



ACHIM TEUSCH

# KEIN BETT ZU VIEL

EINE KRITIK AM MODELLPROJEKT  
«KRANKENHAUSPLANUNG IN NORD-  
RHEIN-WESTFALEN»



# INHALT

Herausgeber*innen	
<b>Einleitung: Wo bitte geht's hier zum nächsten Krankenhaus?</b>	<b>3</b>
Wenn die Versorgung nicht mehr steht	
Achim Teusch	
<b>Weniger Betten, weniger Krankenhäuser, weniger Kranke?</b>	<b>9</b>
Kritische Bewertung der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen als Abbau und Konzentration von Leistungen und Kapazitäten	
Achim Teusch	
<b>Kurze Bewertung des «Richtungspapiers zu mittel- und langfristigen Lehren»</b>	<b>51</b>
aus der «ersten Welle der Corona-Krise 2020»	
Herausgeber*innen	
<b>Fazit: Eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung ist mit dem «Modellprojekt NRW» nicht zu haben</b>	<b>65</b>
Zu Autor und Herausgeber*innen	<b>69</b>

the 1990s, the incidence of *S. pneumoniae* meningitis in the United Kingdom has declined by 50% [10].

There are a number of reasons for the decline in meningitis incidence. First, the incidence of pneumococcal meningitis is declining in other industrialized countries [11]. Second, the incidence of meningitis is declining in developing countries [12]. Third, the incidence of meningitis is declining in the United States [13]. Fourth, the incidence of meningitis is declining in the United Kingdom [14].

The decline in meningitis incidence is likely to be due to a combination of factors. First, the incidence of pneumococcal meningitis is declining in other industrialized countries [11]. Second, the incidence of meningitis is declining in developing countries [12].

Third, the incidence of meningitis is declining in the United States [13]. Fourth, the incidence of meningitis is declining in the United Kingdom [14].

The decline in meningitis incidence is likely to be due to a combination of factors. First, the incidence of pneumococcal meningitis is declining in other industrialized countries [11]. Second, the incidence of meningitis is declining in developing countries [12].

Third, the incidence of meningitis is declining in the United States [13]. Fourth, the incidence of meningitis is declining in the United Kingdom [14].

The decline in meningitis incidence is likely to be due to a combination of factors. First, the incidence of pneumococcal meningitis is declining in other industrialized countries [11]. Second, the incidence of meningitis is declining in developing countries [12].

Third, the incidence of meningitis is declining in the United States [13]. Fourth, the incidence of meningitis is declining in the United Kingdom [14].

The decline in meningitis incidence is likely to be due to a combination of factors. First, the incidence of pneumococcal meningitis is declining in other industrialized countries [11]. Second, the incidence of meningitis is declining in developing countries [12].

Third, the incidence of meningitis is declining in the United States [13]. Fourth, the incidence of meningitis is declining in the United Kingdom [14].

The decline in meningitis incidence is likely to be due to a combination of factors. First, the incidence of pneumococcal meningitis is declining in other industrialized countries [11]. Second, the incidence of meningitis is declining in developing countries [12].

Third, the incidence of meningitis is declining in the United States [13]. Fourth, the incidence of meningitis is declining in the United Kingdom [14].

The decline in meningitis incidence is likely to be due to a combination of factors. First, the incidence of pneumococcal meningitis is declining in other industrialized countries [11]. Second, the incidence of meningitis is declining in developing countries [12].

Third, the incidence of meningitis is declining in the United States [13]. Fourth, the incidence of meningitis is declining in the United Kingdom [14].

The decline in meningitis incidence is likely to be due to a combination of factors. First, the incidence of pneumococcal meningitis is declining in other industrialized countries [11]. Second, the incidence of meningitis is declining in developing countries [12].

Herausgeber\*innen

# **EINLEITUNG: WO BITTE GEHT'S HIER ZUM NÄCHSTEN KRANKENHAUS?**

**WENN DIE VERSORGUNG NICHT MEHR STEHT**

Ein explizit propagiertes Ziel der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen zur Finanzierung der Krankenhäuser war es, über die Einführung von Marktmechanismen den «Krankenhausmarkt zu bereinigen»: Das neue Preissystem sollte mittels Sachzwängen Gewinner- und Verlierer-Krankenhäuser hervorbringen und insbesondere dazu führen, dass kleinere Krankenhäuser schließen müssen, weil sie dem ökonomischen Druck nicht standhalten können. Dieses Kalkül ist nur zu einem kleinen Teil aufgegangen, sodass es in Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor relativ viele Krankenhäuser und relativ viele Betten, auch Intensivbetten, gibt.

Vor der Corona-Pandemie war die gesundheitspolitische und vor allem gesundheitsökonomische Debatte in Deutschland stark bestimmt von der Frage nach der «angemessenen» Anzahl von Krankenhäusern und Betten. 2016 hatte eine Gruppe von Wissenschaftler\*innen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina mit der These provoziert, dass Deutschland, wenn es die Krankenhausstruktur von Dänemark hätte, mit 330 Krankenhäusern

anstelle von fast 2.000 auskäme – «und alle mit CT, MRT und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar» seien.<sup>1</sup> Drei Jahre später legte die Bertelsmann Stiftung nach und schlug vor, die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland auf 600 zu reduzieren, mit der Begründung, dies würde zum einen die Qualität der Patientenversorgung verbessern und zum anderen die Krise des Fachkräftemangels im ärztlichen Dienst, vor allem aber in der Pflege, lindern.

Als dann im Frühjahr 2020 die Corona-Pandemie Deutschland erreichte, verstummten diese Stimmen zunächst, und das Krankenhauswesen wurde von verschiedenen Seiten gelobt. Die hohe Bettenkapazität und die teure technische Ausstattung auch kleiner und mittlerer Krankenhäuser, die bis dahin als Beweis für wirtschaftliche Ineffizienz angesehen worden waren,

<sup>1</sup> Busse, Reinhard/Ganten, Detlev/Huster, Stefan/Reinhardt, Erich R./Suttrop, Norbert/Wiesing, Urban: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, hrsg. von Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle/Saale 2016.

erschieden nun in neuem Licht: Plötzlich galten sie als Garanten dafür, dass selbst eine Pandemie das deutsche Krankenhauswesen nicht überfordern könne. Im Fokus der Öffentlichkeit standen die Folgen der jahrzehntelangen Ökonomisierung, insbesondere der Mangel an Pflegekräften sowie ihre Überlastung und unzureichende Bezahlung. Dennoch wurden trotz Pandemie auch im Jahr 2020 weitere Krankenhäuser geschlossen. Und es dauerte nicht lange, bis die Debatte über die angemessene Anzahl an Krankenhäusern wieder an Fahrt aufnahm. Nichts weist darauf hin, dass einflussreiche Gesundheitsökonom\*innen und Politiker\*innen ihre Pläne zur «Zentralisierung» und Reduzierung der Anzahl der Kliniken aufgegeben hätten. Al-

lerdings setzen sie jetzt nicht mehr allein auf den Markt, sondern zusätzlich auf eine Renaissance der Krankenhausplanung der Bundesländer, die über Jahrzehnte abgebaut, ausgehöhlt und als antiquiertes Sozialstaatsrelikt belächelt worden war. Jetzt soll sie zum entscheidenden politischen und juristischen Hebel werden, um durch unmittelbaren Eingriff des Staates nicht nur die Anzahl der Krankenhäuser zu reduzieren und die Versorgung zu zentralisieren, sondern auch die Leistungsmenge, die infolge der ökonomischen Fehlanreize des DRG-Systems stark angewachsen ist, wirksam zu begrenzen. Auf der Grundlage einer Bedarfsplanung sollen die Länder strategischen Einfluss auf die Krankenhausversorgung nehmen.

---

**TROTZ PANDEMIE WURDEN AUCH IM  
JAHR 2020 WEITERE KRANKENHÄUSER  
GESCHLOSSEN UND DIE DEBATTE ÜBER  
DEN ABBAU VON KLINIKEN NAHM AN  
FAHRT AUF.**

---

Dieser vermeintlich neue Kurs ist Gegenstand der vorliegenden Broschüre. Wir analysieren hier zwei zentrale Papiere, die in diesem Zusammenhang entstanden sind: Im Sommer 2018 beauftragte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen das Beratungsunternehmen Partnerschaft Deutschland (PD) in Kooperation mit der Lohfert & Lohfert AG und der Technischen Universität Berlin, ein Krankenhausgutachten mit Vorschlägen für eine zukünftige Krankenhausplanung zu erstellen, das im September 2019 veröffentlicht wurde.<sup>2</sup> Orientiert an diesem Gutachten formulierten die CDU-Fraktion und die FDP-Fraktion ein Gesetz zur Änderung der Krankenhausgestaltung, das im März 2021 in Kraft trat und zeigt, wohin sich Krankenhauspolitik aktuell entwickeln wird, wenn es keinen Widerstand dagegen gibt: Mitnichten geht es hier um eine demokratische Planung bedarfsgerechter Strukturen im stationären Sektor, sondern darum, einen umfangreichen Leistungsabbau mit politischen und rechtlichen Instrumenten staatlich-bürokratischer Planung und Steuerung von oben (herab) durchzusetzen. Die Konzentration des Kapitals im Krankenhaus in den Händen weniger privater, kirchlicher und staatlicher Konzerne wird, entgegen allen Beteuerungen, nicht zum Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung hin-, sondern davon wegführen.

Das Thema ist strategisch wichtig, weil die Krankenhausplanung (neben der Krankenhausfinanzierung und der Überwindung der Sektorentrennung) eines der Zukunftsthemen ist. Alle Gesundheitspolitiker\*innen und -ökonom\*innen in allen Bundes-

ländern schauen auf Nordrhein-Westfalen (NRW), das die Blaupause für ein Revival staatlicher Krankenhausplanung sein könnte – für eine Planung, die nicht darauf ausgerichtet ist, den Markt einzuschränken oder zu ersetzen, sondern ihm auf die Beine helfen soll.

Im ersten Teil dieser Broschüre analysiert Achim Teusch vor dem Hintergrund einer langjährigen betrieblichen Praxis in einem privatisierten Krankenhaus und gestärkt durch die kritischen Diskussionen im Bündnis «Krankenhaus statt Fabrik» die Voraussetzungen, die Prämissen, das methodische Vorgehen, die Zielsetzung und Schlüsse des initialen Gutachtens, des Gesetzes und des ersten Entwurfs der «Rahmenvorgaben» für die künftige Krankenhausplanung in NRW.

Im zweiten Teil stellt Achim Teusch ein weiteres richtungsweisendes Papier vor, das teilweise von denselben Autor\*innen verfasst worden ist wie die Thesen der Leopoldina-Studie zur Krankenhausplanung in NRW und schon erste mittel- und langfristige Lehren aus der Corona-Pandemie ziehen will: Es handelt sich um eine gemeinsam vom Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung, der Bertelsmann Stiftung und der Robert Bosch Stiftung am 24. November 2020 veröffentlichte «Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020». Darin üben die Autor\*innen erneut Kritik an kleinen Kran-

<sup>2</sup> PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH/Lohfert & Lohfert AG/Technische Universität Berlin – Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (2019a): Gutachten. Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Langfassung, Berlin 2019, unter: [https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten\\_Krankenhauslandschaft\\_Nordrhein-Westfalen/58](https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/58).

kenhäusern, dem Pflegenotstand und der sektorenübergreifenden Versorgung und stellen ihre Vorstellungen von einer neuen «hierarchischen Krankenhausstruktur» vor, die im gleichen Vorstellungshorizont geschrieben sind wie das Gutachten für NRW. Nur dass hier die Corona-Pandemie benutzt wird, um Argumente für dieselbe Zielsetzung aufzuzeigen: die Zentralisierung der Krankenhauslandschaft und die Schließung von Krankenhäusern. Eines wird in diesem Papier allerdings noch deutlicher: dass diese Vorhaben auf eine weitere Privatisierung hinauslaufen.

Analyse und Kritik beider Texte sollen dazu dienen, derartige Studien und Richtungspapiere und die darauf basierende Politik gut begründet kritisieren und in politische und betriebliche Diskussionen überall im Gesundheitswesen, aber insbesondere in NRW, intervenieren zu können. In diesem Sinne ist auch der Titel der Broschüre «Kein Bett zu viel» gemeint: Er soll einerseits infrage stellen, ob es tatsächlich zu viele Krankenhäuser und Betten in den Kliniken gibt, und andererseits darauf verweisen, dass es auch aus Sicht einer demokratischen Bedarfsplanung nicht darum geht, jedes aktuell bestehende Bett zu verteidigen oder möglichst viele Kapazitäten aufzubauen. Es muss vielmehr darum gehen, demokratisch – und das heißt unter Beteiligung aller relevanten Akteur\*innen – zu einer bedarfsgerechten Versorgung zu kommen, die weder zu viele Kapazitäten und damit eine Überversorgung aufweist, wie sie sich aktuell vor allem in Bezug auf medizinisch nicht induzierte Behandlungen, die im DRG-System gut vergütet sind, zeigt. Noch soll es einen Mangel an Ressourcen

in den Krankenhäusern geben – denn auch in Notfällen sollen, wie etwa in Pandemien – die Kapazitäten ausreichen.

Der Fokus der Broschüre liegt auf dem «Modellprojekt NRW», zugleich aber bettet sie sich ein in breitere Diskussionen um die Themen Versorgungsstruktur im Krankenhauswesen sowie Planung und Steuerung der stationären Versorgung, die auch Gegenstand der Studie der Rosa-Luxemburg-Stiftung «Krankenhausplanung in Deutschland» sind, die Thomas Böhm jüngst vorgelegt hat.<sup>3</sup> Auch hier wird nach der Funktionsweise der Krankenhausplanung der Länder gefragt und danach, wie sich die Planung in den letzten Jahren verändert hat. Böhm vergleicht die Krankenhausplanungen in allen 16 Bundesländern und untersucht ihre historische Entwicklung. Ähnlich wie wir hier in dieser Broschüre argumentiert auch Böhm, dass die Krankenhausplanung zwischen 1992 und 2019 nicht als tatsächliches Planungsinstrument eingesetzt worden ist, vielmehr wurde dem wirtschaftlich induzierten Bettenabbau und der Schließung von Krankenhäusern planerisch nichts entgegengesetzt. Anstatt eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, hat der Abbau von Kapazitäten – knapp 145.000 Betten und etwa 570 Krankenhäuser in diesem Zeitraum – zu Personalengpässen und enormen Arbeitsverdichtungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern geführt, mit zahlreichen negativen Folgen für die Patient\*innen.

<sup>3</sup> Böhm, Thomas (2022): Krankenhausplanung in Deutschland. Krankenhausgesetze und Krankenhauspläne der Bundesländer – ein kritischer Überblick, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Studien 1/2022, Berlin.

Wie die Studie von Thomas Böhm richtet sich auch die vorliegende Broschüre gegen die Folgen von Bettenabbau, Krankenhausschließungen und den Missbrauch der Krankenhausplanung zu diesem Zweck. Ihr Fokus liegt jedoch auf NRW – als Modellprojekt des neoliberalen Angriffs auf die Versorgungsstrukturen.

Wir schauen aber auch aus einem weiteren Grund nach NRW: Dort führt ver.di im Frühjahr 2022 in allen Unikliniken einen Tarifikampf um Entlastung, ähnlich dem der Kolleg\*innen von Charité und Vivantes in Berlin, orchestriert vom Wahlkampf zu den NRW-Landtagswahlen im Mai. Wenn unsere Kolleg\*innen erfolgreich sind, wird die Messlatte für eine bundesweite Personalbemessungsregelung deutlich höher liegen.

**Peter Hoffmann**

Mitglied im erweiterten Vorstand des Vereins demokratischer Ärzt\*innen

**Nadja Rakowitz**

Stellvertretende Vorsitzende im Solidarischen Gesundheitswesen e.V.

**Julia Dück**

Referentin im Institut für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung

---

**DEM WIRTSCHAFTLICH  
INDUZIERTEN BETTENABBAU  
UND DER SCHLISSUNG VON  
KRANKENHÄUSERN WURDE IN  
DEN JAHREN 1992 BIS 2019  
PLANERISCH NICHTS  
ENTGEGENGESETZT.**

---

the *Journal of Applied Behavior Analysis* (1974), and the *Journal of Experimental Psychology* (1975).

There are a number of reasons why the *Journal of Applied Behavior Analysis* is the most widely cited journal in the field of behavior analysis.

First, the journal is published by the American Psychological Association, which is the largest and most prestigious organization in the field of psychology.

Second, the journal is published quarterly, which allows for a high volume of research to be published.

Third, the journal is published in English, which is the most widely spoken language in the world.

Fourth, the journal is published in a format that is easy to read and understand, which makes it accessible to a wide range of researchers and practitioners.

Fifth, the journal is published in a format that is easy to search and retrieve, which makes it convenient for researchers to find the articles they need.

Sixth, the journal is published in a format that is easy to cite, which makes it convenient for researchers to cite the articles they use.

Seventh, the journal is published in a format that is easy to share, which makes it convenient for researchers to share their findings with their colleagues.

Eighth, the journal is published in a format that is easy to archive, which makes it convenient for researchers to archive their findings for future use.

Ninth, the journal is published in a format that is easy to access, which makes it convenient for researchers to access the articles they need.

Tenth, the journal is published in a format that is easy to use, which makes it convenient for researchers to use the articles they need.

Eleventh, the journal is published in a format that is easy to understand, which makes it convenient for researchers to understand the articles they need.

Twelfth, the journal is published in a format that is easy to remember, which makes it convenient for researchers to remember the articles they need.

Thirteenth, the journal is published in a format that is easy to find, which makes it convenient for researchers to find the articles they need.

Fourteenth, the journal is published in a format that is easy to use, which makes it convenient for researchers to use the articles they need.

Fifteenth, the journal is published in a format that is easy to understand, which makes it convenient for researchers to understand the articles they need.

Sixteenth, the journal is published in a format that is easy to remember, which makes it convenient for researchers to remember the articles they need.

Seventeenth, the journal is published in a format that is easy to find, which makes it convenient for researchers to find the articles they need.

Eighteenth, the journal is published in a format that is easy to use, which makes it convenient for researchers to use the articles they need.

Nineteenth, the journal is published in a format that is easy to understand, which makes it convenient for researchers to understand the articles they need.

Twentieth, the journal is published in a format that is easy to remember, which makes it convenient for researchers to remember the articles they need.

Twenty-first, the journal is published in a format that is easy to find, which makes it convenient for researchers to find the articles they need.

Twenty-second, the journal is published in a format that is easy to use, which makes it convenient for researchers to use the articles they need.

Twenty-third, the journal is published in a format that is easy to understand, which makes it convenient for researchers to understand the articles they need.

Twenty-fourth, the journal is published in a format that is easy to remember, which makes it convenient for researchers to remember the articles they need.

Twenty-fifth, the journal is published in a format that is easy to find, which makes it convenient for researchers to find the articles they need.

Twenty-sixth, the journal is published in a format that is easy to use, which makes it convenient for researchers to use the articles they need.

Twenty-seventh, the journal is published in a format that is easy to understand, which makes it convenient for researchers to understand the articles they need.

Twenty-eighth, the journal is published in a format that is easy to remember, which makes it convenient for researchers to remember the articles they need.

Twenty-ninth, the journal is published in a format that is easy to find, which makes it convenient for researchers to find the articles they need.

Thirtieth, the journal is published in a format that is easy to use, which makes it convenient for researchers to use the articles they need.

Thirty-first, the journal is published in a format that is easy to understand, which makes it convenient for researchers to understand the articles they need.

Thirty-second, the journal is published in a format that is easy to remember, which makes it convenient for researchers to remember the articles they need.

Thirty-third, the journal is published in a format that is easy to find, which makes it convenient for researchers to find the articles they need.

Thirty-fourth, the journal is published in a format that is easy to use, which makes it convenient for researchers to use the articles they need.

Thirty-fifth, the journal is published in a format that is easy to understand, which makes it convenient for researchers to understand the articles they need.

Thirty-sixth, the journal is published in a format that is easy to remember, which makes it convenient for researchers to remember the articles they need.

Achim Teusch

# WENIGER BETTEN, WENIGER KRANKENHÄUSER, WENIGER KRANKE?

KRITISCHE BEWERTUNG DER KRANKENHAUSPLANUNG  
IN NORDRHEIN-WESTFALEN ALS ABBAU UND KONZENTRATION  
VON LEISTUNGEN UND KAPAZITÄTEN

## 1 ZUR BEWERTUNG DES GUT- ACHTENS «KRANKENHAUSLAND- SCHAFT NORDRHEIN-WEST- FALEN», DER AKTUELLEN ÄNDERUNGEN DES KRANKEN- HAUSGESTALTUNGSGESETZES (KHGG) NORDRHEIN-WESTFALEN UND DES ENTWURFS DER RAHMENVORGABEN FÜR DEN KRANKENHAUSPLAN

Bereits in ihrem Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2017 verbanden die Koalitionspartner der schwarz-gelben Landesregierung in Nordrhein-Westfalen (NRW) ihr Versprechen, die Krankenhausinvestitionsmittel zu erhöhen, mit dem Ziel, die Zentralisierung der «Krankenhauslandschaft» voranzutreiben:

«Die deutliche Anhebung der Investitionskostenförderung durch das Land muss zwingend mit der Einleitung von Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft verbunden werden, die zu mehr Qualität und Effizienz, zu kooperativen Strukturen in der medizinischen Versor-

gung und zu guten Arbeitsbedingungen für das Personal führen. Wir begrüßen und unterstützen daher auch trägerübergreifende Verbünde, die sich bereit erklären, gemeinsam in einer zu definierenden Region das notwendige Versorgungsangebot sicherzustellen bei gleichzeitiger Reduktion der Anzahl von mehrfach ohne Notwendigkeit vorgehaltenen Fachabteilungen.» (CDU NRW/FDP NRW 2017: 95)

### **Von der «Bettenplanung» zur «leistungsorientierten Krankenhausplanung»**

Im Sommer 2018 beauftragte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS NRW) das Beratungsunternehmen «Partnerschaft Deutschland» (PD), «in Kooperation mit der Lohfert & Lohfert AG und der TU Berlin», ein Krankenhausgutachten zu erstellen und Vorschläge für eine zukünftige Krankenhausplanung vorzulegen. Im September 2019 wurde das Gutachten veröffentlicht. Die Gutachter\*innen präsentierten ihre Untersuchungsergebnisse und Vorschläge als grundlegende Abkehr von den bisherigen Planungsprinzipien. Die «Bet-

---

**BEREITS SEIT 2017 PLANT  
DIE SCHWARZ-GELBE LANDES-  
REGIERUNG IN NRW EINE  
ZENTRALISIERUNG DER  
KRANKENHAUSLANDSCHAFT –  
LETZTLICH MIT DEM ZIEL,  
HÄUSER ZU SCHLIESSEN.**

---

tenplanung» solle durch eine «leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung» abgelöst werden (PD u. a. 2019b: 118).

Dem folgten die Mehrheitsfraktionen des nordrhein-westfälischen Landtags. Am 29. September 2020 legten die CDU-Fraktion und die FDP-Fraktion gemeinsam den Entwurf des «Dritten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen» (KHGG) vor (vgl. Landtag NRW 2020). Am 18. März 2021 traten die Gesetzesänderungen in Kraft. Die «Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für das Land Nordrhein-Westfalen» präsentierte das Ministerium im September 2021.

Der vorliegende Beitrag untersucht die wesentlichen Aussagen des Krankenhausgutachtens und die darauf beruhenden Gesetzesänderungen und bewertet im Schlussabschnitt (4) den Entwurf der neuen Rahmenvorgaben. Sie sollen den

«Krankenhausplan 2015» ablösen, den die rot-grüne Landesregierung im Jahr 2013 veröffentlicht hatte. Er beruhte auf der «Grundüberzeugung, dass die stationäre Versorgung nicht dem freien Spiel der Kräfte des Marktes überlassen werden darf» und bekannte sich zur «ganzheitlichen Sicht vom Menschen auch und gerade in der stationären Versorgung» (MGEPA NRW 2013: 9).

Den Krankenhausalltag bestimmten trotz dieser schönen Worte die «Kräfte des Marktes», und die Jagd nach Umsatzerlösen stand der «ganzheitlichen Sicht vom Menschen» im Wege. Was bringt die neue Planung? Das Ende des «freien Spiels der Kräfte des Marktes», die Rückkehr zur «ganzheitlichen Sicht vom Menschen»? Oder das genaue Gegenteil?

### **Zu hohe Fallzahlen in NRW?**

Auf Seite 1 ihres Entwurfs zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes beschrieben CDU und FDP unter «A. Problem» die Problemlage aus ihrer Sicht:

«Die derzeitige Planungsmethodik mit der Bettenanzahl als zentraler Planungsgrundlage verhindert aber eine gezielte Steuerung der Krankenhauskapazitäten, wie ein vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Auftrag gegebenes Gutachten von August 2019 ermittelt hat (Gutachten der Partnerschaft Deutschland GmbH in Kooperation mit der Lohfert und Lohfert AG und der TU Berlin (veröffentlicht unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041>). Dieses legt dar,

dass – bezogen auf die Bevölkerungszahl – stationär mehr Fälle mit mehr Belegtagen und einer längeren Verweildauer als im Bundesdurchschnitt versorgt würden. In keinem anderen Bundesland würden bei vergleichbarer Altersstruktur mehr Fälle im Krankenhaus versorgt.» (Landtag NRW 2020: 1)

Laut Gutachten liegt die durchschnittliche Fallzahl pro 1.000 Einwohner\*innen (EW) in NRW bei 249 und damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 227. In 9 von 16 Versorgungsgebieten bewegen sich die Fallzahlen jedoch nahe am Bundesdurchschnitt. Die Fallzahlen der übrigen 7 Versorgungsgebiete liegen tatsächlich weit darüber. Sie reichen von 254,2 Fällen pro 1.000 EW im Versorgungsgebiet 2 (Essen, Mülheim, Oberhausen) bis zu 305,8 Fällen im Versorgungsgebiet 8 (Gelsenkirchen, Bottrop, Recklinghausen). Geografisch bilden diese 7 Versorgungsgebiete ein Band, das sich vom ländlich geprägten Westen des Bundeslandes (Kreis Kleve) durchs Ruhrgebiet bis zum dünn besiedelten Hochsauerlandkreis im Osten zieht.

Der naheliegenden Frage, ob die Fallzahlen in der «Metropolregion Rhein-Ruhr» und den beiden angrenzenden ländlichen Versorgungsgebieten so hoch sind, weil die ambulante Versorgung dort schlechter ist als in den reicheren Teilen des Bundeslandes, gingen die Gutachter\*innen nicht nach. Stattdessen suggerierten sie, die Fallzahlen seien hoch, weil es zu viele Krankenhäuser gebe, die ihre Betten belegen müssten und sich deshalb künstliche Nachfrage schaffen würden. Dem müsse durch Zentralisierung abgeholfen werden.

### **Viele Betten = viele Fälle?**

Die im europäischen Vergleich hohen Bettenzahlen in der Bundesrepublik Deutschland werden in der gesundheitspolitischen Diskussion seit mehr als 40 Jahren von Bundes- und Landesregierungen, gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und anderen Interessierten fast unwidersprochen für hohe stationäre Fallzahlen verantwortlich gemacht. Die Tatsachen sprechen allerdings eindeutig gegen den behaupteten Kausalzusammenhang zwischen Bettenkapazität und Fallzahlen:

Ab 1991, dem ersten vollen Kalenderjahr nach dem Beitritt der DDR zur BRD, sank die Anzahl der Krankenhausbetten um ein Viertel von 665.565 auf 494.326 Betten, während die Anzahl der stationären Behandlungsfälle um ein Drittel von 14,576 Millionen auf 19,415 Millionen anstieg. Nach der Logik der Autor\*innen des Krankenhausgutachtens NRW hätte der Bettenabbau zu weniger Fällen und geringerer Belastung führen müssen, was aber nicht geschah. Es gibt allerdings durchaus einen Grund dafür, warum die Fallzahlen nahezu jedes Jahr steigen: Nicht die Anzahl der Betten, sondern die fortschreitende Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Krankenhauswesens durch die Einführung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten, Sonderentgelten und Fallpauschalen in den 1980er- und 1990er-Jahren und der Übergang zum System der DRGs (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2003 sind verantwortlich für die Fallzahlsteigerungen.

### **Starke ambulante Systeme = weniger stationäre Fälle**

Dass die Anzahl der stationären Krankenhausfälle zum Beispiel in den skandinavischen Ländern und den Niederlanden deutlich geringer ist als in der Bundesrepublik, liegt nicht daran, dass diese Länder weniger Krankenhausbetten haben, sondern daran, dass zahlreiche Behandlungen ambulant durchgeführt werden, die bei uns zur Krankenhausaufnahme führen würden. Das gelingt aufgrund prä- und poststationärer ambulanter und sektorenübergreifender Einrichtungen, die im Gesundheitssystem der Bundesrepublik noch weitgehend unbekannt sind. Ein aktuelles Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI 2021) beschreibt einige dieser Einrichtungen und Maßnahmen:

«In den Niederlanden stand in der jüngsten Vergangenheit eine Senkung der stationären (Wieder-)Aufnahmen immer wieder auf der politischen Agenda. Dazu wurden vermehrt Intermediate-care-Einrichtungen und auch die Betreuung zu Hause forciert. Außerdem wurde der Bereich des ambulanten Operierens ausgebaut und liegt weit über dem EU-Durchschnitt.» (Ebd.: 95)

«Aus einer Analyse der Weltgesundheitsorganisation zu chronischen Erkrankungen geht hervor, dass die Versorgung chronisch Erkrankter in Dänemark stark über den Hausarzt gesteuert wird. [...] Dänemark erfasst Diabetes-Patientinnen und -Patienten in einem Diabetesregister, welches insbesondere die Daten aus dem ambulanten Sektor sammelt und zur Verbesserung der Versorgung auswertet. [...] Dänemark verfügt zudem über «ambulan-

te Diabeteskliniken», die sich um schwere Erkrankungsfälle kümmern, die jedoch (noch) keiner Krankenhausbehandlung bedürfen. Die Überweisung wird durch den Hausarzt veranlasst. [...] Neben der persönlichen Betreuung ist die Nutzung von Telehealth-Anwendungen in Dänemark ausgeprägt.» (Ebd.: 116)

Intermediate-care-Einrichtungen, ambulante Diabeteskliniken, Telehealth-Anwendungen und andere Maßnahmen zur Verbesserung der prä- und poststationären Versorgung legen «die Schlussfolgerung nahe, dass der stationäre Sektor (in Deutschland) Versorgungsdefizite im ambulanten Bereich kompensieren muss» (ebd.: 118).

Schweden unterhält flächendeckend Primärversorgungszentren, die das Österreichische Forum Primärversorgung (OEFOP) so beschreibt:

«In Schweden wird die Primärversorgung von den 290 Landkreisen organisiert. Die Hauptaufgabe übernehmen Primärversorgungszentren (PVZ), in denen verschiedene Gesundheitsberufe eng zusammenarbeiten. [...] Im Schnitt versorgt ein PVZ 7.000 bis 8.000 eingeschriebene Patienten, wobei die Größe und personelle Ausstattung stark variiert. In einem typischen PVZ arbeiten vier bis sechs Allgemeinmediziner/innen mit Pflegekräften (District Nurses), Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern etc. zusammen. Der Frauenanteil unter den Ärzten/innen liegt bei über 50 Prozent. Teilzeitmodelle in der Primärversorgung sind die Regel und nicht die Ausnahme. Für die administrati-

ven Aufgaben in einem PVZ gibt es eigenes Personal. Pflegepersonen übernehmen das selbstständige Management chronischer Erkrankungen oder die Verschreibung und Verabreichung von Medikamenten. Derzeit gibt es keine gesetzliche Bestimmung, wer ein PVZ leiten darf. Auch wenn zumeist Hausärzte/innen diese Aufgabe übernehmen, kommt es auch vor, dass diplomierte Pflegefachkräfte die Leitung innehaben.» (OEFOP 2017)

Wer die Gesundheitsversorgung von Köln, der mit 1,1 Millionen Einwohner\*innen größten Stadt in NRW, nach skandinavischem Vorbild umbauen und zum Beispiel das dänische Krankenhaussystem und die schwedische Primärversorgung einführen möchte, der müsste etwa 5.000 der 7.083 somatischen Krankenhausbetten abbauen. Köln könnte dann beispielsweise die Städtischen Kliniken mit ihren rund 1.400 Betten und drei mittelgroße Krankenhäuser weiter betreiben, aber 18 der 22 Kölner Plankrankenhäuser, darunter die Unikliniken, müssten geschlossen werden. An die Stelle der geschlossenen Krankenhäuser müssten jedoch in jedem der rund 80 «Veedel» (Stadtviertel) ein bis zwei kommunale Primärversorgungszentren schwedischen Zuschnitts treten. Ein Großteil dieser PVZ müsste «rund um die Uhr» (24/7) geöffnet sein. Sie müssten ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis stellen und den ambulanten Behandlungsstrom erfolgreich vom Krankenhaus in den ambulanten Sektor umleiten. Erst dann wären größere Strukturveränderungen im Krankenhausbereich möglich.

Überträgt man diese Vorstellung auf das gesamte Bundesgebiet, müssten neue ambulante Strukturen pro Jahr (Stand: 2015) sowohl die 8,4 Millionen Menschen versorgen, die in deutschen Krankenhäusern bisher ambulant behandelt werden, als auch den «ambulantisierbaren» Teil der 8,5 Millionen Notfallpatient\*innen, die stationär aufgenommen werden.

Das Krankenhausgutachten NRW empfiehlt eine strikte Fallzahlbegrenzung durch krankenhauserplanerische Vorgaben. Wer die Menschen behandeln soll, die zukünftig am «Krankenhaustresen» abgewiesen werden, sagen die Gutachter\*innen nicht. Wenn aber Krankenhauskapazitäten abgebaut werden, ohne gleichzeitig leistungsfähige ambulante und sektorenübergreifende Einrichtungen wie PVZ oder Gesundheitszentren aufzubauen, ist eine Verschlechterung der Versorgung unabwendbar.

---

**DAS KRANKENHAUSGUT-  
ACHTEN NRW EMPFIEHLT  
EINE STRIKTE BEGRENZUNG  
VON BEHANDLUNGEN.  
WAS MIT DEN MENSCHEN  
PASSIERT, DIE ZUKÜNFTIG  
ABGEWIESEN WERDEN,  
SAGEN DIE GUTACH-  
TER\*INNEN NICHT.**

---

## 2 WAS IST NEU AN DER «LEISTUNGS-, BEDARFS- UND QUALITÄTSORIENTIERTEN KRANKENHAUSPLANUNG»?

Im Allgemeinen Teil der Begründung des Gesetzentwurfs zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes wird ausgeführt:

«Die Krankenhausplanung soll künftig nicht mehr allein anhand der Bettenzahl vorgenommen werden, da sie keine Aussage über das wirkliche Versorgungsgeschehen zulässt. Vielmehr soll die im Gutachten vorgeschlagene Planung medizinischer Leistungsbereiche und Leistungsgruppen eingeführt werden. Die Leistungsbereiche bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen und orientieren sich im Wesentlichen an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen (oder Leistungscluster) ab. Mit der Entwicklung einer Leistungsgruppensystematik, mit der der aktuelle sowie zukünftige Bedarf bedarfsorientiert geplant werden kann, soll erreicht werden, dass die Krankenhäuser einer Region medizinische Leistungen anbieten, die für die Versorgung der Bevölkerung auch notwendig sind. Durch den klareren Leistungsbezug und die bessere Leistungssteuerung kann eine Über- oder Unterversorgung reduziert werden.» (Landtag NRW 2020: 28)

Die Gutachter\*innen schlagen für die Somatik eine Aufteilung in 25 Leistungsbereiche und 70 Leistungsgruppen vor (PD u. a. 2019b: 24). Die Aufteilung der Krankenhausleistungen in Leistungsbereiche (LB)

(z. B. LB Herz, Gefäße, Pneumologie, Thoraxchirurgie, Gastroenterologie, Nephrologie) stellt keine wirkliche Neuerung dar. Auch die bisherige Krankenhausplanung orientierte sich an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung.

Neu ist die Aufgliederung der Leistungsbereiche in 70 Leistungsgruppen (LG) (z. B. im LB Herz: LG Erweiterte Kardiologie, Kardiale Devices, Interventionelle Kardiologie, EPU/Ablation, Herzchirurgie und Interventionelle Eingriffe an Herzklappen – TAVI). Sie sollen jede denkbare medizinische oder pflegerische Versorgungsleistung umfassen und so eine fallzahlgenaue Leistungssteuerung und Kontrolle der Kostenentwicklung auf der Mikroebene (pro Leistungsgruppe pro Krankenhaus) und auf der Makroebene (für das Krankenhauswesen des Landes NRW insgesamt) ermöglichen. In der Begründung des Gesetzentwurfs heißt es dazu:

«Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses umfasst damit abschließend die Leistungsangebote aus den Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus im Feststellungsbescheid nach § 16 zugewiesen werden.» (Ebd.: 31)

Die Fraktionen von CDU und FDP ließen in ihrer Gesetzesbegründung keinen Zweifel daran, dass sie die bisherigen Freiräume der Krankenhäuser bei der Gestaltung ihrer Leistungsspektren stark einschränken und eine lückenlose, sanktionsbewehrte Leistungskontrolle einführen möchten:

«Des Weiteren sollen im neuen Krankenhausplan für die einzelnen Leistungs-

gruppen Parameter wie geografische Bezugseinheit für die Planung, parallel vorzuhaltende weitere Leistungsgruppen, vorzuhaltende apparative Ausstattung, fachärztliche Besetzung, sonstige Struktur- und Prozessvorgaben, ggf. Mindestfallzahlen, prognostizierter Bedarf für Nordrhein-Westfalen im Planungshorizont, Bettennutzungsgrad je Leistungsgruppe, Verweildauer je Leistungsgruppe ggf. auf Basis empirischer Statistiken, Zielwert der durchschnittlichen Versorgungskapazität je Leistungsgruppe und Krankenhausstandort im Planungshorizont (Orientierungswert) festgelegt werden.» (Ebd.: 32)

Der «Zielwert der durchschnittlichen Versorgungskapazität je Leistungsgruppe und Krankenhausstandort» wird zum wesentlichen Instrument der Fallzahlbegrenzung. Dementsprechend sieht § 16 Abs. 1 Ziff. 7 der Gesetzesnovelle vor, dass der Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan die «durchschnittliche jährliche Fallzahl» und ihre «Schwankungsbreite» enthält. Verstöße werden sanktioniert. § 16 Abs. 2 sieht vor:

«Wenn Krankenhausträger ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen nach Absatz 1 abweichen oder planwidrige Leistungen anbieten, kann das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.» (Ebd.: 16)

### **Wie sollen Fallzahlsenkung und Bettenabbau durchgesetzt werden?**

18.400 Betten, fast ein Fünftel (17,9 Prozent) der 102.800 Betten «laut Feststellungsbescheiden (FSB)», sollen bis zum

Jahr 2032 abgebaut werden, 13.400 über eine Steigerung der Auslastung bei gleichzeitiger Verkürzung der «derzeitigen» Verweildauer, der Rest über eine Fallzahlsenkung durch Leistungsverchiebung in den ambulanten Sektor (570.000 Fälle jährlich) und eine kontinuierliche weitere Verweildauersenkung. Das Krankenhausgutachten postuliert,

«dass gemäß dem beschriebenen Vorgehen zur Prognose in 2032 nur noch rund 84.400 Betten benötigt werden und somit 18.400 Betten weniger als im Soll-Zustand laut FSB (Feststellungsbescheiden) ausgewiesen. Der weitaus größere Teil dieser Bettendifferenz erklärt sich jedoch nicht über die prognostizierten Veränderungen (Verweildauer, Fallzahl-Entwicklung und Ambulantisierung), sondern vor allem über die Anpassung der Auslastung sowie die Optimierung der derzeitigen Verweildauer. Während erstgenannte Effekte nur eine rechnerische Verringerung von circa 4.800 Betten verursachen, ist der zweitgenannte Effekt, also die Anpassung bzw. Optimierung der derzeitigen Strukturen, mit -13.600 Betten mehr als dreimal so relevant.» (PD u. a. 2019b: 67)

Wer die Auslastung bei gleichzeitiger Verkürzung der «derzeitigen Verweildauer» erhöht, steigert die Arbeitsbelastung. Der größere Teil des Bettenabbaus soll also gar nicht durch Umsetzung der neuen Planungsgrundsätze erreicht werden, sondern durch das altbekannte Mittel der Arbeitsverdichtung.

## Was soll sich ändern in Bezug auf die Auslastung?

Im vorvorigen Krankenhausplan, dem Krankenhausplan 2001, stellte die damalige NRW-Landesregierung folgende Überlegung an:

«Statistisch wird in Bezug auf die Betten-nutzung eine sogenannte Mitternachtsstatistik geführt. Dies bedeutet, dass die Belegung jedes Krankenhausbettes um 0.00 Uhr registriert wird. In der Konsequenz kann dies aber heißen, dass, obgleich zwei Patientinnen und Patienten stationär behandelt wurden, nur ein Fall registriert wird. In Abteilungen, in denen die Patientinnen und Patienten überwiegend relativ kurze Zeit therapiert werden, macht sich dieser Effekt stärker bemerkbar als in solchen, in denen lange Liegezeiten üblich sind.» (MFJFG NRW 2002: 36)

Beispiel 1: Eine Abteilung mit 75-prozentiger Belegung und einer durchschnittlichen Verweildauer (VD) von drei Tagen: Der vierte Tag, der Entlassungstag, wird bei der Berechnung der Auslastung regelhaft nicht berücksichtigt. Würde man ihn als vollen Belegungstag anrechnen, läge die Auslastung bei 100 Prozent.

Beispiel 2: Eine Abteilung mit 80-prozentiger Belegung und einer VD von zehn Tagen: Der elfte Tag wird regelhaft nicht berücksichtigt. Würde man ihn als vollen Belegungstag anrechnen, läge die Auslastung bei 88 Prozent.

An diesen Beispielen wird deutlich, dass es sinnvoll ist, hinsichtlich der angestrebten Auslastung zwischen Abteilungen mit

---

**DER GRÖßERE  
TEIL DES BETTEN-  
ABBAUS SOLL  
NICHT DURCH DIE  
ZENTRALISIERUNG  
VON KRANKEN-  
HÄUSERN ERREICHT  
WERDEN, SONDERN  
DURCH DAS ALTBE-  
KANNTE MITTEL  
DER ARBEITS-  
VERDICHTUNG.**

---

kürzerer Verweildauer und solchen mit längerer Verweildauer zu differenzieren. Diese Erkenntnis wurde in den Krankenhausplänen 2001 und 2015 des Landes NRW umgesetzt. Im «Krankenhausplan NRW 2015» heißt es dazu:

«Zur Bedarfsermittlung werden Normauslastungsgrade festgelegt. Das folgende verweildauerabhängige Normauslastungsmodell aus dem Plan 2001 wird zur Berücksichtigung der organisatorischen Effekte bei Abteilungen mit sehr kurzer Liegezeit weiterhin den fachgebietsbezogenen Kapazitätsberechnungen in NRW zugrunde gelegt:

- Kinder- und Jugendmedizin 75 %
- Disziplinen mit weniger als 5 Tagen VD 77,5 %
- Zwischen 5 und weniger als 7 Tagen VD 80 %
- Zwischen 7 und weniger als 9 Tagen VD 82,5 %
- Zwischen 9 und weniger als 11 Tagen VD 85 %
- Ab 11 Tagen VD 87,5 %» (MGEPA NRW 2013: 66).

Tabelle 1 zeigt die Bettennutzungsvorgaben, die sich aus den verweildauerabhängigen Planungseckwerten ergeben (siehe Tabelle 1).

Die Gutachter\*innen schlagen vor, diese differenzierten und gut begründeten Bettennutzungsvorgaben zukünftig durch höhere zu ersetzen, die nicht in 2,5-Prozent-Schritten ansteigen, sondern «linear»:

**Tabelle 1: Bettennutzungsvorgaben (BN)**

Gebiet	BN
Augenheilkunde	77,5
Chirurgie	82,5
Frauenheilkunde	77,5
HNO-Heilkunde	77,5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	80
Innere Medizin	80
Geriatric	87,5
Kinder- und Jugendmedizin	75
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	77,5
Neurochirurgie	85
Neurologie	82,5
Nuklearmedizin	77,5
Strahlenheilkunde	82,5
Urologie	80

Quelle: MGEPA NRW 2013: 66

«Zur Generierung einer kontinuierlichen Auslastungsfunktion in Abhängigkeit der Verweildauer wurden die häufig in aktuellen Krankenhausplänen verwendeten Werte von 80 Prozent Auslastung bei 5 Tagen VWD [durchschnittliche Verweildauer] und 85 Prozent Auslastung bei 11 Tagen VWD als Bezugsgrößen für eine lineare Funktion verwendet. Ferner wurde definiert, dass Auslastungen nicht größer als 90 Prozent sein sollen.» (PD u. a. 2019b: 66)

## Wie soll die Ambulantisierung erreicht werden?

Über die Fallzahlkontrolle bei der Vergabe von Leistungsgruppen soll bis zum Jahr 2032 eine Verschiebung von 570.000 jährlichen Fällen (11,8 Prozent der prognostizierten Fälle) in den ambulanten Bereich erzwungen werden, in dem jedoch, wie oben dargestellt, noch keine aufnahmefähigen Strukturen, wie zum Beispiel Primärversorgungszentren, existieren.

Zu diesem Problem gibt das Krankenhausgutachten folgende «Handlungsempfehlung»:

«Zur Schaffung alternativer, attraktiver Leistungsangebote sollte sich das MAGS auf Bundesebene für Initiativen zur Überwindung von Sektorengrenzen einsetzen» und z.B. die «Entwicklung eines sektorenübergreifenden Leistungsverzeichnisses für KH [Krankenhäuser]», die «Entwicklung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems» und die «Durchführung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung» vorschlagen (PD u. a. 2019b: 115).

Wie eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung auf Grundlage eines sektorenübergreifenden Leistungsverzeichnisses und eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems aussehen könnte, legen die Gutachter\*innen nicht dar. Sie greifen Vorschläge auf, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) in seinem «Gutachten 2018» vorlegte. Dem SVR war wichtig, die sektorenübergreifende Planung in die Hände der Krankenhau-

sträger, der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Ärztekammern zu legen, statt sie den Gesundheitsministerien der Bundesländer zu übertragen, und ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem einzuführen:

«1313. Die sektorenübergreifende Planung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sollte von regionalen Gremien, unterstützt durch einzurichtende Geschäftsstellen, wahrgenommen werden. Die Stimmrechte in diesem Gremium mit ähnlichen Stimmverhältnissen wie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sind eng an die Verantwortung für die Sicherstellung und die Finanzierung der Versorgung zu binden. [...]

1314. Zeitlich begrenzte Leistungsaufträge an Krankenhäuser können dazu dienen, dort die Erbringung von ambulanten Leistungen zu verstärken, wobei andererseits die Vergabe auch weiterhin an ambulante Leistungserbringer erfolgen kann. Vor allem benötigt eine bedarfsgerechte Versorgung ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem, bei dem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung das Prinzip «gleicher Preis für gleiche Leistung» gilt.» (SVR 2018: 765)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die von der «Überwindung von Sektorengrenzen» besonders betroffen wäre, veröffentlichte passend dazu im Jahr 2018 ein Gutachten, das sie beim Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Uni Bayreuth und bei der Oberender AG in Auftrag gegeben hatte und dass die Vorstellungen des SVR kon-

kretisierte. Dieses Gutachten empfiehlt die Bildung von «Intersektoralen Gesundheitszentren» (IGZ). Kleine Krankenhausstandorte sollen in IGZ umgewandelt werden, «welche im ambulanten Sektor angesiedelt sind und deren Angebot über das klassische ambulante Leistungsportfolio hinausgeht. Diese IGZ umfassen zusätzlich die sogenannte erweiterte ambulante Versorgung (EAV), welche in einer bettenführenden Einheit erbracht wird.» (KBV 2018: 11)

In Anlehnung an die Vergütung von belegärztlichen Leistungen soll «ein 30-prozentiger Abschlag auf eine fiktive durchschnittliche DRG mit einem CMI [Case Mix Index] von 0,620» erfolgen (ebd.: 12).

Nach diesen Vorstellungen müssten die 570.000 «ambulantisierbaren» Fälle, deren Behandlung als so risikoreich gilt, dass sie bisher stationär durchgeführt wird, umgewandelten ehemaligen Krankenhäusern zugewiesen werden. Deren 88,2 Prozent nicht ambulantisierbare Fälle müssten in die verbleibenden größeren Krankenhäuser umgeleitet werden. Ob das möglich und medizinisch sinnvoll wäre, ist unbekannt. Eine Simulation gibt es nicht, einen Plan erst recht nicht. Wie viele Krankenhäuser welcher Größenordnung geschlossen werden müssten, ist ebenfalls unbekannt, aber zu erraten: 18.400 Betten sollen abgebaut werden, die 149 nordrhein-westfälischen Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten verfügen über 13.539 Betten = 11,42 Prozent der Krankenhausbetten in NRW. Wenn alle Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten geschlossen würden, wäre der Abbauplan zu 73,6 Prozent erfüllt.

Einsparungen wären nur dann zu erzielen, wenn die Vergütung für die ambulantisierten Fälle niedriger ausfiele als die bisherige Vergütung. Genau das soll offenbar mit dem 30-prozentigen Abschlag auf eine fiktive Fallpauschale erreicht werden. Die verschwiegenen Nebenwirkungen dieser Vorgehensweise wären, dass die DRGs auf den ambulanten Sektor ausgedehnt würden und dass die privaten Klinikkonzerne als Beteiligte an IGZ noch stärker in den ambulanten Bereich vordringen könnten.

Die Intersektoralen Gesundheitszentren sind ein Beispiel für die Vorschläge, die neoliberale Ökonom\*innen und Beratungsinstitute der Idee gemeinwohlorientierter, kommunaler, tarifgebundener Primärversorgungszentren (Gesundheitszentren, Polikliniken) entgegensetzen.

### **Ist die Zentralisierung eine Voraussetzung für Fallzahlsenkung und Bettenabbau? Ein Vergleich mit der «Spitalplanung» im Kanton Zürich**

Die Orientierung auf Fallzahlsenkung durch die Einführung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen beruht auf einer Empfehlung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der in seinem Gutachten 2018 die «Spitalplanung» des Kantons Zürich als Vorbild vorschlug:

«218. Mit der Spitalplanung 2012 wurde im Kanton Zürich die Ausrichtung der Krankenhausplanung von der Betten- auf eine Leistungsorientierung umgestellt, indem der Bedarf an medizinischen Leistungen wie beispielsweise Kaiserschnitten, Blinddarm- oder Hüftoperationen in

den Vordergrund gerückt wurde (Kanton Zürich/Gesundheitsdirektion 2011). Dafür wurden rund 145 Leistungsgruppen mit leistungsspezifischen Anforderungen definiert. Die Bedarfsprognose sah bewusst von einer einfachen Trendfortschreibung ab und setzte stattdessen auf ein alternatives Verfahren mit expliziter Berücksichtigung von demografischen, epidemiologischen, medizinisch-technischen und ökonomischen Einflussfaktoren. Als Prognosehorizont wurde das Jahr 2020 und damit ein Prognosezeitraum von rund zehn Jahren gewählt.» (SVR 2018: 169)

Während jeder der nordrhein-westfälischen Krankenhausstandorte mit somatischen Soll-Betten laut Gesetzesbegründung jedes Jahr circa 12.300 Patient\*innen versorgt und im Mittel über 281 Betten verfügt (Landtag NRW 2020: 27), behandelten im Jahr 2019 im Kanton Zürich 24 «Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag» in durchschnittlich 169 Betten durchschnittlich 9.492,6 Patient\*innen stationär (Kanton Zürich/Gesundheitsdirektion 2019: 17 u.

42; eig. Berechnung). Die Züricher Krankenhäuser sind also noch viel kleiner als die Krankenhäuser in NRW.

Die Fallzahl pro 1.000 Einwohner\*innen liegt aber in der Region Zürich bei 145 (Kanton Zürich/Gesundheitsdirektion 2020a: 59), weit unter den 249 Fällen in NRW. Erreicht wurden die niedrigeren stationären Fallzahlen in der Schweiz nicht durch Zentralisierung, sondern durch administrative Vorgaben, insbesondere durch Fallzahlvereinbarungen bei der Vergabe von Leistungsaufträgen, und durch die seit dem 1. Januar 2019 geltende Regelung «ambulanz vor stationär» gemäß der Schweizer «Krankenpflege-Leistungsverordnung».

Der Blick in die Schweiz belegt, dass es keinen kausalen Zusammenhang zwischen der Zentralisierung des Krankenhauswesens und der Senkung der stationären Fallzahlen gibt. Der Zweck der Zentralisierung ist vielmehr die Steigerung der ökonomischen Effizienz.

---

ES GIBT KEINEN KAUSALEN ZUSAMMEN-  
HANG ZWISCHEN DER ZENTRALISIERUNG  
DES KRANKENHAUSWESENS UND DER  
REDUKTION VON BEHANDLUNGEN.

---

### 3 MIT WELCHER BEGRÜNDUNG STREBT NRW DIE ZENTRALISIERUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT AN?

Gemäß der Zusammenfassung in Kapitel 9 des Krankenhausgutachtens NRW («Spezielle Fragestellungen zur Versorgungsanalyse»)

«zeigen die Auswertungen verschiedener ausgewählter stationärer Leistungen, wie beispielsweise Notfallversorgung, Herzinfarktversorgung oder Geburtshilfe, für fast alle Regionen eine hohe Dichte an Versorgern, insbesondere finden sich oft sehr kleine bis mittelgroße Standorte in direkter Nachbarschaft zu großen Versorgern. [...] Insgesamt folgt aus der hohen Versorgerdichte über fast alle Regionen eine gute bis sehr gute Erreichbarkeit der untersuchten stationären Leistungen. [...] Diese Ergebnisse sind deutliche Anzeichen für ein ausgeprägtes Zentralisierungspotenzial für die hier untersuchten Leistungen. So sind mit einer stärkeren Zentralisierung der Leistungen kaum Einschränkungen in der Erreichbarkeit zu erwarten. Jedoch ist laut den zitierten Untersuchungen im In- und Ausland mit einer signifikanten Verbesserung der Versorgungsqualität zu rechnen.» (PD u. a. 2019b: 64)

Dezentrale Versorgung bei gleichzeitig hohen Fallzahlen im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnittswert der jeweiligen Fallgruppe gelten den Gutachter\*innen als Hinweis auf Überversorgung, hier dargestellt am Beispiel der Leistungsgruppe Gastroenterologie:

«Starke Anzeichen für eine Überversorgung bestehen für die Versorgungsgebiete 1 bis 5, 8 und 13. Für alle Versorgungsgebiete ist die starke Häufung von größtenteils relativ kleinen Krankenhäusern und größeren Krankenhäusern mit guter Erreichbarkeit [...] ausschlaggebend für diese Bewertung. Besonders auffällig sind außerdem die für alle Versorgungsgebiete außer den Versorgungsgebieten 4 und 5 im Vergleich zum deutschen Referenzwert wesentlich höheren Krankenhaushäufigkeiten.» (PD u. a. 2019a: 291)

Überversorgung bedeutet in diesem Gutachten also nicht, dass Leistungen erbracht werden, die medizinisch nicht gerechtfertigt sind, sondern dass Leistungen erbracht werden, die man auch in größeren Krankenhäusern oder aber ambulant, also wirtschaftlich effizienter, erbringen könnte. Überversorgung wird ökonomisch definiert. Um das zu rechtfertigen, wird behauptet, durch Zentralisierung werde sich auch die Versorgungsqualität verbessern. Das wirft die Frage auf: Sind die beabsichtigten Zentralisierungsmaßnahmen gut begründet und sinnvoll? Verbessern sie tatsächlich die Versorgungsqualität?

In Bezug auf «spezielle Fragestellungen zur Versorgungsanalyse» setzt sich das Gutachten mit der Notfallversorgung im Krankenhaus, der Schlaganfallversorgung, der Herzinfarktversorgung, den Mindestmengenregelungen, der geburtshilflichen Versorgung und dem Personalbedarf in der intensivmedizinischen Versorgung auseinander und kommt jeweils zu dem Schluss, dass eine Zentralisierung sinnvoll wäre.

## Notfallversorgung

Das Gutachten schätzt die Zahl der Krankenhausstandorte, die eine Basis-Notfallversorgung anbieten, auf 198. Hinzu kommen 63 Standorte der erweiterten und 13 Standorte der umfassenden Notfallversorgung gemäß den Kriterien des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2020 (G-BA 2020). Die Notfallversorgung verteilt sich demnach auf insgesamt 274 Standorte. Das Gutachten trifft folgende Einschätzung:

«Grundsätzlich ist die Versorgung mit 198 KH-Standorten (der Basis-Notfallversorgung) als sehr umfassend einzuschätzen. [...] Eine Konsolidierung der Notfallversorgung kann gerade in den Ballungsräumen angestrebt werden.» (PD u. a. 2019b: 47 f.)

«Konsolidierung» bedeutet, Standorte der Notfallversorgung aufzugeben. Das ist mit den Erfahrungen der Rettungsdienstbeschäftigten und der Notärzt\*innen kaum vereinbar, die täglich händierend nach freien Betten, insbesondere freien Intensivbetten, suchen.

Gemäß der Bundeanstalt für Straßenwesen (BASt 2019) gab es «im öffentlichen Rettungsdienst im Zeitraum 2016/17 jährlich rund 13,9 Millionen Einsätze. [...] Die Einsatzrate beträgt rund 169 Einsätze pro 1.000 Einwohner und Jahr»; «52,5 Prozent des Einsatzaufkommens wurden vom Leitstellenpersonal als Notfall eingestuft» (88,73 Einsätze pro 1.000 Einwohner\*innen); 47,5 Prozent entfielen auf die Kategorie Krankentransport. Über zwei Fünftel aller Notfalleinsätze wurden «unter Hinzunahme eines Notarztes» durchgeführt.

Hochgerechnet auf die Einwohnerzahl von NRW im Jahr 2019 (17,93 Millionen) bedeutet dies: Pro Jahr sind 1,59 Millionen Notfalleinsätze des Rettungsdienstes zu erwarten, davon mehr als 600.000 mit Notarztbegleitung. Auf jede der 274 Notfalleinrichtungen entfallen also durchschnittlich 15,9 Notfalleinsätze pro Tag, die weit überwiegend zu stationärer Aufnahme oder ambulanter Krankenhausbehandlung führen. Diese Fallzahlen sind außerordentlich hoch und sprechen gegen eine «Konsolidierung».

In der sogenannten Bertelsmann-Studie wird auf ein Eckpunktepapier von Fischer u. a. (2016; [www.uni-kiel.de/anaesthesie/docs/RD/Eckpunktepapier\\_2016\\_1.pdf](http://www.uni-kiel.de/anaesthesie/docs/RD/Eckpunktepapier_2016_1.pdf)) verwiesen (Bertelsmann Stiftung 2019: 25). Danach sollte bei zeitkritischen Krankheitsbildern das Intervall zwischen dem Notrufeingang in der Leitstelle und der Übergabe in einem geeigneten Krankenhaus bei maximal 60 Minuten liegen. In dieser Zeit muss der Rettungsdienst von der Wache zu der hilfesuchenden Person fahren (Hilfsfrist), diese dort gegebenenfalls untersuchen, erstversorgen und in den Rettungswagen transportieren, um sie zum nächsten geeigneten Krankenhaus zu bringen.

Das korrespondiert mit dem «Time is brain»-Konzept in der Schlaganfallversorgung, mit dem «Time is muscle»-Konzept in der Herzinfarktversorgung und mit dem «Golden hour»-Konzept in der Schwerverletztenversorgung. Daraus folgt, dass eine geeignete Klinik, also ein kardiologisches Interventionszentrum, eine Stroke Unit, ein regionales Traumazentrum, ein Gefäßzentrum, eine geburtshilfliche Klinik und ei-

ne Kinderklinik innerhalb von 60 Minuten nach Eingang des Notrufs von jedem Einsatzort aus erreicht werden sollte. Wenn man davon ausgeht, dass Hilfsfrist und Behandlung vor Ort 30 bis 35 Minuten in Anspruch nehmen und dass im aufnehmenden Krankenhaus Wege zurückgelegt werden, eine Umlagerung der Patientin bzw. des Patienten und eine Übergabe an das aufnehmende Personal erfolgen müssen, bleiben für den Transport unter Alarmbedingungen etwa 15 Minuten, in denen der Rettungswagen 15 bis 20 Kilometer zurücklegen kann. Eine «Konsolidierung der Notfallversorgung», die eine Überschreitung der 60-Minuten-Grenze zur Folge hätte, könnte jedenfalls nicht mit einer «Verbesserung der Versorgungsqualität» begründet werden.

Die Erreichbarkeit einer geeigneten Klinik innerhalb von 60 Minuten nach Eingang des Notrufs in der Leitstelle sollte als besonderes Erreichbarkeitskriterium für Notfallpatient\*innen in die Krankenhausplanung eingeführt werden.

### **Schlaganfallversorgung**

Hierzu führt das Gutachten aus, dass im Jahr 2017 92 Stroke Units die «neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls» abrechneten, dass 69 Stroke Units in Feststellungsbescheiden des Landes NRW ausgewiesen sind und 66 eine Zertifizierung der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft aufweisen. Insgesamt behandelten die NRW-Kliniken 64.406 Schlaganfälle (PD u. a. 2019a: 496 f.).

Das Gutachten hebt aber hervor, dass 11.399 Patient\*innen in 239 Einrichtungen

behandelt wurden, die über keine Stroke Unit verfügen. Rund 3.700 von ihnen (ca. 32 Prozent) wurden im Rahmen einer Rehabilitation oder Frührehabilitation behandelt. Für die übrigen 7.700 Patient\*innen gilt laut Gutachten, dass «diese Patienten vor dem Hintergrund des positiven Outcome-Effekts von Behandlungen auf Stroke Units nicht in den geeigneten Strukturen behandelt wurden» (ebd.: 498).

Die Behauptung, dass 7.700 Behandlungen in ungeeigneten Strukturen stattfanden, ist nicht belegt und steht auf tönernen Füßen. Denn im Anhang F «Grundlagen zur Anerkennung von Behandlungseinheiten zur Schlaganfallversorgung (Stroke Units) im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen» des noch in Kraft befindlichen «Krankenhausplan NRW 2015» wird ausdrücklich festgestellt, dass die Aufnahme aller Schlaganfallpatient\*innen auf eine Stroke Unit *nicht* angestrebt wird:

«Indikationen für die Akutbehandlung außerhalb von Stroke Units sind weiterhin gegeben bei Patientinnen und Patienten mit schon länger bestehender, stabiler neurologischer Symptomatik und bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität.

**Daher wird die Aufnahme sämtlicher Schlaganfallpatientinnen und -patienten auf einer Stroke Unit nicht angestrebt.»** (MGEPA NRW 2013: 139 f.; fett im Original)

Mit dieser Klarstellung wird auch sichergestellt, dass Menschen, die in einer Patientenverfügung niedergelegt haben, dass sie keine invasive oder intensivmedizinische Behandlung wünschen, nicht gegen ihren

Willen in ein neurologisches Interventionszentrum eingeliefert werden.

Ob 7.700 Patient\*innen im Einklang mit dem Krankenhausplan zu Recht nicht in eine Stroke Unit eingeliefert wurden, haben die Gutachter\*innen nicht untersucht. Trotzdem behaupten sie, dass die Behandlungen «nicht in den geeigneten Strukturen» stattgefunden hätten (PD u. a. 2019a: 498).

Realitätsnäher als die Bewertung der Gutachter\*innen sind die Aussagen, die Prof. Dr. Olav Jansen, Direktor der Klinik für Radiologie und Neuroradiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, in der Kongressvorschau zum 99. Deutschen Röntgenkongress 2018 traf:

«Herr Professor Jansen, gibt es in Deutschland eine flächendeckende Versorgung für Schlaganfall-Patienten? Ja, da steht Deutschland einmalig in der Welt da. Zurzeit gibt es kein anderes Land, das eine so gut ausgebaute und flächendeckende Versorgung für Schlaganfall-Patienten aufzuweisen hat. [...]

Wie steht die deutsche Schlaganfallversorgung im internationalen Vergleich? Gelten wir als vorbildlich, oder gibt es Bereiche, wo es noch der Besserung bedarf? Wir stehen hervorragend da! In London gibt es beispielsweise bis heute kein Krankenhaus, das eine 24/7-Thrombektomie-Versorgung anbietet. Auch in den USA sieht es ähnlich aus. Dort beträgt die Thrombektomierate gerade mal etwa 15%, d. h. dass 85% der Patienten, die von dieser Methode profitieren würden, nicht behandelt werden.» (Deutscher Röntgenkongress 2018: 6)

Die Alternative zur Zentralisierung ist die von den beteiligten medizinischen Fachgesellschaften empfohlene Bildung von Neurovaskulären Netzwerken, die aus einem koordinierenden Zentrum, zum Beispiel einer Uniklinik, zertifizierten überregionalen, regionalen oder telemedizinisch vernetzten Stroke Units und nicht zertifizierten Netzwerkkliniken bestehen. In NRW gibt es inzwischen fünf zertifizierte neurovaskuläre Netzwerke: Ruhr-Nord, Ruhr-Süd, Ruhr-Uni-Bochum (RUB), Schlaganfallnetzwerk West und das NeuroVask Bonn/Rheinland. Die Netzwerke des Ruhrgebiets haben sich im Neurovaskulären Netzwerk Ruhr zusammengeschlossen, dem unter anderem 24 Kliniken mit zertifizierten Stroke Units angehören.

Diese erstaunliche Entwicklung zu mehr Kooperation in einer Zeit verschärften Existenz- und Konkurrenzkampfs wird weder im Gutachten kritisch gewürdigt, noch hinterlässt sie Spuren im Gesetzesentwurf.

---

**DIE ALTERNATIVE ZUR ZENTRALISIERUNG IST DIE VON DEN BETEILIGTEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN EMPFOHLENE BILDUNG VON KOOPERATIVEN NETZWERKEN.**

---

## Herzinfarktversorgung

Auch bezüglich der Herzinfarktversorgung empfiehlt die zuständige medizinische Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, eher die Kooperation als die Zentralisierung, also die Bildung von Herzinfarktnetzwerken:

«Ein akuter ST-Hebungsinfarkt<sup>4</sup> ist eine der häufigsten akut lebensbedrohlichen Erkrankungen. Die medizinische Notfallversorgung sollte daher bestmöglich strukturiert sein. Herzinfarktnetzwerke sind zur optimalen und flächendeckenden Versorgung von Patienten mit ST-Hebungsinfarkt unabdingbar. Ziel ist es, das Überleben des Patienten zu gewährleisten und eine unverzügliche und vollständige Reperfusion der Infarktarterie mittels primärer perkutaner Koronarintervention (pPCI) durchzuführen. Kernelemente eines solchen Netzwerkes sind eine Kooperationsvereinbarung aller beteiligten Akteure und Institutionen, konsentiertere Standards für prä- und intrahospitale logistische Abläufe und Therapie sowie mindestens eine leistungsfähige Interventionsklinik.» (Maier u. a. 2014: 7)

Das Gutachten «Krankenhauslandschaft NRW» stellt fest, dass in NRW im Jahr 2017 48.962 Herzinfarkte an 325 KH-Standorten behandelt wurden.

«Es lässt sich eine große Spannweite der behandelten Fälle je KH-Standort beobachten. So versorgte ein Viertel der KH-Standorte 28 Fälle oder weniger. [...] Mit der Annahme, dass Häuser mit mehr als 300 LHKU [Linksherzkatheteruntersuchungen] im Jahr 2017 über einen eige-

nen LHKM [Linksherzkathetermessplatz] verfügen, ist nahezu das gesamte Bundesland durch KH abgedeckt, die eine entsprechende Ausstattung vorhalten. Diese Krankenhäuser versorgten 41.960 Herzinfarkte, was ca. 86 Prozent der Herzinfarkt-Fälle in NRW entspricht. [...] Derzeit existiert eine Reihe von KH ohne LHKM in unmittelbarer Nähe zu besser ausgestatteten KH-Standorten, die gleichzeitig durchschnittlich bis zu zehnmal weniger Fälle behandeln als KH-Standorte mit LHKM. Vor dem Hintergrund des Zusammenhangs zwischen Fallzahlmenge und Outcome [...] und der indizierten LHKU ist durch die Behandlung in KH ohne LHKM mit Qualitätseinbußen in der Herzinfarktversorgung zu rechnen.» (PD u. a. 2019b: 56 ff.)

Warum behandelt ein Krankenhaus «28 Fälle oder weniger»? Wohl kaum aus ökonomischen Gründen. Genau das wird aber suggeriert. Im Bertelsmann-Gutachten, an dem die Autor\*innen der Technischen Universität Berlin ebenfalls beteiligt waren, wird in einer Fußnote auf folgenden Sachverhalt hingewiesen:

«Bei den von den einzelnen Krankenhäusern dokumentierten Zahlen für den akuten Herzinfarkt (ICD I21) ist zu beachten, dass ein solcher Myokardinfarkt gem. ICD-Definition auch bis zu vier Wochen (28 Tagen) nach Eintritt des Infarktes dokumentiert werden kann. Es können sich darunter z. B. Fälle befinden, die nicht als akuter Herzinfarkt-Notfall in das Krankenhaus

<sup>4</sup> Bei einem ST-Hebungsinfarkt kommt es zu einer ausgedehnten Durchblutungsstörung des Herzmuskels mit typischen EKG-Veränderungen, in der Morbiditätsstatistik wird er als «akuter Myokardinfarkt» geführt.

gelangen, sondern als Verlegungsfall in ein weiterbehandelndes Krankenhaus kommen. Dies sollte bei der Interpretation der relativ hohen Zahl von Kliniken, die Patienten mit «akutem Herzinfarkt» behandeln, berücksichtigt werden.» (Bertelsmann Stiftung 2019: 35)

Patient\*innen weisen sich also zum Beispiel selbst ins «kleine Krankenhaus» ein. Dort wird ihr Infarkt diagnostiziert. Danach werden sie in ein kardiologisches Interventionszentrum verlegt. Nach Intervention und Stabilisierung werden sie wieder zurückverlegt. Das «kleine Krankenhaus» hat nichts getan, was es nicht kann, sondern alles richtig gemacht. Das Gleiche kann geschehen, wenn Menschen das «kleine Krankenhaus» mehrere Tage nach dem Infarkt ereignis mit unspezifischen Brustschmerzen aufsuchen, wenn sie ihren Infarkt im Rahmen einer anderen Behandlung, zum Beispiel «perioperativ», im «kleinen Krankenhaus» erleiden, wenn sie als Besucher\*innen im «kleinen Krankenhaus» einen Herzinfarkt erleiden und so weiter.

Im Bertelsmann-Gutachten, das dem Krankenhausgutachten NRW vorausging, wird die Anzahl der akuten Herzinfarkte in der untersuchten Region (Versorgungsgebiet 5, Köln und Umgebung) mit 5.850 angegeben, die Anzahl der Verlegungen mit 1.052 = 18 Prozent (vgl. Bertelsmann Stiftung 2019: 49). Diese 18 Prozent entsprechen etwa der Differenz zwischen den 41.960 Patient\*innen, die in NRW in Interventionszentren behandelt wurden, und den 48.962 Fällen, die insgesamt abgerechnet wurden.

Beruhet die Differenz von 7.000 Fällen im Wesentlichen auf gerechtfertigten medizinischen Entscheidungen (z. B. Verlegungen) oder auf unethischen ökonomischen Entscheidungen? Diese Frage stellt und beantwortet das Krankenhausgutachten NRW nicht. Dementsprechend liefert es keine überzeugenden Beweise für eine Über- oder Fehlversorgung von Herzinfarktpatient\*innen in NRW.

#### 4 GIBT ES EINEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KRANKENHAUSGRÖSSE UND OUTCOME?

Das Krankenhausgutachten postuliert unter Berufung auf die Autor\*innen Nimptsch und Mansky einen Zusammenhang «zwischen Fallzahlmenge und Outcome» in der Herzinfarktbehandlung. In der politischen Diskussion über Krankenhausstrukturen wird aus «viel = gut» gern «groß = gut» und aus «wenig = schlecht» wird unversehens «klein = schlecht». So auch in einer Präsentation des «Mentors» des Gutachterteams der TU Berlin, Prof. Busse, in Potsdam im Jahr 2019:

«Wir haben die Wahl (hier am Beispiel der Herzinfarktversorgung): Kleine, schlechte Krankenhäuser «um die Ecke» oder größere mit höherer Qualität ein paar Minuten weiter weg!» (Busse 2019: 24)

In den «High-Volume-Low-Mortality»-Säulen der Säulendiagramme, die die größte «Fallzahlmenge» mit dem besten «Outcome» korrelieren, verbergen sich jedoch auch die leistungsstarken kardiologischen Interventionszentren zahlreicher Kranken-

häuser der Grund- und Regelversorgung, oder, um es in der Sprache von Herrn Prof. Busse zu sagen: die kleinen, guten Krankenhäuser «um die Ecke». Auch sie gehören zu den «besser ausgestatteten KH-Standorten», auf die sich das Gutachten bezieht. Das sollte in der Diskussion über eine sinnvolle Krankenhausversorgungsstruktur beachtet werden.

Was müssen wir bei Vergleichen zwischen den «Standardisierten Mortalitätsraten» (SMR) von Kleinen «um die Ecke» und Großen «weiter weg» beachten?

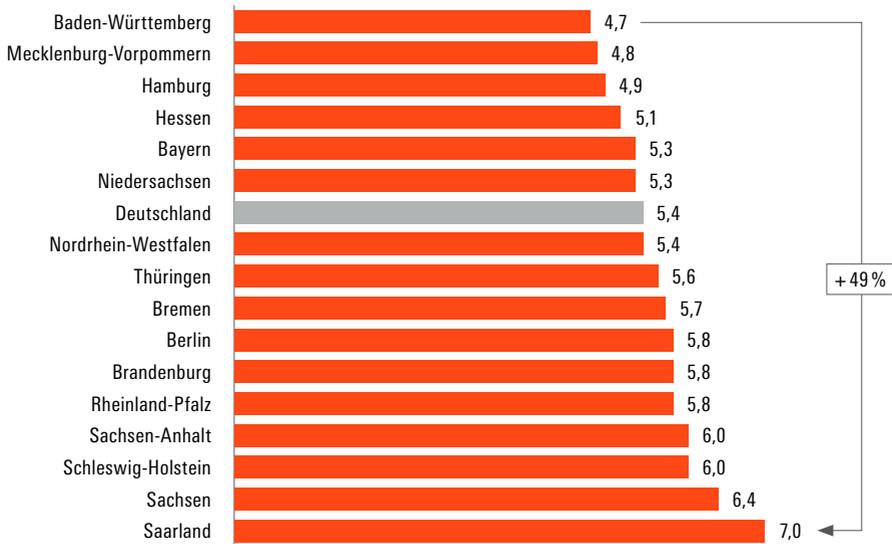
- Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM), an der sich ca. 500 Krankenhäuser aus der Bundesrepublik und der Schweiz beteiligen, gibt den Anteil der Todesfälle bei der Hauptdiagnose Transmuraler Herzinfarkt (die ganze Herzwand durchdringend) mit 11,5 Prozent an (3.315 von 28.749) und mit 5,4 Prozent bei der Hauptdiagnose Nichttransmuraler Herzinfarkt (nur einen Teil der Herzwand betreffend, 3.165 von 58.160). Wer das Outcome anhand der Mortalitätsraten beurteilen möchte, muss beide Infarktformen getrennt bewerten.
- Den Daten des Kora Herzinfarktregisters der Region Augsburg lässt sich entnehmen, dass etwa zwei Drittel der Patient\*innen, die bis zum 28. Tag nach Krankenhausaufnahme sterben, bereits vor Eintreffen im Krankenhaus, prähospital, sterben. Man muss deren Anteil deshalb genau kennen, wenn man die Krankenhausmortalität richtig beurteilen möchte.

- Um die Mortalitätsrate eines Krankenhauses bei einer so zeitkritischen Erkrankung wie dem Akuten Myokardinfarkt korrekt bewerten und mit den Mortalitätsraten anderer Krankenhäuser vergleichen zu können, muss man die Zeitintervalle vom Symptombeginn bis zur Platzierung des Katheterballons im verschlossenen Herzkranzgefäß kennen und ihren Einfluss auf das «Outcome» beachten:

«Michalski [...] betrachtet u. a. das gesamte Zeitintervall von Schmerzbeginn bis zur Ballondilatation (Schmerz-Ballon-Zeitintervall, Gesamtschämiezeit). Er findet folgende Unterschiede in Abhängigkeit vom Zugangsweg der Personen: «Das mediane Schmerz-Ballon-Zeitintervall betrug für per Notarzt zugewiesene Patienten 118 Minuten (95 Prozent-KI: 167–188 Minuten; n = 372 Patienten), für selbstzugewiesene Patienten 224 Minuten (95 Prozent-KI: 198–249 Minuten; n = 136 Patienten) und für hausärztlich eingewiesene Patienten 360 Minuten (95 Prozent-KI: 295–437 Minuten; n = 150 Patienten).» (DKI 2021: 55 f.)

- Auf die Entstehung einer Erkrankung der Herzkranzgefäße wirken zahlreiche gesellschaftliche Faktoren, insbesondere soziale und Umweltfaktoren wie Arbeitsbedingungen, Ernährungsgewohnheiten und Freizeitverhalten, ein. Dass die Herzinfarkt mortalität nicht ausschließlich und auch nicht vorrangig von der Krankenhausstruktur abhängt, wird an den sehr unterschiedlichen Mortalitätsraten der deutschen Bundesländer bei sehr ähnlicher Struktur ihrer «Krankenhauslandschaften» deutlich (siehe Abbildung 1).

**Abbildung 1: Herzinfarktsterblichkeit nach Bundesländern**



Quelle: DKI 2021: 50

**Mindestmengen**

§ 13 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW wurde folgendermaßen neu gefasst:

«Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, bei medizinischen Leistungen von hoher Komplexität Mindestfallzahlen [...] auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin festzulegen.» (Landtag NRW 2020: 11)

In der Gesetzesbegründung wird dazu ausgeführt:

«Gegenüber der bisherigen Gesetzesfassung werden die Voraussetzungen für eine Mindestmengenvorgabe daher noch einmal dadurch geschärft, dass explizit nur

für Leistungen von hoher Komplexität mit einem evidenzbasierten Zusammenhang zwischen der Fallzahl und der Qualität Mindestmengen gefordert werden dürfen.» (Ebd.: 32)

Das stimmt mit der Position des G-BA überein. Er erklärt die Bedeutung von Mindestmengen so:

«Der G-BA benennt planbare stationäre Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht. Für diese Leistungen legt er auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Mindestmengen je Ärztin und Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses fest.» (G-BA 2021)

Prof. Thomas Mansky (TU Berlin), auf dessen Untersuchungen sich das Krankenhausgutachten positiv bezieht, vertrat jedoch in einem Vortrag vor der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) am 6. April 2018 eine andere Auffassung:

«Merke: Es gibt keine bestimmte ‹wissenschaftlich› begründete Mindestmenge – es muss immer eine normative Vorgabe gemacht werden!» (Mansky 2018: 15)

Die Position des GKV-Spitzenverbands zur ‹Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung› trug am 7. Januar 2019 im Rahmen des Spreestadt-Forums Herr Dr. med. Horst Schuster vor. Er präsentierte folgenden internationalen Vergleich, bezogen auf operative Eingriffe bei Krebserkrankungen der Speiseröhre (Ösophagus), aus dem hervorgeht, dass einzelne europäische Länder viel höhere Mindestmengen (MM) als der G-BA ‹normativ vorgeben› (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Internationaler Vergleich – MM Ösophagus**

Dänemark	80–100 pro Standort – 20–30 pro Operateur*in
Österreich	10 pro Standort
Schweiz	15 pro Standort
Niederlande	20 pro Standort
Großbritannien	60 pro Standort – 15–20 pro Operateur*in
Frankreich	30 pro Standort

Quelle: Vogel u. a. 2019: 76

Im als Quelle zitierten ‹WIdO Qualitätsmonitor 2019› wird darauf verwiesen, dass Mindestmengenregelungen unterschiedlichen Zielsetzungen dienen können, woraus sich dann ergibt, dass sie nicht immer ‹wissenschaftlich begründet› sein müssen, sondern ‹normativ vorgegeben› werden können. Als Zwecke werden neben der Zertifizierung, bei der es um Qualitätssicherung geht, auch die Vergütung, die Leistungsvergabe und die Kapazitätsplanung genannt:

- Leistungsvergabe (z. B. Frankreich, Niederlande): Mindestmengenvereinbarungen (MMV) werden genutzt, um Krankenhäuser zu identifizieren, die als Partner für Selektivverträge bzw. als Leistungserbringer für komplexe Eingriffe geeignet sind. Hierdurch entsteht mittelfristig eine schrittweise Zentralisierung dieser Leistungen.
- Kapazitätsplanung (z. B. Italien, Niederlande, Österreich, Schweiz): Indem nur solche Krankenhäuser Kapazitäten zugesprochen bekommen (z. B. Betten für eine Fachabteilung), die eine bestimmte MMV für einen Leistungsbereich erfüllen (Strukturkriterium für Kapazitätsvergabe), soll eine kurzfristige, wirkungsvolle Zentralisierung von Krankenhauskapazitäten herbeigeführt werden.» (WIdO 2019: 78)

Mindestmengenregelungen können also der Qualitätssicherung dienen, sie können aber auch zur Durchsetzung ökonomischer Ziele wie der Einführung von Selektivverträgen oder einer stärkeren Zentralisierung eingesetzt werden. Sie sollten deshalb stets auf Evidenzbasierung geprüft und nach ihrem Zweck unterschieden werden.

## Geburtshilfe

Das Krankenhausgutachten entwirft drei Szenarien:

«Um mögliche Veränderungen der Erreichbarkeit durch die Einführung von Strukturkriterien zu untersuchen, werden im Folgenden anhand von Szenarien verschiedene Vorgaben simuliert. In Absprache mit dem MAGS wurden dazu drei Szenarien definiert:

- In einem ersten Szenario (A) wird dabei eine Mindestmenge von 500 Geburten pro Standort im Jahr angenommen.
- In einem zweiten Szenario (B) werden die Annahmen etwas verschärft und die Auswirkung einer Mindestmenge von 600 Geburten p. a. untersucht.
- Abschließend wird in einem dritten Szenario (C) zusätzlich zu den 600 Geburten im Jahr als Strukturindikator die Vorhaltung einer Pädiatrie im gleichen Haus vorausgesetzt.» (PD u. a. 2019b: 61)

Das Gutachten favorisiert Szenario C: «Somit verblieben unter Szenario C 62 Standorte mit geburtshilflicher Versorgung mit mehr als 600 Fällen und pädiatrischer Fachabteilung in NRW.» (Ebd.) Es postuliert, dass «trotz der relativ hohen Zahl an Standorten, die unter der Annahme des Szenarios C von mindestens 600 Geburten im Jahr und dem Vorhandensein einer Pädiatrie die Versorgung verlassen sollten, [...] die Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten für den überwiegenden Teil NRW gegeben wäre» (ebd.). Das Gutachten schlussfolgert:

«Die Ergebnisse dieser Analyse legen nahe, dass bei einer Mindestmenge von 600 Geburten p. a. und dem Vorhandensein einer Pädiatrie kaum von erhöhten Fahrtzeiten zur Situation ohne Mindestmenge auszugehen ist. Jedoch kann aufgrund der Studienlage gleichzeitig von einer deutlichen Verbesserung der Versorgungsqualität ausgegangen werden.» (Ebd.: 62)

Wenn nur 62 geburtshilfliche Einrichtungen für 170.183 Krankenhausgeburten (2019) übrig blieben, müsste jede Geburtshilfelinik durchschnittlich 2.744 Geburten jährlich begleiten, 7–8 Geburten täglich. Zahlreiche Kliniken müssten die Anzahl ihrer jährlichen Geburten auf über 3.000 steigern, um einen Landesdurchschnitt von 2.744 zu erreichen. Es gibt bundesweit und in NRW nur wenige Einrichtungen mit mehr als 3.000 Geburten.

Die Städtischen Kliniken Mönchengladbach sind eine dieser Einrichtungen. Sie berichten auf ihrer Homepage über «fast 3.500 Geburten im Jahr 2021»:

«Wir sind zertifiziert als Perinatalzentrum Level I und versorgen mit unserer Kinderklinik zusammen das komplette Spektrum der Geburtshilfe. [...] Zu unserer Abteilung gehört ein großes Team mit 27 Ärzten (1 Chefarzt, 9 Oberärzte, 17 Assistenzärzte), daher können wir mit unseren über 40 fest angestellten Hebammen auch Tage mit vielen Entbindungen problemlos und für Sie in ruhiger Atmosphäre gewährleisten.» (Städtische Kliniken Mönchengladbach 2022)

«Für annähernd zwei Millionen Euro haben die Städtischen Kliniken ihre Mutter-Kind-Klinik erweitert. Dank eines Anbaus stehen den 42 Hebammen und 27 Ärzten nach Angaben der Klinik nun sieben Kreißsäle und ein als Überwachungsraum konzipierter Saal zur Verfügung. [...] [Der Chefarzt habe] auch die medizinische Ausstattung im Blick: «Neben dem Kreißbett steht ein Reanimationsbett. Allein diese beiden Dinge kosten zusammen mehr als 50.000 Euro.»» (RP Online 2019)

Am 13. Januar 2022 berichten die St. Vincenz-Kliniken Salzkotten und Paderborn in einer Pressemitteilung:

«Nun ist es offiziell: Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der St. Vincenz-Kliniken Salzkotten + Paderborn ist mit 3.613 Geburten die größte Geburtshilfe in ganz Nordrhein-Westfalen – und nach Städten wie Berlin, München und Hamburg auf Platz 12 von 617 geburtshilflichen Kliniken in Deutschland.» (St. Vincenz GmbH 2022)

27 Ärzt\*innen, 42 Hebammen, 7 Kreißsäle, 1 Überwachungsraum, neben dem Kreißbett ein Reanimationsbett, Perinatalzentrum Level I, ständige OP-Bereitschaft für Mutter und Kind: Ist das 62-mal möglich in NRW? Ist es erstrebenswert für Nordrhein-Westfalen, sich auf 62 Geburtskliniken zu beschränken, denen es gelingen könnte, auf «Platz 12 [...] in Deutschland» vorzustoßen?

Der Preis dafür wären hohe Investitionen in Baumaßnahmen, Sachmittel und Personal, vor allem aber weite Anfahrtswege in Notfallsituationen («die Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten für den über-

wiegenden Teil NRW»). Damit würde ein umstrittenes Erreichbarkeitskriterium, das der G-BA in den «Tragenden Gründen» für seinen Beschluss «über die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen» vom 19. April 2018 im Hinblick auf die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen formuliert hat, zur Grundlage der Krankenhausplanung in NRW erhoben.

Die Bundesärztekammer schrieb dazu in ihrer Stellungnahme vom 6. März 2018:

«Die Bundesärztekammer stellt in diesem Zusammenhang fest, dass es keine wissenschaftlichen Daten oder Rationale gibt, die eine Erhöhung der Pkw-Fahrminuten um 50 % – von 30 auf 45 Minuten – rechtfertigt. Es ist kaum erklärbar, warum einer schwangeren Frau und ihrem ungeborenen Kind in der Notsituation eine längere Fahrzeit zugemutet werden soll als einer Patientin/einem Patienten mit einem internistischen oder chirurgischen Notfall.» (BÄK 2018: 5)

Dass die Anzahl der geburtshilflichen Kliniken, die im Jahr 2010 bei 185 lag (MGEPA NRW 2013: 75) und inzwischen auf 136 reduziert wurde, mehr als halbiert wird, dürfte bei den betroffenen Frauen auf unterschiedliche Ablehnung stoßen. Bereits jetzt berichtet etwa der *General-Anzeiger Bonn* über eine «angespannte Lage der Geburtshilfe» in Bonn: «Immer mehr Schwangere werden abgewiesen.» (General-Anzeiger Bonn 2021) Neben einer Geburtshilfe, die in dringenden Fällen und Notfällen gut erreichbar ist, wünschen sich viele Frauen eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine

Hebamme während der Geburt in einer einschüchterungsfreien Umgebung.

Dass dies den politisch Verantwortlichen und den betroffenen Krankenhäusern bewusst ist, geht aus einer Presseerklärung von NRW-Gesundheitsminister Laumann vom 14. Januar 2022 hervor:

«Bis Ende 2022 werden 20 weitere nordrhein-westfälische Kliniken in ihren Kreißsälen auch einen sogenannten Hebammenkreißsaal anbieten. Damit verdreifacht sich die Anzahl der Kliniken, die in Nordrhein-Westfalen zukünftig einen hebammengeleiteten Kreißsaal anbieten, auf insgesamt 29.» (MAGS NRW 2022)

Die Förderung hebammengeleiteter Kreißsäle durch die NRW-Landesregierung ist kaum vereinbar mit einer ausschließlichen Orientierung auf geburtshilfliche Großkliniken.

In NRW sollte es so viele geburtshilfliche Kliniken geben, dass der Rettungsdienst im geburtshilflichen Notfall die nächstgelegene Klinik rechtzeitig für Mutter und Kind erreichen kann. Diejenigen Geburtshilfen, die an Krankenhäusern ohne Kinderklinik angesiedelt sind, sollten auf vertraglicher Grundlage mit einer pädiatrischen Klinik zusammenarbeiten.

### **Personalbedarf in der intensivmedizinischen Versorgung**

Wie weit die Idee, über Zentralisierung und damit verbundenen Bettenabbau zu einer Fallzahl- und Kostensenkung im Krankenhauswesen zu kommen, von der Realität und vom tatsächlichen Bedarf entfernt

---

**DER PREIS FÜR MINDESTMENGEN WÄREN HOHE INVESTITIONEN IN BAUMASSNAHMEN, SACHMITTEL UND PERSONAL, VOR ALLEM ABER WEITE ANFAHRTSWEGE IN NOTFALLSITUATIONEN.**

---

ist, zeigen die folgenden Überlegungen, die, wie das gesamte Gutachten, aus der Vor-Corona-Zeit stammen:

«Im Vergleich zum Jahr 2019 können ausgehend von dem ermittelten Personalmehrbedarf in Höhe von 2.653 VZÄ [Vollzeitäquivalenten] bei Inkrafttreten des Personalschlüssels 1:2,33 im Jahr 2021 circa 1.129 ITS-Betten in NRW nicht weiter betrieben werden. Der ermittelte Personalbedarf wirft vor dem Hintergrund der eingangs skizzierten Situation der Intensivpflege in Deutschland die Frage auf, ob in Deutschland ein Allokationsproblem besteht und ob der bestehende Pflegemangel lediglich das Resultat stationärer Überkapazitäten darstellt.» (PD u. a. 2019b: 63)

Die Pandemie hat die vom ermittelten Personalbedarf aufgeworfene Frage mit «Nein» beantwortet. Sie hat uns gelehrt, dass weder die Bundesrepublik insgesamt noch NRW intensivmedizinische Überkapazitäten aufgebaut haben, dass aber die vorhandenen Kapazitäten nicht voll genutzt werden können, weil es einen ausgeprägten Mangel an Intensivpflegekräften gibt.

#### **Fazit zu den «speziellen Fragestellungen zur Versorgungsanalyse»**

Die Behauptung, dass «mit einer signifikanten Verbesserung der Versorgungsqualität zu rechnen» sei, wenn man das «ausgeprägte Zentralisierungspotenzial für die hier untersuchten Leistungen» nutzen würde (ebd.: 64), konnte im Gutachten nicht überzeugend belegt werden. Viele Argumente für eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch «ausgeprägte Zentralisierung» halten einer kritischen Überprüfung nicht stand.

## **5 WELCHE WIRTSCHAFTLICHEN WIRKUNGEN WIRD DIE FALL-ZAHLSTEUERUNG NACH DEM VORBILD DER «SPITALREGION ZÜRICH» ENTFALTEN?**

Wenn die Planung nach Leistungsgruppen mit festgelegten Leistungsvolumina gesetzeskonform durchgesetzt wird, können Krankenhäuser in NRW die Einnahmeausfälle, die ihnen bei Entzug einer Leistungsgruppe entstehen, nicht mehr durch Leistungssteigerungen an anderer Stelle ausgleichen. Da aber die Mehrzahl der Krankenhäuser entweder Verluste schreibt oder nur geringfügige Gewinne erwirtschaftet, kann der Entzug einer Leistungsgruppe bereits zu großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten führen. Wenn die Landesregierung, wie im Gutachten «Krankenhauslandschaft NRW» vorgeschlagen, bis zum Jahr 2032 mehr als 18.000 Betten abbaut, wird sich die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser enorm zuspitzen.

Dieses Problem ist in der Region Zürich nicht in der Schärfe aufgetreten, die in der Bundesrepublik zu erwarten ist, weil die Züricher Krankenhäuser, bezogen auf die Anzahl der zu versorgenden Patient\*innen, etwa doppelt so viel Personal haben wie die Krankenhäuser in NRW. Im Jahr 2019 versorgten in den «Spitälern mit Züricher Leistungsauftrag» 23.268 Vollkräfte (= VZÄ = Vollzeitäquivalente) 227.822 stationäre Patient\*innen (Kanton Zürich/ Gesundheitsdirektion 2019). Das ist ein Verhältnis von 1 zu 9,8. In NRW versorgten 215.291 Vollkräfte 4.652.040 Patient\*innen (Destatis 2019). Das ist ein Verhältnis von 1 zu 21,6.

Das Universitätsspital Zürich gibt an, dass «per 31.12.2018» 8.480 Mitarbeitende und 711 Auszubildende (Kopfzahlen) 42.377 stationäre Patientinnen und Patienten versorgten – bereits ohne Anrechnung der Auszubildenden ein Verhältnis von 1 zu 5. Das Spital Zollikerberg in der Spitalregion Zürich hat laut Homepage eine «mit 180 Betten überschaubare Größe [...]. In unserem Haus begegnen sich unsere rund 1.100 Mitarbeitenden auf Augenhöhe.»

bis zu 11.350 Schweizer Franken, also von 8.847 Euro bis zu 10.939 Euro (Kanton Zürich/Gesundheitsdirektion 2020b). Im Jahr 2021 betrug der deutsche «Bundesbasisfallwert» 3.747,98 Euro. Diese Zahlen verdeutlichen, warum ein krankenhauspianerischer Eingriff, der in der Schweiz zu (noch) beherrschbaren Problemen führte, in der Bundesrepublik ein großes Krankenhaussterben verursachen kann.

---

**WENN DIE LANDESREGIERUNG BIS ZUM JAHR 2032 MASSIV BETTEN ABBAUT, WIRD SICH DIE WIRTSCHAFTLICHE LAGE VIELER KRANKENHÄUSER ENORM ZUSPITZEN.**

---

Das Spital Bülach «stellt mit 200 Betten und rund 1.200 Mitarbeitenden eine hochstehende und wohnortnahe Versorgung für die Bevölkerung im Zürcher Unterland sicher.» Sechs Kolleg\*innen pro Bett in der Schweiz, 2,6 in NRW (300.429 Personen, 117.869 Betten; Destatis 2019).

Dementsprechend hoch sind auch die krankenhauses- und versicherungsspezifischen Basisfallwerte der Swiss-DRGs in Zürich und Umgebung. Sie reichten im Jahr 2021 von 9.180 Schweizer Franken

**Wie soll der Planungsprozess ablaufen?**

Auf Grundlage der Vorschläge des Gutachtens «Krankenhauslandschaft NRW» zum Ablauf des Planungsprozesses wurde das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW novelliert. Das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW sieht jetzt folgende Planungsschritte vor (Landtag NRW 2021):

«Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan [...] auf, überprüft ihn regelmäßig und schreibt ihn fort.» (§ 12 Abs. 1)

«Der Krankenhausplan [...] besteht aus 1. den Rahmenvorgaben und 2. den regionalen Planungskonzepten.» (§ 12 Abs. 2)

«Die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt auf der Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. Jedem Leistungsbereich werden eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeordnet.» (§ 12 Abs. 3)

«Die Universitätskliniken [...] sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen.» (§12 Abs. 4)

«Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen.» (§ 12 Abs. 5)

«Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. [...] Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, bei medizinischen Leistungen von hoher Komplexität Mindestfallzahlen [...] auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin festzulegen.» (§ 13 Abs. 1)

«Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 legt das zuständige Ministerium insbesondere die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen differenzierten Versorgungskapazitäten abschließend fest, [...]. Hierzu erarbeiten die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen

gemeinsam und gleichberechtigt ein regionales Planungskonzept. [...] Die kommunale Gesundheitskonferenz [...] kann eine Stellungnahme dazu abgeben.» (§ 14 Abs. 1)

«Die regionalen Planungskonzepte sind der zuständigen Behörde und den Beteiligten nach § 15 Absatz 1 [= unmittelbar am Landesausschuss Beteiligte, s. u.!] vorzulegen. [...] Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich. Ist die Schließung von Krankenhäusern oder die Aufgabe von Versorgungsaufträgen einzelner Leistungsbereiche oder Leistungsgruppen vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.» (§ 14 Abs. 3)

«Die Beteiligten nach § 15 [= unmittelbar und mittelbar am Landesausschuss Beteiligte, s. u.!] und die betroffenen Krankenhäuser werden zu dem Konzept nach Absatz 1 von dem zuständigen Ministerium gehört.» (§ 14 Abs. 4)

«Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen nach Absatz 4 werden durch Bescheid nach § 16 an den Krankenhausträger Bestandteil des Krankenhausplans.» (§ 14 Abs. 5)

«Der Landesausschuss erarbeitet insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben notwendig sind. [...] Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend.» (§ 15 Abs. 3)

Unmittelbar am Landesausschuss beteiligt sind zum Beispiel die Krankenhausgesell-

schaft Nordrhein-Westfalen, die Verbände der Krankenkassen, die kommunalen Spitzenverbände, die Katholische Kirche und die Evangelischen Landeskirchen, die beiden Ärztekammern und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV). Mittelbar Beteiligte sind unter anderem der Landesbezirk NRW der Gewerkschaft ver.di, der Landesverband des Marburger Bunds, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Dienstnehmervvertretung Nordrhein-Westfalen der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes und die komba gewerkschaft NRW.

Es handelt sich um das Konzept einer Planung «von oben». Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend. Zwar sind verschiedene Interessen- und Lobbygruppen mehr oder weniger stark in die Entscheidungsfindung des Ministers eingebunden, eine demokratische Beteiligung der in den Krankenhäusern tätigen Gesundheitsarbeiter\*innen, der Bürger\*innen und der kommunalen Parlamente ist aber höchstens ansatzweise vorgesehen. Wer mitentscheiden möchte, muss sich sein Mitentscheidungsrecht erkämpfen.

### **Wie wird die Krankenhausplanung «qualitätsorientiert»?**

Ihren Offenbarungseid leisteten die Gutachter\*innen erst im vorvorletzten Kapitel ihres Gutachtens:

«Die Dimension Ergebnisqualität ist – zumindest derzeit – vornehmlich aus Gründen der methodischen Unsicherheit bei der Messung und Erhebung von QI nicht zur Krankenhausplanung geeignet.» (PD u. a. 2019b: 99)

Ging es in der öffentlichen Diskussion um das Krankenhausgutachten nicht gerade um «Ergebnisqualität»? Soll das «Zentralisierungspotenzial» nicht «gehoben» werden, damit weniger Herzinfarktpatient\*innen und Schlaganfallpatient\*innen sterben und damit mehr Schwangere sich auf eine sichere Geburt in einer großen Klinik mit mehr als 2.700 Geburten jährlich und pädiatrischer Abteilung freuen dürfen?

Wenn es methodische Unsicherheiten bei der Messung und Erhebung von Qualitätsindikatoren gibt, könnte man dann nicht stattdessen auf Zertifizierungen durch medizinische Fachgesellschaften zurückgreifen?

Auch das befürworten die Gutachter\*innen nur in Ausnahmefällen. Sie beklagen einen «*hohen Dokumentationsaufwand*» und fürchten um die Handlungsfreiheit der Planungsbehörde: «Außerdem sollten generell nicht zu viele Zertifizierungsvorgaben übernommen werden, um keine zu starken Abhängigkeiten zu medizinischen Fachgesellschaften aufzubauen.» (Ebd.: 95)

Also soll die «Verknüpfung von Qualität und LG» vor allem über Vorgaben zur «Strukturqualität» erreicht werden. Erwähnt werden zum Beispiel «fachärztliche Vorgaben», die Anforderungen bezüglich der «Qualifikation und der zeitlichen Verfügbarkeit bzw. Einsatzbereitschaft» von Fachärztinnen und -ärzten für einzelne Leistungsgruppen festlegen. «Beispielsweise ist für die LG Ösophaguschirurgie die Facharztqualifikation Viszeralchirurgie verpflichtend.» (Ebd.: 89)

Keine Rolle bei der Verknüpfung von Strukturqualität und Leistungsgruppen spielen für die Autor\*innen gut besetzte Pflegedienste, obwohl zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen den Zusammenhang zwischen Mortalität und Patient-Nurse-Ratio belegen. Als mögliche Vorgaben zur «Prozessqualität» werden die Einrichtung eines Tumorboards oder einer Indikationskonferenz und «Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen» erwähnt.

Für die Menschen in NRW geht es in Bezug auf Qualitätsorientierung jedoch vorrangig um die Ergebnisqualität. Aus ihrer Sicht dienen Maßnahmen zur Verbesserung der Prozess- und Strukturqualität dazu, gute Behandlungsergebnisse zu erreichen. Sie sind der Ergebnisqualität also untergeordnet.

Dass es schwierig ist, Ergebnisqualität valide zu messen, bedeutet nicht, dass isolierte Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität ohne wissenschaftlichen Nachweis einer Ergebnisverbesserung (= Evidenzbasierung) abzulehnen wären. Für sie gilt jedoch das Gleiche wie für Mindestmengenregelungen: Sie können der Verbesserung der Qualität dienen, sie können aber auch als ökonomisches Druckmittel eingesetzt werden. Deswegen sollten auch sie stets auf ihren Zweck hin überprüft werden.

### **Welche politischen Auswirkungen wird die Umstrukturierung haben? – 100 Milliarden Euro – die Kosten der Zentralisierung**

Prof. Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Mitglied im «Review Board» des

Bertelsmann-Gutachtens «Zukunftsfähige Krankenhauslandschaft» aus dem Juli 2019, Mitglied des Corona-Expertenbeirats von Ex-Gesundheitsminister Spahn, beantwortete im Oktober 2020 in der *Ärzte-Zeitung* die Gretchenfrage: Was würde die angestrebte Zentralisierung des deutschen Krankenhauswesens kosten?

«Ärzte-Zeitung: Sie hatten schon vor Jahren den Begriff der Abwrackprämie für Kliniken ins Spiel gebracht. Wie könnte die ab 2022 aussehen?

Prof. Augurzky: Tatsächlich gibt es diese Abwrackprämie ja längst über den Krankenhausstrukturfonds, der das Ziel hat, Kliniken stärker zu zentralisieren und auch zu schließen. Dieser Fonds wird wirklich gut genutzt, es gab sogar eine Übernachfrage, weswegen er über das Jahr 2022 hinaus verlängert wurde. Für diese Strukturveränderung sollten noch mehr Investitionsmittel bereitgestellt werden. Ein Beispiel, damit einmal die Dimensionen klar werden: Wenn wir dem dänischen Beispiel bei der Zentralisierung folgen wollten, bräuchten wir fast 100 Milliarden Euro für Deutschland als Investitionsmittel. Im Moment haben wir gerade einmal gut fünf Milliarden Euro.» (Nößler 2020)

### **Zentralisierung führt zu Privatisierung**

Folgendes Fazit zieht die Studie «Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018», an der Prof. Augurzky ebenfalls mitwirkte:

«Rückgang von öffentlichem Kapital. Um Angebotsstrukturen anpassen zu können, wird aufgrund sinkender öffentlicher Investitionsmittel vermehrt privates Kapital zum Einsatz kommen müssen. Dies wird

jedoch nur geschehen, wenn ausreichend unternehmerische Freiheiten vorhanden sind. Dazu ist ein Abbau von regulatorischen Restriktionen im Gesundheitswesen wichtig.» (Augurzky u. a. 2018: 97 f.)

Private Krankenhauskonzerne, Private-Equity-Gesellschaften, Investmentfonds, Banken und Versicherungen sollen also die Lücke zwischen «fast 100 Milliarden Euro» und «gut fünf Milliarden Euro» schließen. Wenn sie die «Strukturveränderung» bezahlen, wird ihnen ein großer Teil der «zukunftsfähigen Krankenhauslandschaft» gehören. Der Preis der Zentralisierung wäre ein weiterer Privatisierungsschub.

### **Zentralisierung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind unvereinbar**

Der «Umbau» der Krankenhauslandschaft und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen schließen sich gegenseitig aus. Denn die 100 Milliarden Euro, um «dem dänischen Beispiel folgen zu wollen», müssten im teilprivatisierten kapitalistischen Krankenhaussystem «erwirtschaftet» werden. Das bedeutet: Sie würden aus den Pflege- und Reinigungskräften, den Ärzt\*innen, medizinisch-technischen Assistent\*innen und allen anderen Beschäftigten der Krankenhäuser herausgepresst.

### **Wie verhalten sich die kirchlichen Träger in NRW?**

In NRW sind 225 von 345 Krankenhäusern freigemeinnützig, vor allem kirchlich; mehr als in jedem anderen Bundesland. Sie betreiben 60,4 Prozent der Betten. Auch von ihnen hängt ab, ob Zentralisierung und

---

**DER «UMBAU»  
DER KRANKENHAUS-  
LANDSCHAFT UND  
DIE VERBESSERUNG  
DER ARBEITSBEDIN-  
GUNGEN SCHLIESSEN  
SICH GEGENSEITIG  
AUS.**

---

Bettenabbau im geplanten Umfang durchgesetzt werden können. Im Jahr 2020 gab es mehrere Hinweise darauf, dass die Privatisierung kirchlicher Krankenhäuser kein Tabu mehr ist und dass kirchliche Träger bereit sind, innerhalb ihrer eigenen Konzernstrukturen Betten abzubauen und die Zentralisierung voranzutreiben:

Im Mai 2020 gab Fresenius Helios den Kauf des Malteser-Krankenhauses Bonn mit zwei medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und einer Apotheke mit Logistikzentrum bekannt (400 Betten, 750 Beschäftigte, 66 Millionen Euro Umsatz im Jahr 2019). Im August 2020 erwarb Fresenius Helios drei Malteser-Krankenhäuser und vier MVZ in Duisburg und Krefeld (870 Betten, 2.000 Beschäftigte, 160 Millionen Euro Umsatz im Jahr 2019). Zum Jahresbeginn 2021 schloss die katholische Contilia-Gruppe aus Essen das Marienhospital Altenessen und das St. Vincenz Krankenhaus in Essen-Stoppenberg und zog sich damit aus dem ärmeren Norden der Stadt zurück. Die Proteste gegen diese rücksichtslosen Entscheidungen halten an.

Werden sich die kirchlichen Träger und/oder ihre Mitarbeitervertretungen dem Trend zu Zentralisierung und Privatisierung widersetzen und eine demokratische Krankenhausplanung sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen fordern oder werden sie sich marktkonform verhalten, als ob sie selbst privat wären?

## **6 DIE ALTERNATIVE ZUR PLANUNG VON OBEN IST DIE DEMOKRATISCHE PLANUNG VON UNTEN**

Das kleine, schlechte Krankenhaus «um die Ecke» mag es geben – als Einzelfall, aber nicht als Krankenhaustypus. Als Krankenhaustypus gibt es kleine und mittlere Krankenhäuser, die sich dazu entschlossen haben, auch komplexe und finanziell lukrative Leistungen zu erbringen, die noch vor wenigen Jahren Maximalversorgern vorbehalten waren, um im Konkurrenzkampf mithalten zu können. Die noch existierenden Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung haben diese Möglichkeit, die ihnen insbesondere der Krankenhausplan 2015 bot, genutzt. Die Krankenhauslandschaft in NRW ist deshalb geprägt von einem Geflecht aus kleinen und mittleren Krankenhäusern, die nebeneinander Leistungen der örtlichen, überörtlichen und überregionalen Versorgung erbringen und so auch die Häuser der Maximalversorgung stark entlasten.

Wer bedarfsgerecht planen will, muss dieses Leistungsmosaik analysieren und eine Bestandsaufnahme des im Wildwuchs und im Konkurrenzkampf entstandenen Systems vorlegen. Diese Bestandsaufnahme gibt es nicht, und sie kann auch nicht in kurzer Zeit «von oben» erstellt werden. Folglich kann nicht zentral darüber entschieden werden, ob es sinnvoll ist, dass ein 250- oder 350-Betten-Haus Pankreas- oder Herzchirurgie betreibt, TAVIs implantiert, Herzkatheterlabore oder eine Stroke Unit unterhält oder andere komplexe Leistungen erbringt.

Die fehlende Kenntnis in der Zentrale kann nur durch das Wissen vor Ort ersetzt werden. Das Gesundheitsministerium des Landes kann zwar wissenschaftlich begründete Prognosen zur demografischen und Morbiditätsentwicklung und zum Verweildauertrend in die Diskussion einbringen, die Analyse des «Leistungsmosaiks», des regionalen Versorgungsnetzes, muss jedoch auf regionaler Ebene durch Menschen erfolgen, die Einblick in das dortige Versorgungsgeschehen haben.

Das Krankenhausgestaltungsgesetz sieht vor, dass «die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen», also die Eigentümer und die Hauptfinanziers, «gemeinsam und gleichberechtigt ein regionales Planungskonzept» erstellen (KHGG NRW 2007: § 14 Abs. 1). Das reicht keinesfalls aus, um ein realistisches Bild der regionalen Versorgung, insbesondere in Bezug auf ihre Defizite, ihre unverzichtbaren Bestandteile und ihre Entwicklungsmöglichkeiten, zu gewinnen.

Dazu müssen die tatsächlichen Leistungserbringer\*innen, die Beschäftigten der Krankenhäuser, ihre gewählten Vertretungen, Betriebs- und Personalräte und Mitarbeitervertretungen, und ihre Gewerkschaften beteiligt werden. Ihr Wissen und ihre Erfahrung werden benötigt, um die zentral zur Verfügung gestellten Daten und die regionalen Planungsideen einem «Praxischeck» zu unterziehen und um Ergebnisse zu erreichen, die die Krankenhausbearbeiter\*innen, die sie letztendlich umsetzen müssen, unterstützen können. Auch die Vorschläge der Pflegeheime, ambulanten Pflegedienste, niedergelassenen

Ärzt\*innen und weiteren ambulanten Einrichtungen und der Beschäftigten dieser Einrichtungen müssen einbezogen werden. Nur durch ihre Beteiligung kann eine sektorenübergreifende Planung tatsächlich in Gang kommen.

Da es sich bei den regionalen Planungskonzepten um staatliche Planung handelt, deren Folgen alle Menschen der Region unmittelbar betreffen, darf der Staat seine Verantwortung für die Daseinsvorsorge nicht an Besitzer und Geldgeber abtreten, sondern muss sie in einem demokratischen Prozess selbst wahrnehmen. Die Erstellung der regionalen Planungskonzepte sollte deswegen eine kommunale oder regionale Aufgabe werden, die von Stadträten und Kreistagen oder eigens dafür zu gründenden, demokratisch legitimierten regionalen Gremien wahrgenommen werden könnte. Deren Entscheidungen sollten durch Bürgerbegehren und Bürgerentscheid beeinflusst und gegebenenfalls korrigiert werden können. Das bedeutet auch, dass die politische Diskussion nicht hinter verschlossenen Türen stattfinden dürfte, sondern öffentlich und transparent geführt werden müsste.

### **Krankenhausplan per Verwaltungsakt oder als Gesetz?**

Die demokratisch erarbeiteten regionalen Planungskonzepte aller 16 Versorgungsgebiete des Bundeslandes NRW müssen im Krankenhausplan des Landes zusammengeführt werden. Über die regionalen Planungskonzepte und den Krankenhausplan entscheidet nach Gesetzeslage «das zuständige Ministerium abschließend». Dass ein Krankenhausplan per Verwaltungsakt

---

**DEMOKRATISCHE BEDARFSPLANUNG  
SOLLTE IN REGIONALEN PLANUNGS-  
KONZEPTEN UND NICHT HINTER  
VERSCHLOSSENEN TÜREN, SONDERN  
ÖFFENTLICH UND TRANSPARENT IN  
REGIONALEN GREMIEN STATTFINDEN.**

---

erlassen werden kann, ist angesichts der wirtschaftlichen und sozialen Bedeutung, die Medizin und Pflege in unserer Gesellschaft erlangt haben, ein Anachronismus. Die Entscheidungen über die Krankenhausplanung und eine etwaige sektorenübergreifende Planung gehören jährlich in den Landtag. So wie die Haushaltsplanung. Auch die Entscheidungen auf der höchsten Hierarchieebene müssen demokratisch und transparent und der öffentlichen politischen Diskussion und Einflussnahme zugänglich sein.

**Die Alternative zur Zentralisierung  
ist die Kooperation**

Inhaltlich sollte die Krankenhausplanung darauf gerichtet sein, die bestehenden Strukturen bedarfsgerecht und kooperativ weiterzuentwickeln, etwa durch eine viel stärkere Verbreitung der erwähnten Herzinfarkt- und Schlaganfallnetzwerke, statt einen großen Bettenabbau und eine starke Zentralisierung in Angriff zu nehmen.

**Neuaufstellung der Rahmenvorgaben  
des Krankenhausplans – Vergleich mit  
dem Krankenhausgutachten**

Im September 2021 legte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales den ersten Entwurf der Rahmenvorgaben für den neuen Krankenhausplan vor (MAGS NRW 2021). In Bezug auf Zentralisierung, Verweildauerverkürzung und Bettennutzung unterscheiden sich die Vorschläge des Ministeriums mehr oder weniger stark von den Vorschlägen des Krankenhausgutachtens. Das Ambulantisierungsziel (570.000 Fälle bis 2032) wird uneingeschränkt aufrechterhalten.

Die Zentralisierung rückt gegenüber dem Krankenhausgutachten in den Hintergrund. Der Entwurf der Rahmenvorgaben legt Qualitätsvorgaben für die Zuweisung von Leistungsgruppen fest, die auch kleine und mittelgroße Krankenhäuser erfüllen können:

«Grundsätzlich sind für die einzelnen Leistungsgruppen Qualitätsvorgaben in vier Anforderungsbereichen festgelegt:

- 1 Erbringung verwandter Leistungsgruppen
- 2 Vorhaltung von Geräten
- 3 Fachärztliche Vorgaben
- 4 Sonstige Struktur- und Prozesskriterien» (ebd.: 68).

Für den Fall, dass Auswahlentscheidungen zwischen Standorten erforderlich werden, bestimmen die Rahmenvorgaben «Aufgreifkriterien für entsprechende Beratungen und Entscheidungen in den regionalen Planungsverfahren» (ebd.: 53). Auch sie sind nicht an der Krankenhausgröße orientiert. Stattdessen werden Kriterien eingeführt, die im Krankenhausgutachten keine große oder gar keine Rolle spielen wie Wohnortnähe, wirtschaftliche Tragfähigkeit der Auswahlentscheidung, Berücksichtigung der Umstände des einzelnen Krankenhauses, freie Krankenhauswahl

und Besonderheiten der Versorgungssituation:

«Mit Blick auf alle weiteren Leistungsgruppen ist es in den regionalen Planungsverfahren notwendig, die Zahl der Standorte, die einen Versorgungsauftrag erhalten können, festzulegen. [...] Dazu bestehen vor der Durchführung regionaler Planungsverfahren keine quantitativen behördlichen Vorgaben. [...] Aufgreifkriterien für entsprechende Beratungen und Entscheidungen in den regionalen Planungsverfahren sind:

- Ausgangspunkt: Analyse des aktuellen Versorgungsgeschehens unter besonderer Berücksichtigung der bestehenden Leistungserbringer [...]
- Berücksichtigung der Frage der Erreichbarkeit – Wohnortnähe – in Abhängigkeit vom Spezialisierungsgrad der Leistungsgruppen nach den Vorgaben des Krankenhausplans [...]

- Grundsätzlich sollen im Weiteren bei der Festlegung der Zahl der Standorte folgende Aspekte berücksichtigt werden:
  - Wirtschaftliche Tragfähigkeit im Kontext der Krankenhausplanung vor Ort:
  - Der zugewiesene Versorgungsauftrag muss einen Umfang (Fallzahl) haben, der eine wirtschaftliche Tragfähigkeit der Leistungserbringung für das jeweilige bedarfsnotwendige Krankenhaus erwarten lässt. Dabei kann es keinen «Schwellenwert» geben, der für alle Krankenhäuser gilt, weil die Umstände des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt werden müssen.
  - Außerdem ist der wirtschaftliche Betrieb eines bedarfsnotwendigen Krankenhausstandortes oder einer bedarfsnotwendigen Krankenhausabteilung zu berücksichtigen.
- Erreichbarkeit
- Schaffung von Auswahlmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten (freie Krankenhauswahl), soweit das Gesamtvolumen des Bedarfs und die regionale Versorgungssituation dies zulassen.
- Vermeidung von regionalen Mehrfachvorhaltungen in unmittelbarer räumlicher Nähe, soweit sie nicht durch das Bedarfsvolumen und/oder andere Besonderheiten der Versorgungssituation gerechtfertigt sind.» (Ebd.: 53f.)

#### **«Moderate» Verweildauerverkürzung**

Pro Leistungsgruppe werden «historische Verweildauertrends» berechnet. Damit Verweildauerverkürzungen nicht einfach linear bis zur «Verweildauer Null» fortgeschrieben werden, wird der negative Trend pro Jahr auf -2,0 Prozent beschränkt.

«Der errechnete Verweildauertrend wird nur zu 80 % berücksichtigt. Wenn beispielsweise für eine Fallgruppe der historische Verweildauertrend eigentlich -1,0 % pro Jahr betrüge, werden zur Fortschreibung lediglich -0,8 % pro Jahr veranschlagt. Analog zur Trendbeschränkung kann also der maximale VWD-Trend tatsächlich lediglich -1,6 % pro Jahr betragen. Hierdurch soll eine moderate Einschätzung des zukünftigen Verweildauertrends erreicht werden.» (MAGS NRW 2021: 104)

#### **Vorgaben zur Bettennutzung bleiben unverändert**

«Die Soll-Bettenauslastung je LG [Leistungsgruppe] wird analog zur Bestimmung der Bettennutzungsgrade im Krankenhausplan NRW 2015 festgelegt.» (MAGS NRW 2021: 75)

#### **Fallzahlenkung und Bettenabbau durch Ambulantisierung**

Hinsichtlich des Umfangs der angestrebten Ambulantisierung machen die Rahmenvorgaben keine Abstriche von den Vorschlägen des Krankenhausgutachtens. Sie unterscheiden zwischen operativ und konservativ geprägten Fällen. «Eine Grundlage zur Identifikation der relevanten Fälle» ist im operativen Bereich der Katalog Ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) 2019 (ca. 3.000 Operationen und Prozeduren, die generell auch ambulant erbracht werden können). Die dort aufgeführten Maßnahmen werden je «nach dem Grad der ambulanten Erbringungsmöglichkeit» in zwei Gruppen eingeteilt und sollen im «Ziel-Ambulantisierungsjahr» 2035 entweder zu 90 Prozent

oder zu 50 Prozent ambulant durchgeführt werden (MAGS NRW 2021: 102 f.).

Für die «konservativ geprägten Fälle» wurden «unter Berücksichtigung medizinisch-fachlicher Kriterien» pauschale «Ambulantisierungsfaktoren» pro Leistungsgruppe festgelegt. Sie betragen 1 Prozent pro Jahr oder 2 Prozent pro Jahr, im Ziel-Ambulantisierungsjahr also ausgehend vom Jahr 2022 entweder 14 Prozent oder 28 Prozent der Fälle einer Leistungsgruppe (ebd.: 103 f.).

Ein Hintertürchen öffnen die «Rahmenvorgaben» aber doch: «Prämisse ist die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte und/oder ambulante Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser.» (Ebd.: 103)

Neue Einrichtungen der ambulanten oder sektorenübergreifenden Versorgung (z. B. Primärversorgungszentren) gibt es bisher nicht und sind auch nicht geplant. Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser sollen nicht ausgeweitet, sondern eingeschränkt werden. Das angestrebte Ambulantisierungsziel soll also mit einem unveränderten ambulanten System niedergelassener Haus- und Fachärzt\*innen erreicht werden – oder, falls die Prämisse nicht erfüllt wird, nur teilweise oder gar nicht?

Ob sich Zentralisierung und Privatisierung der Krankenhauslandschaft durchsetzen, bleibt weiterhin offen. Es lohnt sich deshalb für die Beschäftigten der Krankenhäuser und für alle an einem sozialen Gesundheitswesen Interessierten, für einen stärkeren staatlichen Einfluss auf die

## **IN ZAHLEN BEDEUTEN DIESE ABBAUPLÄNE:**

Fallzahl NRW 2019:  
4.514.297

Fallzahl NRW 2024 ohne Abzug  
des «ambulanten Potenzials»:  
4.639.351

Fallzahl NRW 2024 nach Abzug  
des «ambulanten Potenzials»:  
4.456.786

Verschiebung in den ambulanten  
Sektor: 182.565 Fälle (hochgerechnet  
auf den gesamten Zeitraum bis 2035:  
584.208 Fälle)

Fallzahlverminderung im  
Krankenhaussektor bis 2024:  
57.511 (-1,27 Prozent)

Bettenzahl stationär 2019:  
92.100

Bettenzahl stationär 2024:  
88.109

Geplanter Bettenabbau bis 2024:  
3.991 (-4,33 Prozent)

Daseinsvorsorge, eine demokratische Krankenhausplanung, eine bessere Kooperation der Krankenhäuser und für kommunale sektorenübergreifende Primärversorgungs- oder Gesundheitszentren zu kämpfen.

## LITERATUR

**Augurzký, Boris/Beivers, Andreas/Pilny, Adam (2018):** Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018, RWI Materialien 122, Essen, unter: <http://hdl.handle.net/10419/179919>.

**BÄK – Bundesärztekammer (2018):** Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V, 6.3.2018, Berlin, unter: [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/Sicherstellungszuschlag.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/Sicherstellungszuschlag.pdf).

**BAST – Bundesanstalt für Straßenwesen (2019):** Leistungen des Rettungsdienstes 2016/17, BAST-Bericht M 290, Bergisch Gladbach, unter: [www.bast.de/DE/Publikationen/Berichte/unterreihe-m/2020-2019/m290.html](http://www.bast.de/DE/Publikationen/Berichte/unterreihe-m/2020-2019/m290.html).

**Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2019):** Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh, unter: [www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaeihige-krankenhausversorgung](http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaeihige-krankenhausversorgung).

**Busse, Reinhard (2019):** 330 reichen aus. Argumente für eine neue Krankenhaus-Struktur, Folie 18, AOK-Forum live, Potsdam, 18.11.2019, unter: [www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2019.lectures/2019-09-11\\_Busse-330reicht.pdf](http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2019.lectures/2019-09-11_Busse-330reicht.pdf).

**CDU Nordrhein-Westfalen/FDP Nordrhein-Westfalen (2017):** Koalitionsvertrag für Nordrhein-Westfalen 2017–2022, Düsseldorf, unter: [www.cdu-nrw.de/koalitionsvertrag-fuer-nordrhein-westfalen-2017-2022](http://www.cdu-nrw.de/koalitionsvertrag-fuer-nordrhein-westfalen-2017-2022).

**Destatis (2019):** Grunddaten der Krankenhäuser 2019, unter: [www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.pdf](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.pdf).

**Deutscher Röntgenkongress (2018):** Mechanische Thrombektomie beim Schlaganfall – Zahlen, Fakten und aktuelle Entwicklungen aus der Neuroradiologie, Leipzig, unter: [www.2018.roentgenkongress.de/de-DE/4124/dossier-neuroradiologie/](http://www.2018.roentgenkongress.de/de-DE/4124/dossier-neuroradiologie/).

**DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (2021):** Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten, Düsseldorf.

**G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2020):** Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), unter: [www.g-ba.de/richtlinien/103/](http://www.g-ba.de/richtlinien/103/).

**G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2021):** Mindestmengenregelungen, unter: [www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/](http://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/).

**General-Anzeiger Bonn (2021):** Immer mehr Schwangere werden abgewiesen, 8.11.2021, unter: [https://ga.de/bonn/bonn-geburtshilfe-lage-in-krankenhaeusern-angespannt-schwangere-abgewiesen\\_aid-63845151](https://ga.de/bonn/bonn-geburtshilfe-lage-in-krankenhaeusern-angespannt-schwangere-abgewiesen_aid-63845151).

**Kanton Zürich/Gesundheitsdirektion (2019):** Kenndaten 2019 Akutsomatik, Zürich, unter: [www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler\\_kliniken/daten\\_und\\_statistik\\_der\\_listenspitaeler/kenndaten1/akutsomatik/Kenndaten\\_2019\\_Akutsomatik.pdf](http://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/daten_und_statistik_der_listenspitaeler/kenndaten1/akutsomatik/Kenndaten_2019_Akutsomatik.pdf).

**Kanton Zürich/Gesundheitsdirektion (2020a):** Gesundheitsversorgung 2019, Zürich.

**Kanton Zürich/Gesundheitsdirektion (2020b):** Übersicht über die Tarife 2012 bis 2021 für stationäre Behandlungen in den Spitälern und Geburtshäusern mit Standort im Kanton Zürich gemäß Zürcher Spitalisten, Zürich, 17.12.2020, unter: [www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler\\_kliniken/spitalfinanzierung/spitaltarife/2021/20201217\\_uebersicht\\_stat\\_tarife\\_2012\\_bis\\_20211.pdf](http://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalfinanzierung/spitaltarife/2021/20201217_uebersicht_stat_tarife_2012_bis_20211.pdf).

**KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018):** Intersektorale Gesundheitszentren. Gutachten, Bayreuth, unter: [www.kbv.de/html/igz-gutachten.php](http://www.kbv.de/html/igz-gutachten.php).

**KHGG NRW (2007):** Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, 11.12.2007, unter: [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_text\\_anzeigen?v\\_id=10000000000000000483](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000483).

**Landtag Nordrhein-Westfalen (2020):** Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP. Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/11162, 29.9.2020, Düsseldorf, unter: [www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD17-11162.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD17-11162.pdf).

**Landtag Nordrhein-Westfalen (2021):** Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen, 9.3.2021, in: Verordnungsblatt, Ausgabe 22, 17.3.2021, S. 271–292, unter: [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_vbl\\_detail\\_text?anw\\_nr=6&vd\\_id=19260&vd\\_back=N272&sg=0&menu=1](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=19260&vd_back=N272&sg=0&menu=1).

**MAGS NRW – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2021):** Entwurf der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans NRW 2021, Düsseldorf, unter: [www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-5764.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-5764.pdf).

**MAGS NRW – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022):** 20 neue Hebammenkreißsäle für Nordrhein-Westfalen, Pressemitteilung, 14.1.2022, unter: [www.mags.nrw/pressemitteilung/20-neue-hebammenkreissaele-fuer-nordrhein-westfalen](http://www.mags.nrw/pressemitteilung/20-neue-hebammenkreissaele-fuer-nordrhein-westfalen).

**Mansky, Thomas (2018):** Strukturwandel ist die wichtigste Voraussetzung für die Verbesserung der stationären Versorgungsqualität, Vortrag, 6.4.2018, Würzburg, unter: [www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/Die\\_AWMF/Arbeitskreis\\_Juristen/2018-04/2018\\_04\\_06\\_Mansky\\_AWMF3\\_ext.pdf](http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Die_AWMF/Arbeitskreis_Juristen/2018-04/2018_04_06_Mansky_AWMF3_ext.pdf).

**Maier, Sebastian u. a. (2014):** Empfehlungen zur Organisation von Herzinfarktnetzwerken, in: Der Kardiologe 1/2014, S. 36–44, unter: <https://leitlinien.dgk.org/2014/empfehlungen-zur-organisation-von-herzinfarktnetzwerken-2/>.

**MFJFG – Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2002):** Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen – Rahmenvorgaben, Düsseldorf.

**MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013):** Krankenhausplan NRW 2015, Düsseldorf, unter: [www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/20130725\\_krankenhausplan\\_nrw\\_2015.pdf](http://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/20130725_krankenhausplan_nrw_2015.pdf).

**Nößler, Denis (2020):** «Ambulante Leistung muss sich lohnen», Interview mit Boris Augurzky, in: Ärztezeitung, 19.10.2020, unter: [www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Ambulante-Leistung-muss-sich-lohnen-413716.html](http://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Ambulante-Leistung-muss-sich-lohnen-413716.html).

**OEFOP – Österreichisches Forum Primärversorgung (2017):** Dänemark, Norwegen und Schweden «Alles besser» in der Primärversorgung?, Blogbeitrag, 18.4.2017, unter: <https://primaerversorgung.org/2017/04/18/daenemark-norwegen-und-schweden-alles-besser-in-der-primaerversorgung/>.

**PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH/Lohfert & Lohfert AG/Technische Universität Berlin – Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (2019a):** Gutachten. Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Langfassung, Berlin 2019, unter: [https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten\\_Krankenhauslandschaft\\_Nordrhein-Westfalen/58](https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/58).

**PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH/Lohfert & Lohfert AG/Technische Universität Berlin – Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (2019b):** Gutachten. Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Kurzfassung, Berlin 2019, unter: [https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten\\_Krankenhauslandschaft\\_Nordrhein-Westfalen-Kurzfassung\\_-](https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen-Kurzfassung_-).

**RP Online (2019):** Elisabeth-Krankenhaus eröffnet seine neuen Kreißsäle, 8.5.2019, unter: [https://rp-online.de/nrw/staedte/moenchengladbach/familie/moenchengladbach-neue-kreissaele-im-elisabeth-krankenhaus\\_aid-38632885](https://rp-online.de/nrw/staedte/moenchengladbach/familie/moenchengladbach-neue-kreissaele-im-elisabeth-krankenhaus_aid-38632885).

**SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018):** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Bonn, unter: [www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/](http://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/).

**St. Vincenz GmbH (2022):** St. Vincenz-Geburtshilfe ist die größte in NRW, Pressemitteilung, 13.1.2022, unter: [www.vincenz.de/aktuelles-termine/aktuelles-presse/pressemeldung/1166-st-vincenz-geburtshilfe-ist-die-groesste-in-nrw.html](http://www.vincenz.de/aktuelles-termine/aktuelles-presse/pressemeldung/1166-st-vincenz-geburtshilfe-ist-die-groesste-in-nrw.html).

**Städtische Kliniken Mönchengladbach (2022),** Homepage, unter: [www.sk-mg.de/de/Frauenheilkunde--Geburtshilfe.htm](http://www.sk-mg.de/de/Frauenheilkunde--Geburtshilfe.htm).

**Vogel, Justus/Polin, Katherine/Pross, Christoph/Geissler, Alexander (2019):** Implikationen von Mindestmengen und Zertifizierungsvorgaben: Auswirkungen verschiedener Vorgaben auf den deutschen Krankenhaussektor, in: Dormann, Franz/Klauber, Jürgen/Kuhlen, Ralf (Hrsg.): Qualitätsmonitor 2019, Berlin, S. 63–87, unter: [doi.org/10.32745/9783954664344-1.5](https://doi.org/10.32745/9783954664344-1.5).

**WIÖ – Wissenschaftliches Institut der AOK (2019):** Qualitätsmonitor 2019, hrsg. von Dormann/Klauber/Kuhlen, Berlin.



Achim Teusch

# KURZE BEWERTUNG DES «RICHTUNGSPAPIERS ZU MITTEL- UND LANGFRISTIGEN LEHREN»

AUS DER «ERSTEN WELLE DER CORONA-KRISE 2020»

Am 24. November 2020 veröffentlichten das Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung, die Bertelsmann Stiftung und die Robert Bosch Stiftung ihre «Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020» in einem «Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren» (Augurzky u. a. 2020).

Wir dokumentieren hier die Aussagen der Autor\*innen zu den Lehren aus der ersten Corona-Welle, zum Pflegenotstand, zur sektorenübergreifenden Versorgung und zu einer neuen «hierarchischen Krankenhausstruktur» und bewerten sie so kurz wie möglich.

## **1 JE GRÖßER DAS KRANKENHAUS, DESTO RELEVANTER FÜR DIE VERSORGUNG VON COVID-19-PATIENT\*INNEN?**

Auf diese Frage antwortet das Richtungspapier in Kapitel 3:

«Die Erfahrungen während der Pandemie haben gezeigt, dass bei der stationären Behandlung von COVID-19-Patient:innen ein

von anderen schweren Konditionen bekanntes Muster zu beobachten war. Ungefähr ein Viertel der Krankenhäuser hat den Löwenanteil der COVID-19-Patient:innen versorgt, während die Hälfte eine mittlere bis niedrige Zahl an COVID-19-Patient:innen behandelt hat. Ein letztes Viertel der Krankenhäuser war gar nicht an der Corona-Versorgung beteiligt; bei den beatmeten Patient:innen war die Konzentration noch etwas höher [...]. Zentrale Strukturen der Koordination und Lenkung der COVID-19-Patient:innenströme hat es nur in einzelnen Bundesländern gegeben (z. B. Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen), jedoch haben auch dort viele kleinere Krankenhäuser COVID-19-Patient:innen versorgt. Vereinzelt Beispiele, wie das des Ernst von Bergmann Klinikums in Potsdam, zeigen jedoch eindrücklich, dass auch kleinere Häuser ohne entsprechende Ausstattung Behandlungen übernommen haben, ohne dass diese zum Beispiel die entsprechende persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung hatten.» (Augurzky u. a. 2020: 28)

«Zentrale Strukturen der Koordination und Lenkung der Patient:innenströme» sind in

einer Pandemiesituation wahrscheinlich die beste organisatorische Lösung. Aus der zentralen Zuweisung von Patient\*innen an bestimmte Kliniken zu schlussfolgern, dass diese Kliniken qualitativ besser sind als andere, ist jedoch nicht gerechtfertigt. Denn diejenigen Kliniken, denen nicht hauptsächlich Covid-19-Patient\*innen zugewiesen werden, müssen andere Intensivpatient\*innen behandeln: die Menschen im septischen Schock, die Polytraumatisierten, die Herzinfarkt- und Schlaganfallpatient\*innen, die am Norovirus Erkrankten und so weiter. Auch sie müssen Intensiv- und Beatmungsmedizin auf hohem Niveau betreiben. Dass nur wenige Maximalversorger die apparative Ausstattung, die fachlichen Kenntnisse und die Erfahrung besitzen, um eine fachgerechte Beatmungsmedizin zu gewährleisten, ist eine aus der Luft gegriffene Behauptung. Es ist im Gegenteil so, dass fachgerechte Beatmung die Basisqualifikation jeder Intensivstation ist. Ein Überblick über die apparative Ausstattung dieser Stationen und

die Qualifikationsnachweise der dort eingesetzten Ärzt\*innen und Pflegekräfte ließe sich leicht gewinnen, wenn er erwünscht wäre, und an die Stelle schlecht belegter oder fragwürdiger Behauptungen setzen.

Auf welcher unsicherer Grundlage beispielsweise die Kernaussage des «Richtungspapiers» steht, Grundversorger hätten nur eine untergeordnete Rolle in der Versorgung von Covid-19-Patient\*innen gespielt (und seien folglich überflüssig), zeigt ein «Faktencheck» des Klinikverbunds CLINOTEL vom 4. Februar 2021. CLINOTEL schreibt:

«Zur Perspektive der Grundversorger führt das [Richtungs-]Papier aus:

«Die Grundversorger spielen in der Versorgung von COVID-19-Patient:innen nur eine untergeordnete Rolle: Für die Bewältigung der Corona-Krise werden sie – sofern die Schwerpunkt-Krankenhäuser nicht vollkommen überlastet sind – nicht für die stationäre Behandlung von COVID-19-Patient:innen benötigt, da eine entsprechende

### COVID-19-Patienten der CLINOTEL-Mitgliedshäuser nach Notfallstufen (Jan.–Dez. 2020)

Notfallstufe der Standorte	Anzahl Fälle gesamt	Anteil Fälle nach Notfallstufen	Fälle COVID-19 (U07.1)	Fallzahlanteil COVID-19 nach Notfallstufen
0	57.017	5,6%	543	5,5%
1	302.097	29,8%	3.449	34,8%
2	359.986	35,5%	3.509	35,4%
3	295.441	29,1%	2.407	24,3%
<b>Gesamt</b>	<b>1.014.541</b>	<b>100%</b>	<b>9.908</b>	<b>100,0%</b>

qualifizierte Intensivbehandlung bzw. Beatmung bei dieser Erkrankung häufig nicht gewährleistet werden kann.»

Da der CLINOTEL-Geschäftsstelle seitens der Grundversorger-Mitgliedskliniken andere Rückmeldungen zur tatsächlichen Versorgungslage vorlagen, wurden die Fallzahlen der COVID-19-Patienten von Januar bis einschl. Dezember 2020 anhand der bereits vergebenen bzw. seitens der GKV-Spitzenverbandes veröffentlichten prognostischen Notfall-Versorgungsstufen ausgewertet. Danach sind von den CLINOTEL-Mitgliedskliniken 55 Standorte den Notfallstufen 0 und 1 und 33 Standorte den Notfallstufen 2 und 3 zugeordnet. In den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Verbandes werden rd. 6,7 Prozent aller stationären Patienten in Deutschland behandelt, also jeder 15. Patient.

Im Ergebnis lassen sich folgende Kernaussagen ableiten:

- 35 Prozent aller Patienten wurden in CLINOTEL-Mitgliedskliniken mit Notfallstufe 0 und 1 behandelt.

- 40 Prozent der COVID-19 Patienten wurden in Kliniken mit Notfallstufe 0 und 1 behandelt.

- 37 Prozent der Beatmungsstunden wurden in Kliniken mit Notfallstufe 0 und 1 erbracht.

Als Outcome-Parameter wurde die Sterblichkeitsrate der COVID-19 Patienten analysiert, die bei CLINOTEL-Mitgliedskliniken mit Notfallstufe 0 und 1 bei 16,9 Prozent liegt und bei den Versorgern mit den Notfallstufen 2 und 3 bei 17,4 Prozent. Ein Hinweis auf schlechtere Versorgungsqualität der Kliniken mit Notfallstufe 0 und 1 lässt sich daraus nicht ableiten.» (CLINOTEL 2020: 1 f.)

Ja, aber was ist mit dem «vereinzelt Beispiel» des Ernst-von-Bergmann-Klinikums in Potsdam? Ist diese Klinik nicht tatsächlich klein, schlecht und gefährlich? Beweist ihr Beispiel nicht eindrucksvoll, dass «Qualität vor Nähe» gehen muss? Auf der Homepage des Klinikums heißt es:

	Beatmungsstunden COVID-19	Anteil Beatmungsstunden COVID-19 nach Notfallstufen	CMI aDRG (2020)	Verweildauer Tage	Alter	PCCL
	19.518	7,2%	1,18	9,4	72	1,4
	80.661	29,9%	1,11	10,6	68	1,3
	100.394	37,3	1,21	10,1	66	1,2
	68.850	25,6%	1,44	11,5	67	1,6
	269.423	100,0%	1,23	10,6	67	1,3

«Das Klinikum EvB betreibt in Potsdam mehr als 1.100 Betten und bietet ein umfassendes medizinisches Leistungsspektrum in 29 Kliniken und Fachbereichen an. Jährlich werden hier über 2.000 Kinder geboren, 48.000 Menschen in der Notaufnahme erstversorgt und 39.500 Menschen finden stationäre Hilfe durch innovative Spitzenmedizin. Das Klinikum gehört zu den größten Arbeitgebern in der Metropolregion Berlin/Brandenburg.» (Selbstdarstellung auf der Homepage)

Das «kleinere Krankenhaus ohne entsprechende Ausstattung» ist also ein Haus der Maximalversorgung, das zweitgrößte in Brandenburg, und es wäre auch das zweitgrößte in Dänemark, dessen Zentralisierungsprojekt uns als Vorbild empfohlen wird. *Der Tagesspiegel* berichtete am 13. April 2020:

«Der Covid-19-Ausbruch im kommunalen Potsdamer Klinikum «Ernst von Bergmann»(EvB) hat schon jetzt dramatische Folgen: 28 Menschen sind seit dem 26. März in Brandenburgs zweitgrößtem Krankenhaus nach Infektion mit dem Coronavirus gestorben. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass sich viele von ihnen erst im Krankenhaus infiziert haben.

13 weitere Infizierte müssen derzeit auf der Intensivstation des Klinikums beatmet werden – und für die kommenden Wochen ist keine Entwarnung in Sicht. [...]

Ungewiss bleibt, wann das zweitgrößte Krankenhaus Brandenburgs, für das vergangene Woche [...] ein Aufnahmestopp verhängt wurde, wieder für die Normalversorgung zur Verfügung stehen kann.» (Metzner/Schicketanz 2020)

Das Robert Koch-Institut empfahl laut *Tagesspiegel*, aus der Not eine Tugend zu machen und «das 1.100-Betten-Klinikum zur zentralen Klinik für Covid-19-Patienten der Region oder sogar des ganzen Landes Brandenburg umzufunktionieren» (ebd.). Bürgermeister und Landesregierung lehnten ab. «Ministeriumssprecher Gabriel Hesse» wird so zitiert:

«Wir dürfen uns jetzt nicht nur auf Covid-19 fokussieren», so Hesse. Das Bergmann-Klinikum als Schwerpunktversorger sei aus Sicht des Ministeriums mit seinen zahlreichen Schwerpunktabteilungen nicht als reines Corona-Krankenhaus geeignet.» (Ebd.)

Statt immer wieder die Propagandafigur des kleinen Krankenhauses mit schlechter Ausstattung und schlechter Qualität zu bemühen, wäre es an der Zeit, einen realistischen Überblick darüber zu gewinnen, in welchen Krankenhäusern in welchem Umfang Leistungen der örtlichen, über-

örtlichen und überregionalen Versorgung erbracht werden. In einem zweiten Schritt könnte daraus in regionalen Gesundheitskonferenzen eine Krankenhausplanung entwickelt werden, die darauf ausgerichtet ist, die im Wildwuchs der Nachkriegszeit und im politisch verordneten Konkurrenzkampf der neoliberalen Ära entstandenen Strukturen mit dem Ziel einer guten, kooperativen und kostendeckend finanzierten Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln. Die regionalen Planungsideen sollten dann auf Ebene des Bundeslandes in einem Krankenhausplan zusammenge-

führt werden, der Kooperation statt Konkurrenz und Profit fördert.

Das Land NRW hat die «Maximalversorgung außerhalb von Maximalversorgern» bereits in seinen Krankenhausplänen 2001 und 2015 beschrieben und sie gebilligt und in seine Krankenhausplanung integriert. Dazu heißt es im «Krankenhausplan NRW 2015»:

«Im Krankenhausplan 2001 beschrieben ausgewiesene Teilgebiete, orientiert an den Weiterbildungsordnungen für Ärztin-

---

**DASS NUR WENIGE MAXIMALVERSORGER  
ENTSPRECHENDE AUSSTATTUNG UND  
KENNTNISSE FÜR EINE FACHGERECHTE  
BEATMUNG BESITZEN, IST EINE AUS DER  
LUFT GEGRIFFENE BEHAUPTUNG.**

---

nen und Ärzte, welche Krankenhäuser Angebote, deren Versorgungsauftrag über die örtliche Versorgung hinausging, für eine größere Region erbringen und damit auch abrechnen durften. So war 2001 eine Auflistung aufgenommen worden, die die Versorgungsangebote der örtlichen, überörtlichen bzw. überregionalen Versorgung zuordnete. Damals war bereits darauf verzichtet worden, Krankenhäuser in Gruppen einzuteilen, weil dies ausreichend trennscharf nicht möglich war. Auch seinerzeit ging das Land davon aus, dass ein Krankenhaus Angebote der örtlichen und überörtlichen Versorgung nebeneinander vorhalten kann, wenn dies dem Ziel eines flächendeckend gleichmäßigen Angebots besonders gerecht wird.» (MGEPA NRW 2013: 34)

## **2 GIBT ES IN DEN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN EINEN PFLEGENOTSTAND ODER NUR EINE SCHLECHTE VERTEILUNG DER PFLEGEKRÄFTE AUFGRUND EINER ANTIQUIERTEN KRANKENHAUSSTRUKTUR?**

Das «Richtungspapier» geht dieser Frage nach und entdeckt ein «Pflegefachpersonen-Verhältnis-Paradoxon»:

«Rückgang der stationären Fälle relativiert den Pflegenotstand und offenbart das deutsche Plegefachpersonen-Verhältnis-Paradoxon

Die Abbildungen 3.1 und 3.2 zeigen für 2018, dass in praktisch allen anderen EU-Ländern deutlich mehr Plegefachpersonal (aber auch ärztliches Personal) pro Fall vor-

handen ist, so in Dänemark und den Niederlanden das 2,6- bzw. 2,2-fache Plegefachpersonal bzw. das 2,2- bzw. 1,6-fache ärztliche Personal (s. Abbildung 3.1). [...] Was angesichts dieser Zahlen überrascht bzw. damit häufig nicht in Zusammenhang gebracht wird: Deutschland ist zugleich das Land mit der dritthöchsten Dichte von Plegefachpersonal pro Einwohner in der EU (hinter Dänemark und Finnland, s. Abbildung 3.3).

Dieses Plegefachpersonen-Verhältnis-Paradoxon ist mit der hohen Anzahl von stationären Fällen bzw. belegten Betten zu erklären, vor allem aufgrund der hohen Anzahl von Krankenhausbetten pro Einwohner – und in Verbindung mit den DRG-bedingten Vergütungsanreizen zur Fallzahlausweitung.» (Augurzký u. a. 2020: 31 f.)

Ist das «Plegefachpersonen-Verhältnis-Paradoxon» tatsächlich «mit der hohen Anzahl von stationären Fällen [...] auf Grund der hohen Anzahl von Krankenhausbetten» zu erklären?

Das Paradoxon muss nicht erklärt werden. Denn es existiert gar nicht. Die Autor\*innen der Studie haben das Verhältnis von Krankenhausplegefachpersonal zu Fällen und Belegungstagen in Vollzeitäquivalenten berechnet, ohne darauf explizit hinzuweisen. Die «dritthöchste Dichte von Plegefachpersonal pro Einwohner in der EU» haben sie dann in «Köpfen» berechnet, ohne die unterschiedliche Berechnungsgrundlage kenntlich zu machen (vgl. OECD 2021, dort heißt es: «Data (head count rounded to the nearest thousand) contain the number of nurses [...]»). Da die Mehrzahl der «prakti-

zierenden Pflegefachpersonen» in der BRD Teilzeitkräfte sind und die Zahl der Teilzeitkräfte im internationalen Vergleich sehr hoch ist, steht Deutschland bei einem Köpfe-Vergleich «falsch positiv» da.

Die Bertelsmann Stiftung, die das «Richtungspapier» mit erarbeitete, veröffentlichte im Jahr 2017 einen «Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus», in dem das Krankenhauspflegepersonal (in Vollzeit-äquivalenten) nicht nur zu Fällen und Belegungstagen ins Verhältnis gesetzt wurde, sondern auch zur Einwohnerzahl. Die Bundesrepublik kam dabei auf Platz 12 von 17 OECD-Staaten und stand ähnlich schlecht da wie bei den anderen Vergleichen (Bertelsmann Stiftung 2017: 46 ff.). Dass es kein «Pflegefachpersonen-Verhältnis-Paradoxon» gibt, müsste den Autor\*innen des «Richtungspapiers» also bekannt sein. Es wäre ja auch erstaunlich, wenn die Summe aus schlecht besetzten Krankenhauspflegediensten, schlecht besetzten Pflegediensten der Pflegeheime und schlecht besetzten ambulanten Pflegediensten – Simsalabim – eine Spitzenposition in Europa ergäbe.

### **3 WER SOLL DIE «AMBULANTISIERTEN» PATIENT\*INNEN ZUKÜNFTIG VERSORGEN? WIE SOLL DIESE VERSORGUNG GEPLANT UND VERGÜTET WERDEN?**

Stationäre Fallzahlen zu begrenzen bedeutet, dass zahlreiche Patient\*innen in anderen Strukturen behandelt werden müssen. Das «Richtungspapier» schlägt vor, diese

Menschen in «ambulant-stationären» Einrichtungen zu behandeln, die es als «integrierte Versorgungszentren» (IVZ) bezeichnet.

«Ein solches IVZ kann je nach den spezifischen Erfordernissen vor Ort unterschiedlich ausgestaltet sein. Je nach Umfang der Aufgaben kann es Betten führen, muss es aber nicht. Dabei ist die Bettenzahl nicht nach oben beschränkt. Es kann grundsätzlich auch sehr große IVZ geben, wenn aus Gründen der flächendeckenden Versorgung der im IVZ enthaltene Grundversorger eine entsprechende Größe haben muss. Typischerweise dürfte die Bettenzahl jedoch klein sein.» (Augurzky u. a. 2020: 43)

«Diese Leistungsanbieter würden in der Regel keine komplexen Notfälle versorgen, jedoch tagsüber eine gewisse Form der Basis-Notfallversorgung (ohne Wahrscheinlichkeit einer stationären Behandlung) anbieten. Fachärzt:innen für die ambulante und stationäre Betreuung wären für ca. 12 h verfügbar und darüber hinaus nur in Bereitschaft, während pflegerisches Personal 24/7 anwesend ist (d. h. wie derzeit in fast allen Krankenhäusern üblich).» (Ebd.: 36)

Mit anderen Worten: Die ambulante Behandlung der vormals stationären Patient\*innen soll den stillgelegten Krankenhäusern übertragen werden, die zu diesem Zweck als IVZ fortgeführt werden sollen. Um wie viele Patient\*innen geht es? Können die neuen IVZ diese Aufgabe allein bewältigen? Dazu führen die Autor\*innen aus:

«Die im internationalen Vergleich hohe Zahl stationärer Leistungen in Deutschland [...] und weitere Analysen weisen auf ein großes Potenzial zur ambulanten Leistungserbringung hin. Die bestehende Sektorengrenze erlaubt es bislang jedoch nicht, dieses Potenzial in Gänze zu realisieren (lt. Sundmacher et al., 2015 sind etwa 20 Prozent der Krankenhausleistungen vermeidbar).» (Ebd.: 40 f.)

20 Prozent der 19,4 Millionen jährlichen Behandlungsfälle der Krankenhäuser wären knapp 3,9 Millionen Fälle, die den IVZ zugewiesen würden. Hinzu käme ein großer Teil der 8,4 Millionen ambulanten Behandlungen in Krankenhausambulanzen (Zahl aus 2015; vgl. Busse 2019), also bis zu 12 Millionen Patient\*innen jährlich.

Ob die in IVZ umgewandelten Krankenhäuser diese Behandlungen gewährleisten könnten, kann nicht beantwortet werden, solange die durchschnittliche Behandlungshäufigkeit und -dauer der 3,9 Millionen angeblich ambulantisierbaren Patient\*innen und die Dauer der 8,4 Millionen ambulanten Krankenhausbehandlungen nicht bekannt sind. Die Erfahrungen anderer Länder (z. B. Schweden, Niederlande, Spanien oder Slowenien) sprechen jedoch dafür, dass ein größerer Abbau von Krankenhauskapazitäten nur dann möglich ist, wenn es flächendeckend überwiegend kommunal betriebene Primärversorgungs- oder Gesundheitszentren gibt, die im ambulanten System der Bundesrepublik bisher nicht vorkommen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass sich die Patientenversorgung in den IVZ nicht wesent-

lich von der jetzigen unterscheiden würde, weil es sich ja um die gleichen 3,9 Millionen Menschen mit den gleichen Krankheiten handeln würde, dass sie aber schlechter vergütet würde. Dazu gibt es Pläne:

«Die derzeit zum Teil große Vergütungsdivergenz zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung bei ambulant-sensitiven stationären Fällen oder anderen stationären Tagesfällen führt dazu, dass die Ambulantisierung nur zögerlich realisiert wird. Um sie zu befördern, braucht es daher sektorenübergreifende Vergütungsmodelle. [...] Darunter fallen Hybrid-DRGs, eine Abkehr vom «Einhaus-Ansatz» der DRG-Kalkulation oder eine Ausgliederung der Kosten für ärztliche Weiterbildung («Rucksackmodell»).» (Augurzky u. a. 2020: 50)

Hybrid-DRGs sind Fallpauschalen für die integrierte Versorgung, die bei gleicher Erkrankung und gleicher Therapie zu niedrigeren Bewertungsrelationen führen als die stationären Fallpauschalen, also zu geringerer Vergütung. Der Bundesverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) erläutert sein Modellprojekt «Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen» in einer Presseerklärung vom 30. August 2018 unter der Überschrift «BDC-Modellprojekt: einheitliche Vergütung ambulant und stationär» wie folgt:

«Pauschalisierung, Privatisierung, Wettbewerbsförderung und kontinuierliche Eingriffe des Gesetzgebers haben bisher nicht dazu geführt, dass Kosten nachhaltig reguliert werden. In den letzten Jahrzehnten sind durch die unterschiedliche Vergütung von Kliniken und Praxen Anreizsysteme

me entstanden. «Diese Anreize wirken sich nachteilig auf die Patientenversorgung aus und mit höheren Kosten auch negativ auf die Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten», erklärt Dr. med. Stephan Dittrich, der das Modellprojekt «Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen» leitet und maßgeblich gestaltet. «Eingriffe – egal ob ambulant oder stationär durchgeführt – müssen bei gleicher Indikation und Qualität daher gleichermaßen vergütet werden! So würde künftig auch unnötigen Operationen und «falschen» Anreizen vorgebeugt.» (BDC 2018)

Eine gleiche Vergütung für vergleichbare ambulante und stationäre Eingriffe wäre nur dann gerechtfertigt, wenn auch die Arbeitsorganisation und die Versorgungsstrukturen angeglichen werden würden, wenn also die ambulanten Einrichtungen an sieben Tagen der Woche rund um die Uhr für geplante und Notfallbehandlungen zur Verfügung stünden. Dann aber könnte die Vergütung kaum geringer ausfallen als bisher, weil in beiden Sektoren ähnlich hohe Kosten entstünden.

Neben den Hybrid-DRGs bewirbt das «Richtungspapier» Regionalbudgets:

«Eine weitere Option sind sogenannte Regionalbudgets. Sie setzen nicht bei der Vergütung des einzelnen Falls an, sondern umfassen alle Fälle einer Region. Sie könnten eine Option insbesondere für den ländlichen Raum sein. In diesem Modell erhält eine Region auf Grundlage ihrer Bevölkerungs-, Morbiditäts- und Siedlungsstruktur ein Budget für die Gesundheitsversorgung, das zumindest die ambulante und stationä-

re fachärztliche Grundversorgung umfasst. Die Leistungserbringer in der Region stellen damit die Versorgung der Bevölkerung sicher. Für Leistungserbringer entsteht auf diese Weise ein starker Anreiz, stationäre Leistungen möglichst zu vermeiden, um Kosten zu sparen.» (Augurzky u. a. 2020: 50)

«Regionalbudgets» sind frei ausgehandelte Flatrates für die stationäre und ambulante Versorgung großer Bevölkerungsgruppen, wie es sie in Spanien und den USA in einigen Landesteilen bereits gibt. Erfahrung mit ihrer Handhabung hat über seine spanische Krankenhaussparte (Helios Spanien, Quironsalud) in der Bundesrepublik allein der Fresenius-Konzern. In einer Pressemitteilung von Fresenius Helios vom 5. November 2020 wird der neue Vorsitzende der Geschäftsführung, Dr. Francesco De Meo, so zitiert:

«Unser Ziel ist es, übergreifende Initiativen und Projekte konsequent voranzutreiben», so De Meo. Mit Blick auf die Weiterentwicklung des Gesundheitsmarktes in Deutschland sei es wichtig, neue ambulante Geschäftsfelder und arbeitsmedizinische Angebote unter Einbindung der Erfahrungen aus Spanien weiter auszubauen. [...] Dabei gehe es in Deutschland zum Beispiel um die Entwicklung integrierter Gesundheitsversorgungsmodelle für räumlich definierte Versorgungsgebiete nach dem Vorbild anderer europäischer Länder wie Spanien, sagte De Meo.» (Helios 2020)

In einem von Herrn Dr. De Meo mitunterzeichneten Papier unter dem Titel «Verän-

derung ermöglichen – Gesundheitsversorgung regional und patientenorientiert weiterentwickeln» formulierte Helios im August 2021 gemeinsam mit anderen Krankenhausträgern und dem AOK-Bundesverband «Leitplanken zur Entwicklung einer sektorenenunabhängigen Versorgung» (Helios u. a. 2021). Sie sehen die Entmachtung der Bundesländer in der Krankenhausplanung vor. Die Vergabe von ambulanten und die Zuweisung von stationären Versorgungsaufträgen soll einem Gremium aus Vertreter\*innen der Krankenkassenverbände, der niedergelassenen Ärzt\*innen und der Krankenhäuser übertragen werden, deren Entscheidungsfindung die für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländer moderieren dürfen («in der Funktion eines unparteiischen Vorsitzenden») (ebd.: 4). Dieses «3+1-Gremium übernimmt die Sicherstellung der Versorgung». Die Idee der regionalen Flatrates wird weiterentwickelt zur Vorstellung von «kollektiven und selektiven regionalen Verträgen, mit denen regional angepasste Versorgungs- und Vergütungsgestaltungen vereinbart werden können» (ebd.), also mehrere unterschiedliche Flatrates.

Hier der «Leitplanken»-Text im Wortlaut:

«6.1. Planung: Die regionale Planung wird in einem neuen, sektorenübergreifenden Gremium analog zur Besetzung des G-BA zusammengeführt. Dieses Gremium wird mit Vertretern der Krankenkassenverbände, Vertretern der niedergelassenen Ärzte und Vertretern der Krankenhäuser besetzt. Die Landesbehörde wird in der Funktion eines unparteiischen Vorsitzenden des Gremiums planerisch beteiligt (3+1-Gremium). 6.2. Sicherstellung: Das 3+1-Gremium übernimmt die Sicherstellung der Versorgung. Dafür werden Versorgungsaufträge ausgeschrieben und vergeben (ambulant) bzw. zugewiesen (stationär). Die Übernahme der Versorgungsaufträge erfolgt durch Leistungserbringer oder andere geeignete «Auftragnehmer» (Managementgesellschaften, KVen, Krankenhäuser, Leistungserbringergemeinschaften). Hierbei werden unterschiedliche Wettbewerbsmodelle möglich. Einbindung der Leistungserbringer durch kollektive und selektive regionale Verträge, mit denen regional angepasste Versorgungs- und Vergütungsgestaltungen vereinbart werden können.» (Ebd.)

---

**HYBRID-DRGS SIND FALLPAUSCHALEN FÜR  
DIE INTEGRIERTE VERSORGUNG, DIE BEI GLEICHER  
ERKRANKUNG UND GLEICHER THERAPIE GERINGERE  
VERGÜTUNGEN VORSEHEN.**

---

#### 4 WIE SOLL DIE NEUE «HIERARCHISCHE KRANKEN- HAUSSTRUKTUR» AUSSEHEN?

Unter der Überschrift «Koordination, Kooperation und Konzentration als Leitplanken für eine neue Krankenhausstruktur» beschreibt das «Richtungspapier» die neue ausgedünnte «Krankenhauslandschaft» – danach müssten alle Krankenhäuser unter 400 Betten geschlossen werden!

«Im Ergebnis zeichnet sich eine hierarchische Krankenhausstruktur mit drei Versorgungsstufen ab [...]. Auf der obersten Stufe 3 wäre die Maximalversorgung angesiedelt [...]. Zu dieser Stufe zählen die Universitätskliniken und ausgewählte, überregional notwendige Maximalversorger, jeweils zuständig für ein Gebiet zwischen ca. 1 und 1,7 Millionen Einwohner:innen.» (Augurzyk u. a. 2020: 36)

Das würde bedeuten: In Köln, einer Stadt mit 1,1 Millionen Einwohner\*innen und zwei Maximalversorgern (Uni-Klinik und Städt. Kliniken) müsste einer dieser Maximalversorger schließen. In Berlin mit 3,6 Millionen Einwohner\*innen dürften Charité und Vivantes weiter nebeneinander bestehen. Bundesweit dürfte es 50 bis 80 Maximalversorger geben.

«Auf der zweiten Stufe stehen Krankenhäuser der «neuen» regionalen Regelversorgung für ca. 200.000 bis 250.000 Einwohner. Krankenhäuser auf dieser Versorgungsstufe sollten in der Lage sein, Patient:innen mit den relevantesten Erkrankungen in ihrer Region zu versorgen. [...] Diese Standorte würden über intensivmedizinische und ra-

diologische Abteilungen, Stroke Unit und Herzkatheter verfügen.» (Ebd.)

Bundesweit dürften neben den 50 bis 80 Häusern der Maximalversorgung 320 bis 400 weitere Krankenhäuser bestehen bleiben. Mindestens 1.434 der 1.914 Krankenhäuser müssten geschlossen werden. Es würden also nicht nur sehr kleine Krankenhäuser stillgelegt, sondern alle Krankenhäuser mit weniger als 400 Betten – zugunsten des politisch erwünschten Konkurrenzkampfs der großen privaten und kirchlichen Krankenhauskonzerne und der staatlichen Maximalversorger. Das Ziel ist die Konzentration von Krankenhauskapital auf zeitgemäßem, mit der Industrie vergleichbarem Monopolisierungsniveau.

Im Jahr 2019 versorgten die Krankenhäuser mit weniger als 400 Betten 7.679.791 Patient\*innen (= 39,57 Prozent der Fälle) an 56.834.121 Belegungstagen (= 40,80 Prozent der Belegungstage). Wenn 20 Prozent dieser Fälle «ambulantisiert» und den IVZ zugewiesen würden, blieben mehr als sechs Millionen Fälle, die in den verbleibenden 400 bis 500 Krankenhäusern zusätzlich behandelt werden müssten, im Austausch mit deren etwa 2,4 Millionen ambulantisierbaren Patient\*innen.

Wer soll diese Behandlungen durchführen? Werden die Beschäftigten der stillgelegten Krankenhäuser in die IVZ wechseln? In den ambulanten Sektor? Werden (möchten) sie in den verbleibenden Krankenhäusern arbeiten? Werden sie die Bundesrepublik verlassen? Werden sie ihren Job aufgeben? Wurden sie dazu schon mal befragt? Kein Wort dazu im «Richtungs-

papier». Es gibt keinen Plan für die gewaltigste Veränderung in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens.

## 5 VORBILD DÄNEMARK?

Abschließend eine Bemerkung dazu, dass Bertelsmann, Barmer und Robert Bosch Stiftung immer wieder die Krankenhauszentralisierung nach dänischem Vorbild zur Nachahmung empfehlen: Nicht nur in Dänemark, sondern auch in Norwegen und Schweden kann der Staat seine Leitgedanken zur Krankenhausplanung umsetzen, weil fast alle Krankenhäuser staatlich sind. In einem System aus öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern würde Zentralisierung jedoch bedeuten, den Konkurrenzkampf dieser drei Sektoren noch weiter zu verschärfen. Bestenfalls kann der Anreiz, «Gegner» in die Insolvenz zu treiben, sie auszuschalten oder aufzukaufen, durch ein Selbstkostendeckungssystem, das Gewinnerzielung unmöglich macht, abgemildert werden. Jede weitergehende Umgestaltung der Krankenhausstrukturen im Sinne der Patient\*innen und der Gesundheitsarbeiter\*innen, jede demokratische und bundesweit aufeinander abgestimmte Veränderung der Krankenhausstrukturen, die den Konkurrenzkampf der Krankenhäuser durch planvolle Kooperation ersetzen würde, erfordert die Änderung der Eigentumsverhältnisse – Kommunalisierung und Rekommunalisierung, in Einzelfällen auch die Überführung in Landes- und Bundeseigentum. So wie in Dänemark.

---

**DAS ZIEL IST, DIE KRANKENHAUSLANDSCHAFT AUF GROSSE PRIVATE UND KIRCHLICHE KLINIKKONZERNE ZU KONZENTRIEREN.**

---

## LITERATUR

**Augurzky, Boris/Busse, Reinhard/Gerlach, Ferdinand/Meyer, Gabriele (2020):**

Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren, hrsg. von Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg), Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung, Berlin/Gütersloh/Stuttgart, unter: [www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischenbilanz-nach-der-ersten-welle-der-corona-krise-2020-all](http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischenbilanz-nach-der-ersten-welle-der-corona-krise-2020-all).

**BDC – Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (2018):**

BDC-Modellprojekt: einheitliche Vergütung ambulant und stationär, Pressemitteilungen, 30.8.2018, unter: [www.bdc.de/bdc-modellprojekt-einheitliche-verguetung-ambulant-und-stationaer/](http://www.bdc.de/bdc-modellprojekt-einheitliche-verguetung-ambulant-und-stationaer/).

**Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2017):** Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland, Gütersloh, unter: [www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_FC\\_Pflegepersonal\\_final.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Pflegepersonal_final.pdf).

**Busse, Reinhard (2019):** 330 reichen aus. Argumente für eine neue Krankenhaus-Struktur, Folie 18, AOK-Forum live, Potsdam, 18.11.2019, unter: [www.migtu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2019\\_lectures/2019-09-11\\_Busse-330reicht.pdf](http://www.migtu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2019_lectures/2019-09-11_Busse-330reicht.pdf).

**CLINOTEL-Krankenhausverbund (2020):** CLINOTEL-Faktencheck zum Richtungspapier der Bertelsmann Stiftung u. a., Presse-

mitteilung, 4.2.2020, unter: [www.clinotel.de/media/faktencheck-corona-notfallstufen-stand-2021-02-04.pdf](http://www.clinotel.de/media/faktencheck-corona-notfallstufen-stand-2021-02-04.pdf).

**Helios (2020):** Dr. Francesco De Meo übernimmt Vorsitz der Helios Geschäftsführung von Franzel Simon, Pressemitteilung, 5.11.2020, unter: [www.helios-gesundheit.de/unternehmen/aktuelles/pressemitteilungen/detail/news/dr-francesco-de-meo-uebernimmt-vorsitz-der-helios-geschaeftsfuehrung-von-franzel-simon/](http://www.helios-gesundheit.de/unternehmen/aktuelles/pressemitteilungen/detail/news/dr-francesco-de-meo-uebernimmt-vorsitz-der-helios-geschaeftsfuehrung-von-franzel-simon/).

**Helios/Bezirkskliniken Mittelfranken/Diakoneo/AOK-Bundesverband (2021):**

Veränderung ermöglichen – Gesundheitsversorgung regional und patientenorientiert weiterentwickeln, Positionspapier, 24.8.2021, unter: [www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/positionspapiere/veraenderung\\_ermoeeglichen\\_aok\\_240821.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/positionspapiere/veraenderung_ermoeeglichen_aok_240821.pdf).

**Metzner, Thorsten/Schicketanz, Sabine**

**(2020):** Corona-Hotspot in Potsdam, in: Der Tagesspiegel, 13.4.2020, unter: [www.tagesspiegel.de/berlin/corona-hotspot-in-potsdam-der-kampf-gegen-das-toedliche-chaos-am-bergmann-klinikum/25737322.html](http://www.tagesspiegel.de/berlin/corona-hotspot-in-potsdam-der-kampf-gegen-das-toedliche-chaos-am-bergmann-klinikum/25737322.html).

**MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013):**

Krankenhausplan NRW 2015, Düsseldorf, unter: [www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/20130725\\_krankenhausplan\\_nrw\\_2015.pdf](http://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/20130725_krankenhausplan_nrw_2015.pdf).

**OECD (2021):** OECD Health Statistics 2021. Definitions, Sources and Methods Practising nurses, unter: <https://stats.oecd.org>.



Herausgeber\*innen

# FAZIT: EINE BEDARFSGERECHTE UND QUALITATIV HOCHWERTIGE VERSORGUNG IST MIT DEM «MODELLPROJEKT NRW» NICHT ZU HABEN

Im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition von 2021 ist Folgendes zu Krankenhausplanung und -finanzierung zu lesen: «Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demografischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt.»<sup>5</sup>

Wir hoffen, dass wir den Leser\*innen dieser Broschüre verdeutlichen konnten, was in solchen Formulierungen auch stecken kann, nämlich eine mit positiven Bildern und Begriffen arbeitende Ankündigung ei-

ner Zentralisierung (und damit einhergehenden Privatisierung) der Krankenhäuser und einer Ambulantisierung von bisher stationär durchgeführten Behandlungen geradezu mit der Abrissbirne. Die Argumentation der Wissenschaftler\*innen, die uns die Zentralisierung schmackhaft machen und mit vermeintlich plausiblen Zahlen belegen sollen, zu hinterfragen und auch zum Teil zu widerlegen ist Zweck dieser Texte. Die Kritik richtet sich nicht gegen Zahlen und Fakten, sondern gegen deren Einordnung in einen vorher festgelegten Begründungszusammenhang, also gegen die einseitige Auslegung und Indienstnahme von Zahlen und Fakten für politische und wirtschaftliche Interessen. Man will uns einreden, dass es sich bei der großen Anzahl an kleinen und mittleren Krankenhäusern, die oft auch sehr aufwendige, «komplexe» Leistungen anbieten, nicht um ein leis-

5 Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, 24.11.2021, S. 86, unter: [www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf](http://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf).

tungsfähiges, dichtes Versorgungsnetzwerk handelt, sondern um das Gegenteil: eine skandalöse, teure Ansammlung von Gefahrenquellen. Und man will uns einreden, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Zentralisierungsgrad eines Krankenhauswesens und der Versorgungsqualität sowie der Sterblichkeit gäbe.

Wir hoffen, dass unsere Broschüre dazu beiträgt zu erkennen, dass das abwegig ist und dass Krankenhausmortalität und Versorgungsqualität von vielen sozialen und gesellschaftlichen Umständen, von technischen Voraussetzungen, Umweltbedingungen und insbesondere von der Qualität der Ausbildung und den Arbeitsbedingungen der Gesundheitsarbeiter\*innen abhängen.

Achim Teusch hat versucht, genau nachzuschauen. Das Ergebnis sieht für die kritisierten Wissenschaftler\*innen nicht besonders gut aus: Die Fadenscheinigkeit vieler Argumentationen wird offensichtlich und einige ihrer Schlussfolgerungen dürfen nicht nur bezweifelt werden, sondern als unbewiesen und zum Teil sogar als widerlegt gelten. Ebenso ist gezeigt, dass hier mangels Kenntnis der Regionen und Strukturen analytische Fehlschlüsse gezogen und Tatsachen behauptet werden, wo Hypothesen hätten weiterverfolgt werden müssen, um überhaupt zu einer stichhaltigen Analyse zu kommen.

Wir üben aber nicht nur Kritik. Aus der Kritik erwachsen auch Forderungen, die die Diskussion um Utopien von einem demokratisch geplanten und gesteuerten, be-

darfsgerechten und sektorenübergreifenden Gesundheitswesen befeuern werden. Dabei muss man nicht alle Positionen teilen, die hier vertreten werden. Festhalten sollte man aber an dem Anspruch auf ein höheres Niveau und eine größere Realitätsnähe der wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzung um das Krankenhauswesen der Zukunft.

Das Weitere wird wohl nicht am Schreibtisch entschieden werden, sondern auch davon abhängen, was sich die Bevölkerung noch weiter an neoliberalen «Reformen» gefallen lässt. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern glauben die neoliberalen Thesen schon lange nicht mehr; sie haben sich auf den Weg gemacht für bessere Arbeitsbedingungen und ein anderes Gesundheitswesen. Die Auseinandersetzung

werden hart, das haben die Kämpfe in Berlin im Herbst 2021 gezeigt. In Nordrhein-Westfalen haben sich die Kolleg\*innen noch mehr vorgenommen. Ihnen gilt unsere Solidarität.

**Peter Hoffmann**

Mitglied im erweiterten Vorstand des Vereins demokratischer Ärzt\*innen

**Nadja Rakowitz**

Stellvertretende Vorsitzende im Solidarischen Gesundheitswesen e.V.

**Julia Dück**

Referentin im Institut für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung

---

**DIE VERSORGUNGSQUALITÄT HÄNGT VON VIELEN UMSTÄNDEN UND INSBESONDERE DER QUALITÄT DER ARBEITSBEDINGUNGEN AB – NICHT NUR VON DER GRÖSSE EINES KRANKENHAUSES.**

---



# ZU AUTOR UND HERAUSGEBER\*INNEN

## ZUM AUTOR

**Achim Teusch** ist Arzt und lebt in Hennef bei Köln. Er ist Mitglied des Vereins demokratischer Ärzt\*innen seit dessen Gründung, war in der Gewerkschaft ÖTV und ist jetzt bei ver.di aktiv und war lange Betriebsratsvorsitzender eines erst kommunalen, dann privatisierten mittelgroßen Krankenhauses im Raum Köln/Bonn. Er ist beteiligt am Kampagnenbündnis Krankenhaus statt Fabrik.

## ZU DEN HERAUSGEBER\*INNEN

**Julia Dück** ist Referentin für soziale Infrastrukturen, verbindende Klassenpolitik, Gesundheit und Care am Institut für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Sie hat an der Friedrich-Schiller-Universität Jena zu Kämpfen um Sorgearbeit und der Krise der sozialen Reproduktion promoviert und engagiert sich in feministischen Kämpfen und solchen um soziale Infrastrukturen.

**Peter Hoffmann** ist Anästhesist und Intensivmediziner an einer kommunalen Klinik in München. Er beteiligt sich an einer kollektiven Anstrengung des Vereins demokratischer Ärzt\*innen und des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik an Kritik und Widerstand gegen das Fallpauschalensystem in Deutschland.

**Nadja Rakowitz** ist Sozialwissenschaftlerin und arbeitet als Geschäftsführerin beim Verein demokratischer Ärzt\*innen. Sie ist aktiv im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, arbeitet freiberuflich in der Bildungsarbeit bei ver.di und ist im Vorstand des Solidarischen Gesundheitswesens e. V.



# WEITERE PUBLIKATIONEN



Alejandra Santillana Ortíz, Flora Partenio  
und Corina Rodríguez Enríquez  
**„WENN UNSER LEBEN NICHTS  
WERT IST, DANN PRODUZIERT  
DOCH OHNE UNS“**  
Feministische Überlegungen  
zu ökonomischer Gewalt  
September 2021  
63 Seiten

Download und Bestellung unter:  
[www.rosalux.de/publikation/id/44979](http://www.rosalux.de/publikation/id/44979)



Julia Dück und Julia Garscha (Hrsg.)  
**AUS SORGE KÄMPFEN**  
Von Krankenhausstreiks,  
Sicherheit von Patient\*innen  
und guter Geburt  
luxemburg beiträge Nr. 9  
Februar 2022  
96 Seiten  
ISSN 2749-0939

Download und Bestellung unter:  
[www.rosalux.de/publikation/id/45949](http://www.rosalux.de/publikation/id/45949)

## IMPRESSUM

luxemburg beiträge Nr. 10

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel

Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · [www.rosalux.de](http://www.rosalux.de)

ISSN 2749-0939 · Redaktionsschluss: März 2022

Titelmotiv: picture alliance/dpa/dpa-Zentralbild | Jan Woitas

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100 % Recycling

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung.

Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.

**Das Fallpauschalensystem zur Finanzierung der Krankenhäuser ist mit dem Ziel eingeführt worden, den «Krankenhausmarkt zu bereinigen».**

**Da dies nicht gelungen ist, sollen nun mithilfe staatlicher Planung die Zentralisierung und Konzentration der Krankenhauslandschaft durchgesetzt werden. Die Folgen: Das dichte Versorgungsnetz wird zerstört und es entstehen hohe Kosten für den Aufbau zentralistischer Strukturen. Zugleich wird der Privatisierungsprozess neu belebt und die Konkurrenz der großen privaten, kirchlichen und staatlichen Krankenhauskonzerne weiter angeheizt.**

Achim Teusch

