Regionale Planungskonzepte nach § 14 KHGG NRW



- I. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
- II. Aktueller Sachstand NRW
- III. Gutachten zur „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“
- IV. Ausblick

KGNW-Forum 2017: Laumann drückt bei Krankenhausplanung in NRW aufs Tempo



„Wir werden im Ministerium externen Verstand dazuholen, um die Krankenhäuser weiterzuentwickeln“, sagte Laumann. Es brauche das Gutachten – und dies solle spätestens in einem halben Jahr vorliegen. **„Ich will es schnell haben. Und das Gutachten werden auch nicht alle toll finden“**, stellte Laumann klar. Man werde „mit allen darüber reden müssen, mit Krankenhäusern, Ärzten, Krankenkassen und auch mit Kommunen.“ Der Minister machte deutlich, es sei ein Konzept notwendig, wie die Versorgung künftig aussehen solle und wolle die Planung entsprechend anpassen. Diese solle deutlich schneller vonstattengehen als noch unter seiner Vorgängerin Barbara Steffens (Bündnis 90/Die Grünen).

Laumann drückt bei Krankenhausplanung in NRW aufs Tempo
Donnerstag, 7. Dezember 2017



Karl-Josef Laumann, ASt

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/86901/Laumann-drueckt-bei-Krankenhausplanung-in-NRW-aufs-Tempo>; 07.12.2017

Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Wenn wir die Gesundheitsversorgung für morgen sichern wollen, sollten wir heute gemeinsam damit beginnen.

Ausgangslage

1. Wir haben historisch gewachsene Krankenhausstrukturen. Trägervielfalt, geringe Wartezeiten, gesicherte Qualität und Wahlfreiheit für die Versicherten sind die positiven Markenzeichen unseres Systems. Wie andere Sektoren unseres Gesundheitswesens ist aber auch die Krankenhausversorgung in unterschiedlichen Nebeneinander von Regionen mit hoher und Regionen mit niedriger Versorgungsdichte geprägt. Auch die Einführung des DRG-Systems hat zu einer Verschiebung der Fallpauschalen beigetragen.

Neuausrichtung

6. Die Reduktion hoher Versorgungsdichten und der Abbau von Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich müssen in einem gemeinsamen Pakt von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen auf den Weg gebracht werden. Die Überwindung unterschiedlicher Interessen in diesem Entwicklungsprozess wird nur möglich sein, wenn er sich konsequent an den Versorgungsbedarfen in den Regionen orientiert, transparent ausgestaltet wird und schlüssige Antworten auf die wesentlichen, beschriebenen Herausforderungen gibt.
7. Die Deutsche Krankengesellschaft und die Krankengesellschaften der Länder als Vertreter der Krankenhäuser sind bereit, sich auch in schwierige Strukturdiskussionen einzubringen und damit die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung verantwortlich mit zu gestalten. Der Abbau von nachweisbar nicht bedarfsnotwendigen Kapazitäten, Standortzusammenführungen und im konkreten Einzelfall auch Standortschließungen sind ebenso Teil dieser Strukturentwicklungen wie der Erhalt, die Stärkung und inhaltliche Weiterentwicklung der sozialen Daseinsvorsorge und bundesweit gleicher Lebensverhältnisse.
12. Auch das Fallpauschalensystem zur Finanzierung der Behandlungsleistungen muss in diesem Zusammenhang weiterentwickelt werden. Ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus muss in der Lage sein, seinen medizinischen Versorgungsauftrag zu erbringen und Tariflöhne zu zahlen ohne kontinuierlich Besonderheiten erbringen zu müssen. Dazu müssen u.a. individuelle strukturelle Besonderheiten besser abgebildet werden, z.B. durch eine Kombination der Vergütung von Behandlungs- und Vorhaltekosten.

Grundsatzpapier der KGNW - Kernaussagen

- Krankenhausversorgung verlässlich ausgestalten
- Erreichbarkeit innerhalb von 15-20 Minuten
- Aktive Krankenhausplanung als Gestaltungsinstrument der Zukunft nutzen
- Daseinsvorsorge über konkrete Versorgungskonzepte sichern
- Krankenhausplanung verstärkt dezentral ausrichten
- Abstimmungsprozesse lokal und regional anlegen
- Krankenhausplanung zukunftssicher weiterentwickeln
- Impulse für eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung setzen



KGW-RS 318/2019
vom 09.07.2019



Grundsatzpapier
zur
Landeskrankenhausplanung
2019 bis 2030

(Stand: 28.06.2019)

1



Pressemitteilung



KGNW zur Vorstellung des Gutachtens zur Krankenhausplanung in NRW: Kliniken offen für einen konstruktiven Dialog über die Krankenhauslandschaft

Düsseldorf, 12.09.2019 – „Das von Minister Laumann vorgelegte Gutachten skizziert eine völlig neue Ausrichtung der Krankenhausplanung. Die verlängerte Zeitschiene der Beratung über diesen neuen Ansatz bietet genügend Raum zum ergebnisoffenen Austausch. Wir werden die Vorschläge intensiv diskutieren, den Prozess konstruktiv begleiten und uns aktiv in den Arbeitsgruppen des zuständigen Landesausschusses für Krankenhausplanung beteiligen. Die Verbesserung der Patientenversorgung in NRW wird dabei unser Maßstab sein,“ erklärte Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), anlässlich des heute veröffentlichten Gutachtens zur Krankenhausplanung in NRW.

Nach Auffassung der KGNW sollen die beteiligten Akteure in den Regionen frühzeitig und partnerschaftlich in der Planungsphase einbezogen werden. Auch in der Umsetzungsphase sei es oberste Voraussetzung, dass sich konsequent an den Versorgungsbedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger in den Regionen orientiert würde und das Verfahren transparent ausgestaltet sei.

„Eine Planung aufgrund von vorgeschlagenen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen darf nicht dazu führen, dass Krankenhäuser nach Umsetzung der Pläne nicht mehr wirtschaftlich geführt werden können. Zudem muss bei neuen Planungskriterien die Weiterbildung der Ärzte sichergestellt bleiben. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen und Berufsgruppen muss im Behandlungsalltag weiterhin möglich bleiben. Wenn die Strukturen der Krankenhauslandschaft in NRW in großem Stil umgebaut werden sollen, müssen auch wesentlich mehr finanzielle Mittel für den Strukturfonds zur Verfügung gestellt werden. Der Investitionsstau in unseren Häusern bleibt eine offene Baustelle in Verantwortung der Landesregierung. Investitionen in Ausbildung und bessere Arbeitsbedingungen für die Pflegenden sowie ein echter Schub für die Digitalisierung der Kliniken müssen endlich höchste Priorität haben“, forderte der KGNW-Präsident.

„Bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen darf nicht der Kapazitätsabbau im Vordergrund stehen. Wir brauchen eine gestaltende Gesundheitspolitik, die gemeinsam ein nachhaltiges Versorgungskonzept im Interesse der Bürgerinnen und Bürger in NRW verfolgt. Wenn sich die Vorschläge aus dem Gutachten nach gründlicher Prüfung und intensiver Beratung als großer Wurf herausstellen, werden wir Minister Laumann bestmöglich unterstützen. Wir fordern aber auch die Übernahme von politischer Verantwortung ein, wenn es zur Schließung von Abteilungen oder Standorten kommt. Dann dürfen die Krankenhausträger nicht im Regen stehen, sondern Landespolitiker und auch Krankenkassenvertreter müssen sich öffentlich und vor Ort zu Ihrer Verantwortung bekennen“, mahnte Brink unter Bezug auf das KGNW-Grundsatzpapier zur Krankenhausplanung 2019 bis 2030.

Das Grundsatzpapier der KGNW zur Krankenhausplanung 2019 bis 2030 ist auf der Homepage der KGNW unter https://www.kgnw.de/aktuelles/informationen/2019_pm_grundsatzpapier_der_kgnw_krankenhausplanung/ zum Download bereitgestellt.

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen: Referat Politik, PR und Presse, Humboldtstr. 31, 40237 Düsseldorf, Lothar Kratz (Referatsleiter), Tel.: 0211/47819-70, E-Mail: lkratz@kgnw.de, Sandra Fäsken (Referentin), Tel.: 0211/47819-73, E-Mail: sfaesken@kgnw.de, Mirko Ristau (Referent), Tel.: 0211/47819-72, E-Mail: mristau@kgnw.de, Internet: www.kgnw.de, E-Mail: presse@kgnw.de

„Das von Minister Laumann vorgelegte Gutachten skizziert eine völlig neue Ausrichtung der Krankenhausplanung. Die verlängerte Zeitschiene der Beratung über diesen neuen Ansatz bietet genügend Raum zum ergebnisoffenen Austausch. Wir werden die Vorschläge intensiv diskutieren, den Prozess konstruktiv begleiten und uns aktiv in den Arbeitsgruppen des zuständigen Landesausschusses für Krankenhausplanung beteiligen. Die Verbesserung der Patientenversorgung in NRW wird dabei unser Maßstab sein. (...)“

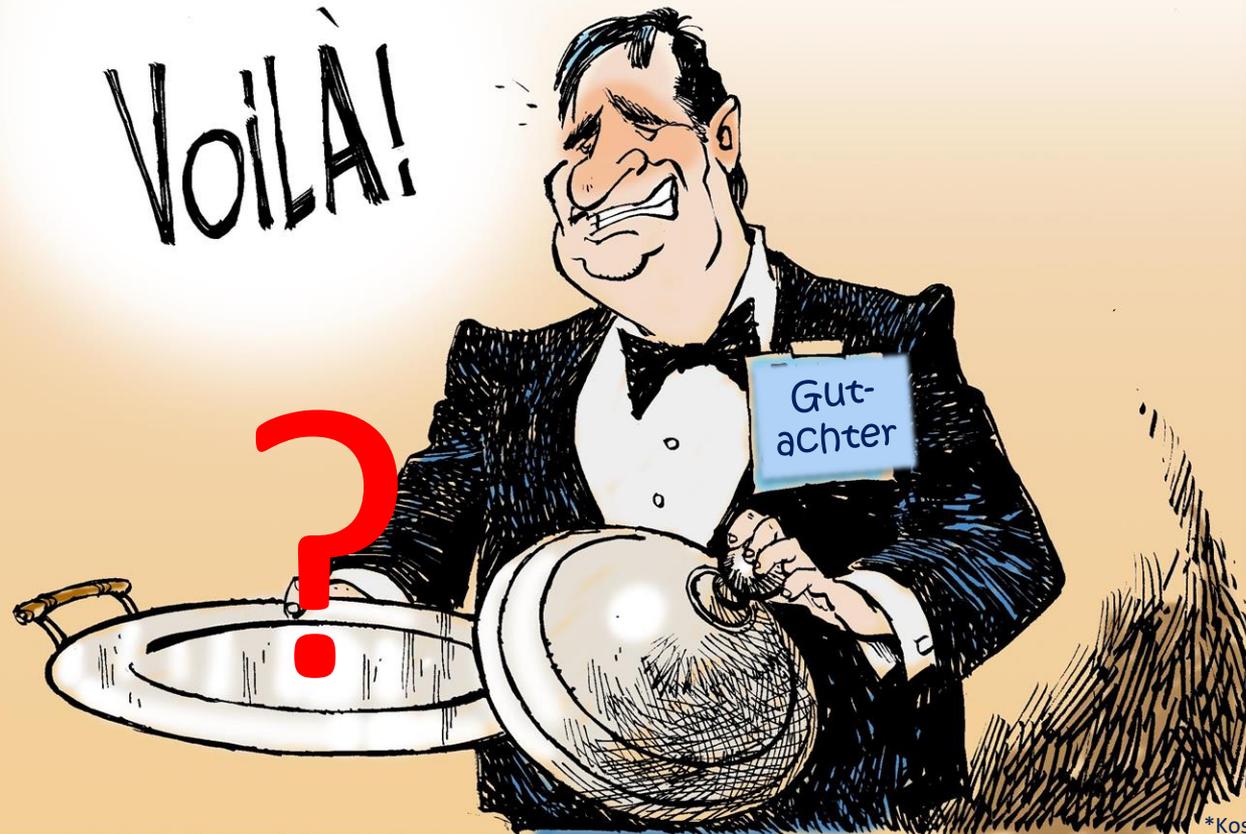
Damit ist Nordrhein-Westfalen laut Laumann das erste Bundesland mit einem solchen Modell. Bundesgesundheitsminister **Jens Spahn** (CDU) sieht die Pläne als Vorbild auch für andere Bundesländer. „**Das ist eine Blaupause für kluge Krankenhausplanung**“, sagte er der Rheinischen Post. Patienten bräuchten **für den Notfall eine Klinik in der Nähe**. Für gute Qualität bei **planbaren Eingriffen seien die allermeisten Menschen aber auch bereit, etwas weiter zu fahren**.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105931/Krankenhaeuser-in-Nordrhein-Westfalen-sollen-sich-spezialisieren?rt=afac4c76cb306c4b259ca7f159309e3d>,
12.09.2019

Die **Deutsche Stiftung Patientenschutz** nannte eine Krankenhausreform überfällig. "Dazu brauchen die Patienten eine gute Grundversorgung vor Ort ebenso wie eine Hochleistungsmedizin in der Region", sagte Vorstand Eugen Brysch der dpa. Die **Pläne aus NRW seien aber noch lange keine Blaupause für eine kluge Krankenhausplanung**. Denn konkrete Informationen fehlten.

<https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheitspolitik/gesundheitspolitik-berlin-gesetzliche-kassen-begrueßen-neue-krankenhausplanung-in-nrw-dpa-urn-newsml-dpa-com-20090101-190913-99-860313>

Gespannte Erwartung...für bis zu 1,5 Mio. €* ...dürfen die Ansprüche aller „Bescherten“ hoch sein...



Machen Sie sich selbst ein Bild...

ÄUSSER SPESEN NIX GEWESEN?

*Kostenschätzung bei vertraglich vereinbarter Obergrenze von 1,468 Mio. €
(<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD17-5452.pdf>)

Gutachten

- Langfassung: 893 Seiten
- Kurzfassung: 152 Seiten
- Gutachten und Informationen:
<https://www.mags.nrw/pressmitteilung/gutachten-empfiehl-grundlegende-reform-der-krankenhausplanung-nordrhein-westfalen>

Gutachten

Krankenhauslandschaft
Nordrhein-Westfalen

Berlin, August 2019



In Kooperation mit:

LOHFERT &
LOHFERT AG



Die Gutachter:

- Leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierter Planungsansatz mit geografischem Bezug unter Berücksichtigung
 - des Patientennutzens
 - der Entwicklungsmöglichkeiten von Krankenhäusern

Minister Laumann bei der Vorstellung des GA in Essen:
Die gesetzlichen Grundlagen (KHGG NRW) werden kurzfristig zu schaffen sein.

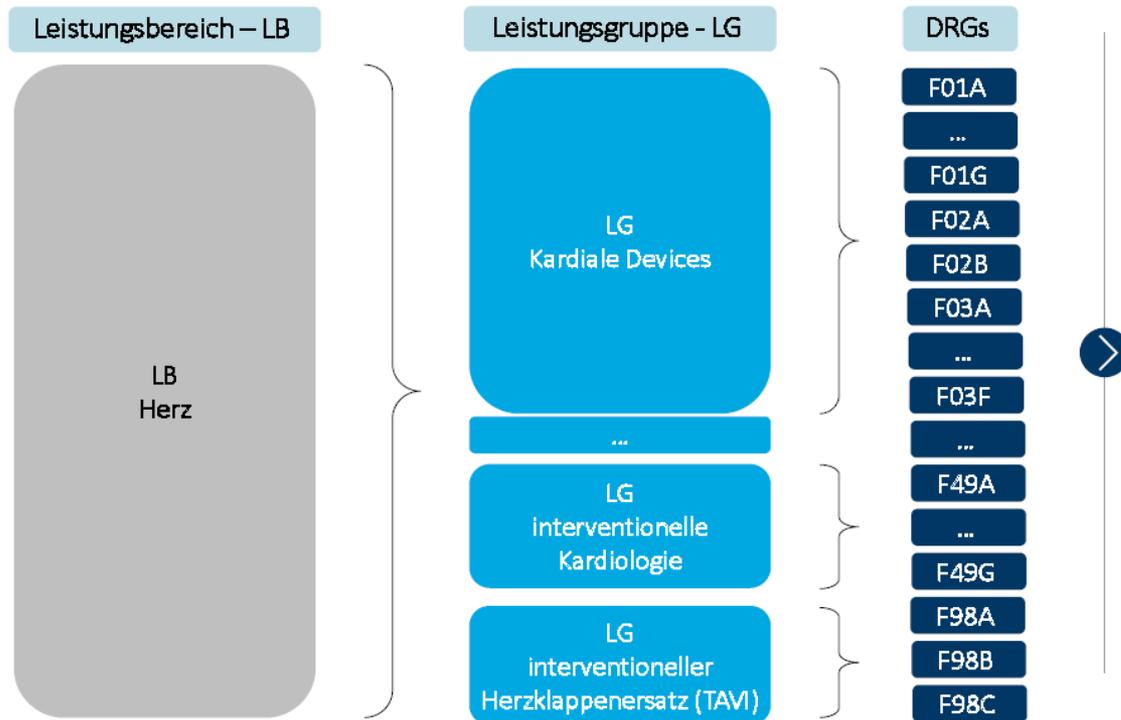
- Limitierende Leistungsplanung mit Aufgabe der (direkten) Bettenplanung → Versorgungsauftrag
- Somatik: 25 Leistungsbereiche mit 70 Leistungsgruppen (G-DRG-Katalog (Fallpauschalenkatalog))
- Psychiatrie/KJP: 10 Leistungsgruppen (ICD-Katalog)
- Erreichbarkeit Grundversorgung: 30 min
- Demografie, Ambulantisierung, Anpassung bzw. Optimierung der derzeitigen Strukturen
- Qualitätsdimensionen (**Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Mindestmengen, Servicequalität**)
- Versorgungsregion: **fünf Regierungsbezirke** versus 16 Versorgungsgebiete
- Umsetzungshorizont 2022 bis 2032

Leistungssystematik – Beispiel LB Herz – Gesamte Liste liegt bisher nicht vor

Leistungsorientierung

Um eine Vergleichbarkeit mit externen Datenquellen herzustellen und einen unkomplizierten Umgang zu ermöglichen, wurde eine eindeutige DRG-Zuordnung durchgeführt

Leistungsgruppensystematik am Beispiel LB Herz



Erklärung der Systematik

- Leistungsspektrum wird in übergeordnete LB aufgeteilt, diese werden – wenn notwendig – in LG weiter unterteilt
- LB wurden angelehnt an Weiterbildungsordnung der Ärzte bzw. eine sinnhafte Fachgebietsstruktur strukturiert
- Jede LB wurde in mindestens eine und bis zu sechs LG differenziert
- Jede DRG des DRG-Fallpauschalenkatalogs wurde eindeutig einer LG zugeordnet
- Insgesamt wurden 25 LB und knapp 70 LG im Bereich Somatik definiert, zusätzlich 10 LG im Bereich PP und KJP

Leistungsbereiche - Somatik

Grund-
versorgung (2)

Herz (6)

Gefäße (2)

Pneumologie (2)

Thoraxchirurgie
(1)

Gastro-
enterologie (1)

Viszeralchirurgie
(5)

Nephrologie (1)

Urologie (2)

Bewegungs-
apparat (6)

Rheumatologie
(1)

Polytrauma u.
Verbrennungen (2)

Neurologie (4)

Neurochirurgie
(2)

Gynäkologie (2)

Geburtshilfe (3)

Neugeborene
(3)

Onkologie /
Hämatologie (3)

Strahlentherapie/
Nuklearmedizin (2)

Dermatologie
(1)

HNO / MKG (3)

Ophtalmologie
(1)

Trans-
plantationen (4)

Querschnitts-
bereich (5)

Sonstige (6)

- Die Fahrzeiten wurden in Abhängigkeit der Verkehrsdichte und des Straßennetzes als Fahrzeit vom Wohnort des Patienten zum Versorgungsort bestimmt

Leistungsbereich	Fahrzeit
Grundversorgung (Innere Medizin, Chirurgie)	30 Minuten
Geburtshilfe (hier Gynäkologie und Geburtshilfe)	40 Minuten
alle übrigen FA	45 Minuten

- Zu spezifischen Fragestellung werden auch andere Fahrzeiten definiert

Bedarfsprognose

Im Rahmen der Bedarfsprognose wurden verschiedene Faktoren quantitativ oder qualitativ berücksichtigt

Übersicht der Einflussfaktoren auf den Bedarf

Demografische Entwicklung

- Je geografischer Einheit
- Nach Alterscluster und Geschlecht

Veränderung der Krankenhaushäufigkeit

Ambulantisierung (...und Bereinigung Fehlversorgung Kurzlieger)

- Kurzliegende 1-2 -Tages-Fälle
- Ambulant-sensitive Fälle
- Medizinisch-technischer Fortschritt mit Verschiebung zur Ambulanz

Veränderung von Prävalenz und Inzidenz

- Aufgrund gesellschaftlicher und ordnungspolitischer Einflüsse
- Aufgrund von med.-techn. Fortschritt und anderen/besseren Möglichkeiten in Diagnostik, Behandlung und Therapie

Veränderung der Verweildauer und des Bettennutzungsgrads („Auslastung“)

- Verweildauerpotenzial, Prozessverbesserungen und med.-techn. Fortschritt
- Durch Demografie & Ambulantisierung bedingte Verschiebung der Krankheitsbilder
- Rein Demografischer Einfluss (unterschiedliche Liegezeit je Alter)

- Die **demografische Entwicklung** ist gemäß Bevölkerungsfortschreibung vorgegeben
- Die **Ambulantisierung** kann auf Basis der vorliegenden Daten algorithmisch bewertet werden
- Aussagen zu Änderungen in der **Prävalenz und Inzidenz** unterliegen diversen äußerst unklaren Einflüssen (im Gutachten nur qualitativ berücksichtigt)
- Zukünftige **Verweildauern** (mit diversen Einflüssen) und **Ziel-Auslastungen** können valide abgeschätzt / prognostiziert werden

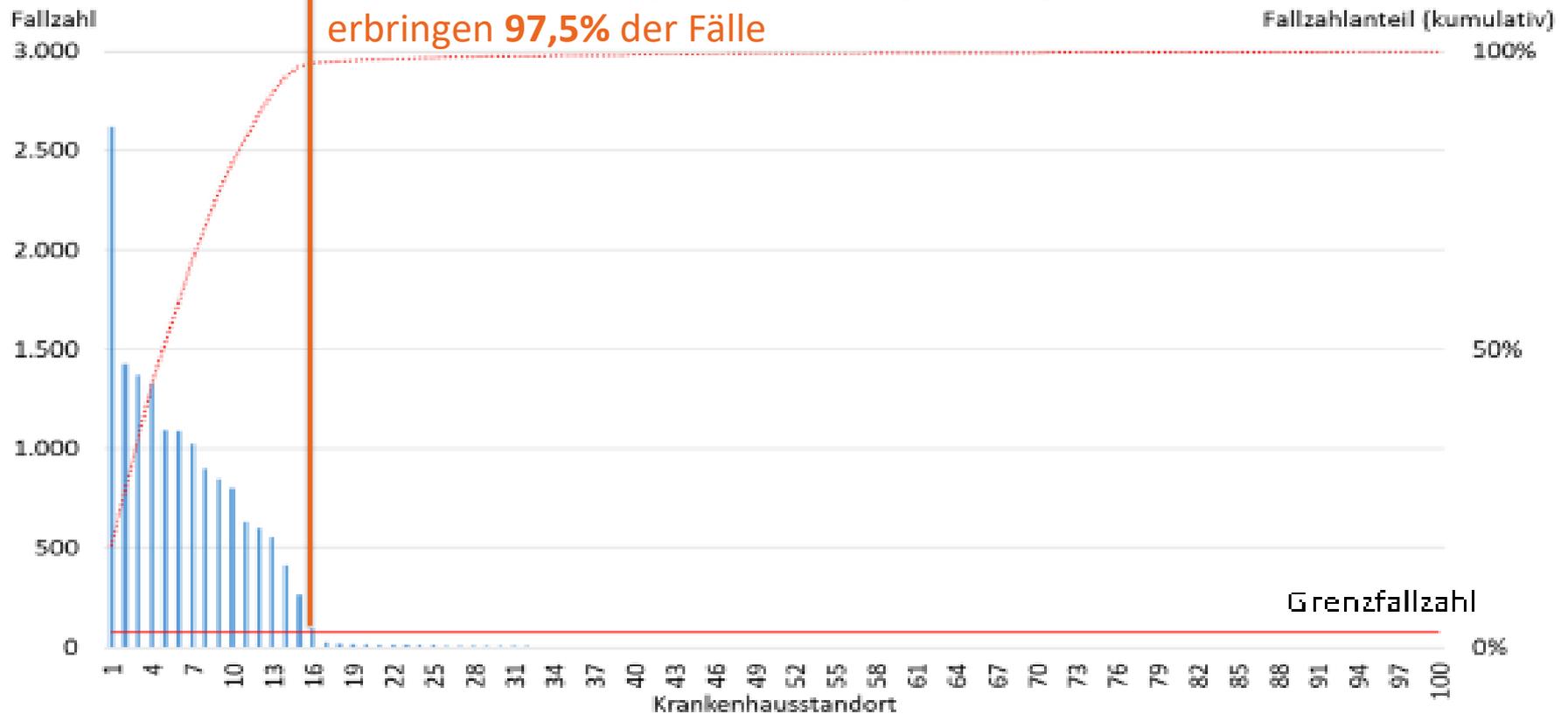
Zusammenfassung Prognosemodell:

- 1) Konservatives Modell (Trends werden nicht überschätzt)
- 2) Algorithmisch hinterlegt → einfache Adaption an neue Rahmenbedingungen
- 3) Prognose auf Fallebene, z.B. können Änderungen in den LG leicht abgebildet werden

Versorgungsanalyse - Fallzahlverteilung und Identifikation von relevanten Versorgern

Abbildung 68: Fallzahlverteilung und Identifikation von relevanten Versorgern

Beispiel Herzchirurgie: 16 Leistungserbringer erbringen 97,5% der Fälle

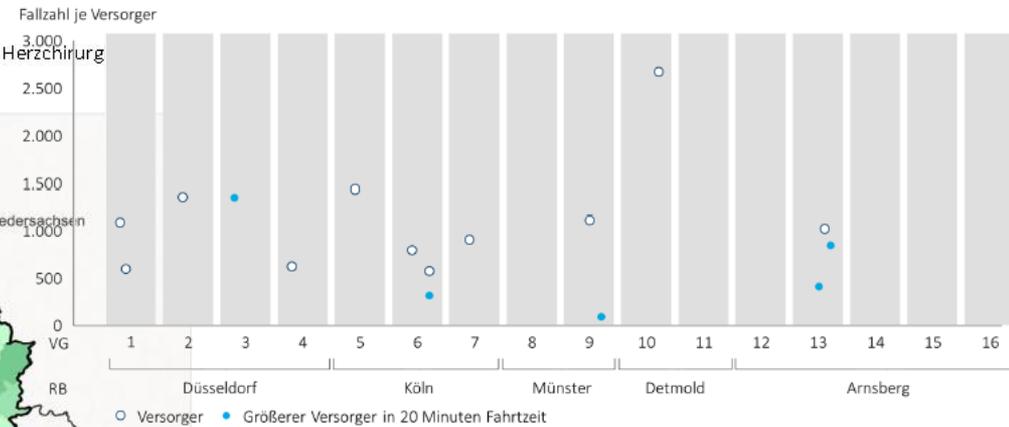
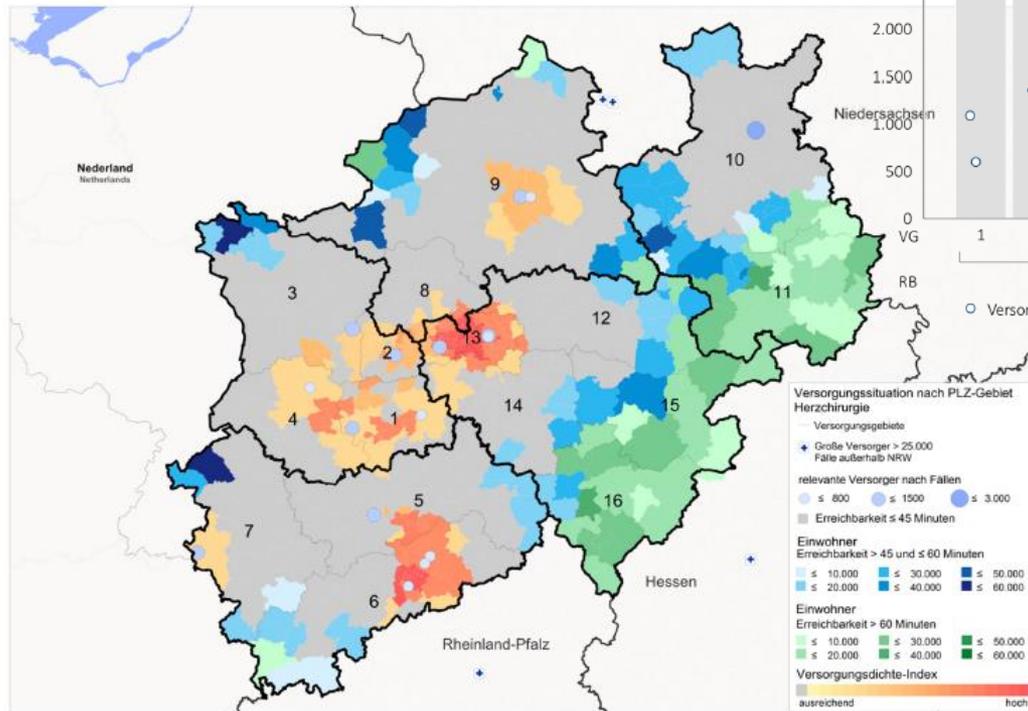


Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ S. 243

Versorgungsanalyse - Fallzahlverteilung und Identifikation von relevanten Versorgern

Abbildung 97: Fallzahlenspektrum-relevante KH-Standorte je VG – LG Herzchirurgie

Abbildung 96: Kartografische Darstellung Erreichbarkeit, KH-Standorte und Versorgungsdichte – LG Herzchirurgie



Aus den Blickwinkeln der (kommunalen) Krankenhausträger - Versorgungsanalysen

- ↑, ↗: starke bzw. moderate **Übersversorgung**
- →: **bedarfsgerechte Versorgung**
- ↘, ↓: moderate bzw. starke **Unterversorgung**

Tabelle 61: Beispiel für Ergebnis der Versorgungsanalyse (LB Gastroenterologie und LB Viszeralchirurgie)

Leistungsgruppe	Versorgungsgebiet															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
Gastroenterologie	↑	↑	↑	↑	↑	↗	↗	↑	↗	↗	↗	↗	↑	↗	↗	↗
Allgen ein- und Viszeralchirurgie	↗	↗	↗	↗	↑	↗	↗	↑	↗	↗	↗	↗	↑	↗	↗	↗
Ösophaguschirurgie			↑			↗			↗		↗			↔		
Pankreas- und Lebereingriffe			↑			↑			↑		↑			↗		
Große Rektumeingriffe			↑			↑			↑		↑			↑		
Bariatrische Chirurgie			↗			↑			↗		↔			↔		

Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ S. 243 ff.

- I. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
- II. Aktueller Sachstand NRW
- III. Gutachten zur „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“
- IV. **Ausblick**

Gutachten: Prognose NRW Gesamt



Tabelle 122: Entwicklung von FZ und rechnerischen Betten (2017, 2032) nach LB geordnet

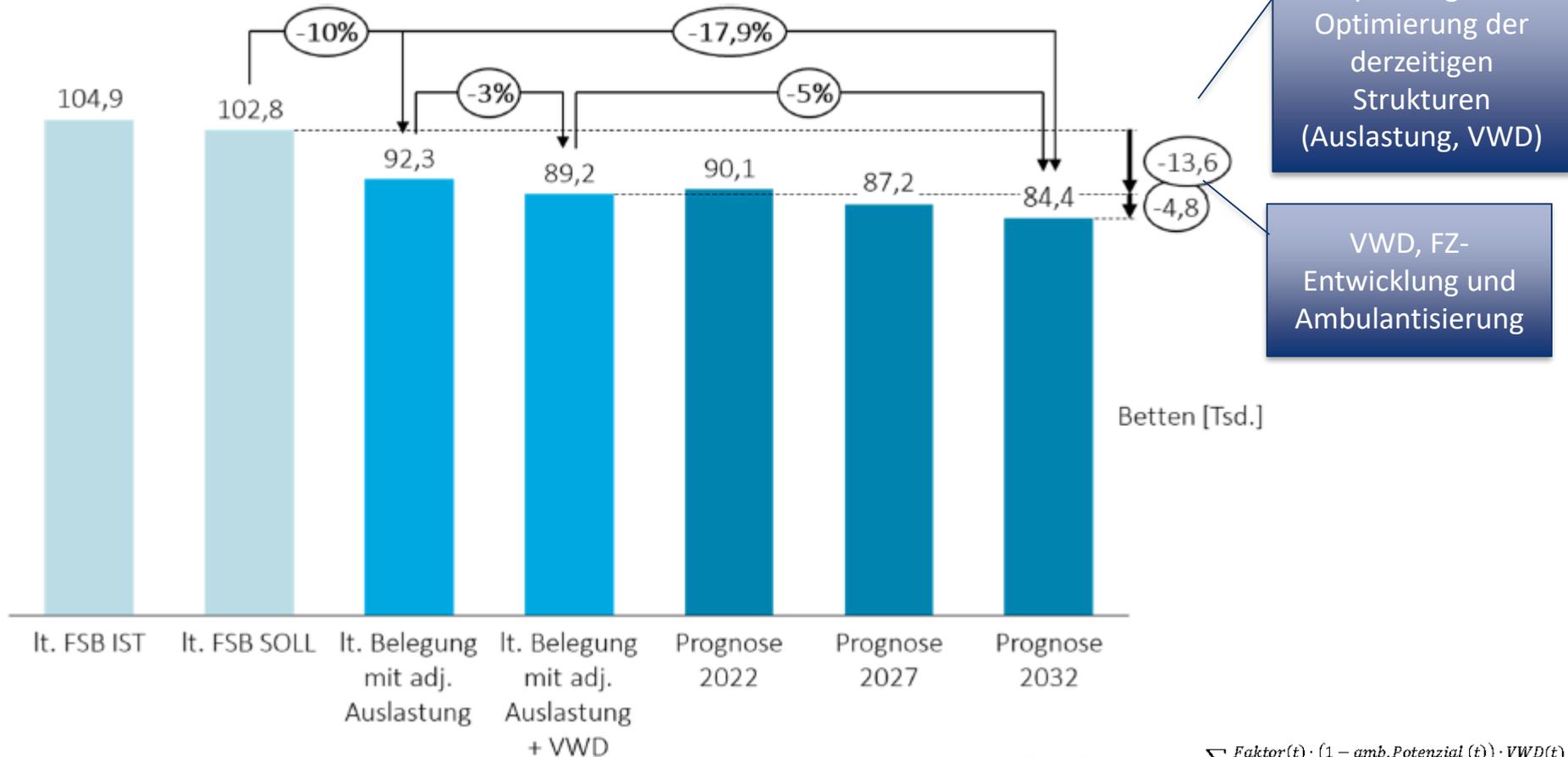
LB	2017		2032				% 2017-2032	
	FZ [Tsd.]	Rechnerische Betten	FZ [Tsd.]	FZ o. amb. Pot. [Tsd.]	Quote amb. Pot. [%]	Rechnerische Betten	FZ	Rechnerische Betten
A	B	C	D	E	F	G	H	I
Grundversorgung	1.882,9	29.929	1.746,8	2.043,9	14,5	26.898	-7,2	-10,1
Herz	262,5	5.772	227,9	294,5	22,6	5.139	-13,2	-11,0
Gefäße	68,3	2.295	69,0	78,0	11,5	2.272	1,1	-1,0
Pneumologie	131,3	2.628	137,7	141,6	2,8	2.546	4,9	-3,1
Thoraxchirurgie	11,6	481	12,8	12,8	0,0	476	10,7	-1,0
Gastroenterologie	78,5	2.141	79,9	87,4	8,6	1.764	1,7	-17,6
Viszeralchirurgie	121,7	4.825	128,8	130,6	1,4	4.700	5,9	-2,6
Nephrologie	17,0	353	19,2	19,6	2,0	371	12,7	5,2
Urologie	140,2	2.531	135,9	155,8	12,8	2.117	-3,1	-16,4
Bewegungsapparat	384,0	10.132	368,9	409,2	9,9	9.086	-3,9	-10,3
Rheumatologie	28,5	761	25,7	28,9	11,1	594	-9,9	-21,9
Polytrauma, Verbrennungen	2,0	159	2,1	2,1	0,0	144	4,2	-9,0

LB	2017		2032				% 2017-2032	
	FZ [Tsd.]	Rechnerische Betten	FZ [Tsd.]	FZ o. amb. Pot. [Tsd.]	Quote amb. Pot. [%]	Rechnerische Betten	FZ	Rechnerische Betten
A	B	C	D	E	F	G	H	I
Neurochirurgie	21,8	739	22,5	23,0	2,2	723	3,4	-2,1
Gynäkologie	115,1	1.764	96,3	113,6	15,2	1.285	-16,3	-27,1
Geburtshilfe	242,0	3.148	217,8	226,4	3,8	2.368	-10,0	-24,8
Neugeborene	178,5	1.329	164,2	164,2	0,0	1.019	-8,0	-23,3
Onkologie / Hämatologie	173,0	3.400	155,8	192,9	19,2	3.415	-10,0	0,4
Strahlentherapie / Nuklearmedizin	26,8	834	28,0	29,1	3,9	883	4,4	5,8
Dermatologie	74,7	1.236	73,1	79,0	7,4	1.059	-2,1	-14,3
HNO / MKG	114,2	1.456	103,4	114,4	9,7	1.195	-9,5	-17,9
Ophthalmologie	86,4	896	67,9	95,7	29,0	777	-21,4	-13,3
Transplantation	0,9	84	0,9	0,9	0,0	83	-0,3	-0,9
Querschnittsbereiche	135,9	9.449	160,7	160,7	0,0	9.930	18,3	5,1
Sonstige	45,0	1.810	46,0	47,3	2,8	1.881	2,0	3,9
Gesamt	4.506,1	92.273	4.259,6	4.829,8	11,8	84.364	-5,5	-8,4

Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ S. 598

Gutachten: Prognose NRW Gesamt – Betten (rechnerisch)

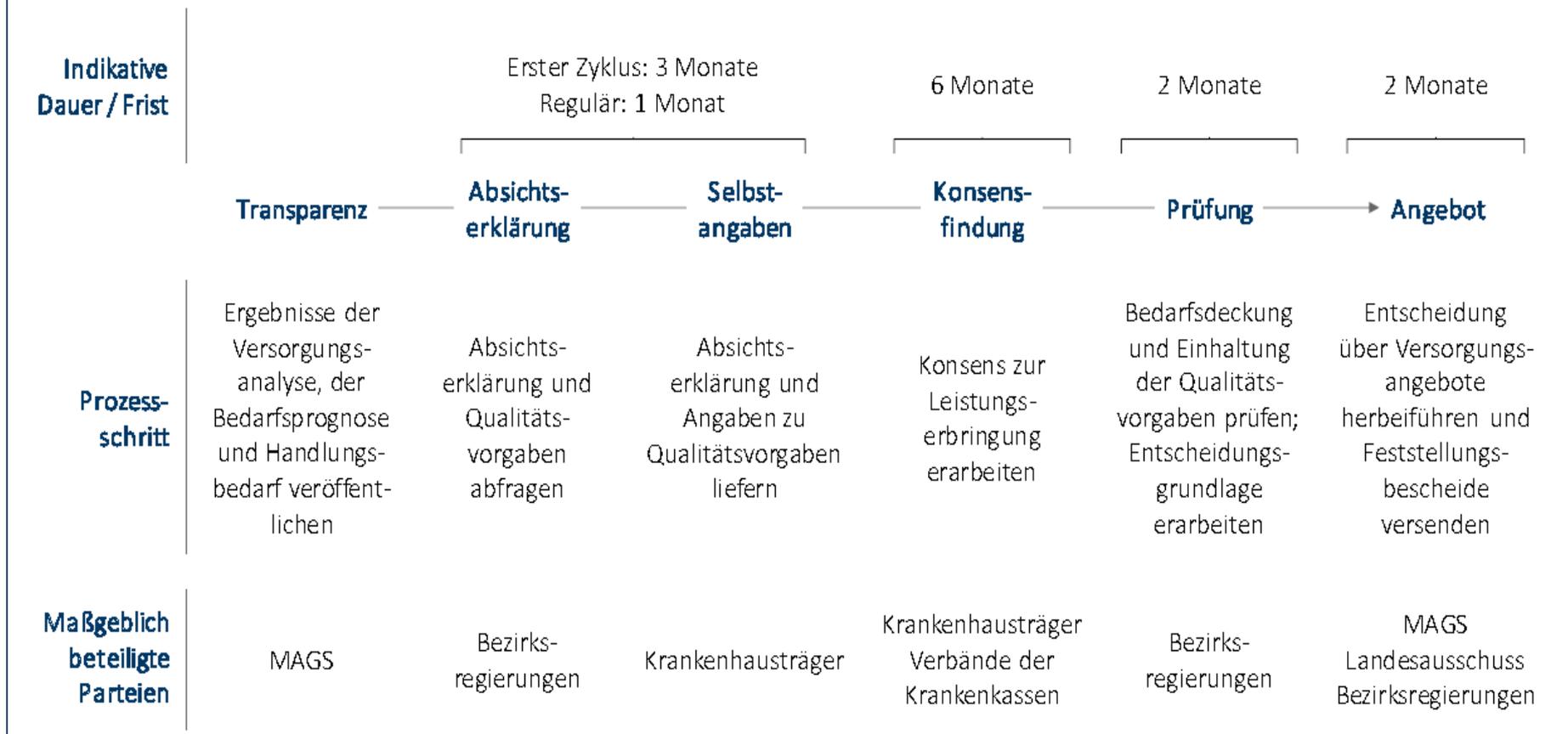
Abbildung 389: Betten im Ist-Zustand und in der Prognose



$$Kapazitätsbedarf(t) = \sum_{Fälle} \frac{Faktor(t) \cdot (1 - amb.Potenzial(t)) \cdot VWD(t)}{Auslastung(VWD) \cdot Betriebszeit}$$

Gutachten: Neuer Planungsprozess – MAGS: „Diskussionsgrundlage“

Abbildung 3: Schritte des regulären Planungsprozesses



Erwartungen/Prognosen der Gutachter bis 2032



- Leistungsbereiche (LB) mit mehr als 10 % Fallzahlrückgang
 - Herz
 - Gynäkologie
 - Geburtshilfe
 - Onkologie/Hämatologie
- Leistungsbereiche (LB) mit deutlichem Fallzahlwachstum
 - Thoraxchirurgie (+ 11 %)
 - Nephrologie (+ 13 %)
 - Palliativmedizin (+ 16 %)
 - Intensivmedizin (+ 13 %)
 - Geriatrie (+ 21 %)

Versorgungsgebiete (VG) mit unterschiedlicher Entwicklungsprognose (Fallzahl):

- VG 5, 6 und 9 weitgehend konstantes Fallzahlvolumen
- VG 8 sowie VG des RB Arnsberg deutliche Fallzahlrückgänge über 10 %!

Erwartungen/Prognosen der Gutachter bis 2032 Geburtshilfliche Versorgung – drei Szenarien



Szenario (A): Mindestmenge von 500 Geburten pro Standort und Jahr

Auswirkung: von 152 Standorten sollten dann 18 keine Geburten mehr betreuen, in 2017 haben diese zusammen 7.280 Geburten versorgt

Szenario (B): Mindestmenge von 600 Geburten pro Jahr

Auswirkung: von den 152 Standorten würden insgesamt 28 Standorte ausgeschlossen

Szenario (C): Mindestmenge von 600 Geburten und Vorhaltung einer Pädiatrie

Auswirkung: Neben den unter Szenario B genannten 28 würden weitere 62 Standorte ausgeschlossen (insgesamt 90)

Trotz der 90 ausgeschlossenen Standorte in Szenario (C) sei die Erreichbarkeit innerhalb von 40 min. für den überwiegenden Teil NRWs gegeben

Vgl. Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ S. 548

- 20.09.2019: Sitzung der AG Krankenhausplanung des Landesausschusses
- 01.10.2019: Sitzung des Landesausschusses
- 28.10.2019 Sitzung der AG Krankenhausplanung
- Ende 2020/Anfang 2021: Fertigstellung der neuen Rahmenvorgaben
- Ab dem X.? Quartal 2021: (Flächendeckende) Durchführung regionaler Planungskonzepte (Initiierung durch Behörde)
- Abschluss der regionalen Planungskonzepte und damit Umsetzung des neuen Krankenhausplanes in 2021

Vielen Dank für Ihr Interesse!

WIR SIND TEIL DER
HYGIENE-INITIATIVE

KEINE

KEINE CHANCE FÜR MULTIRESISTENTE ERREGER

BUNDNIS FÜR
GESUNDE KRANKENHÄUSER
Investieren aus Verantwortung

BUNDNIS FÜR
GESUNDE KRANKENHÄUSER
Investieren aus Verantwortung

<https://www.kgnw.de>