KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Informationen zur Krankenhausplanung NRW

Achim Teusch 30.05.2022

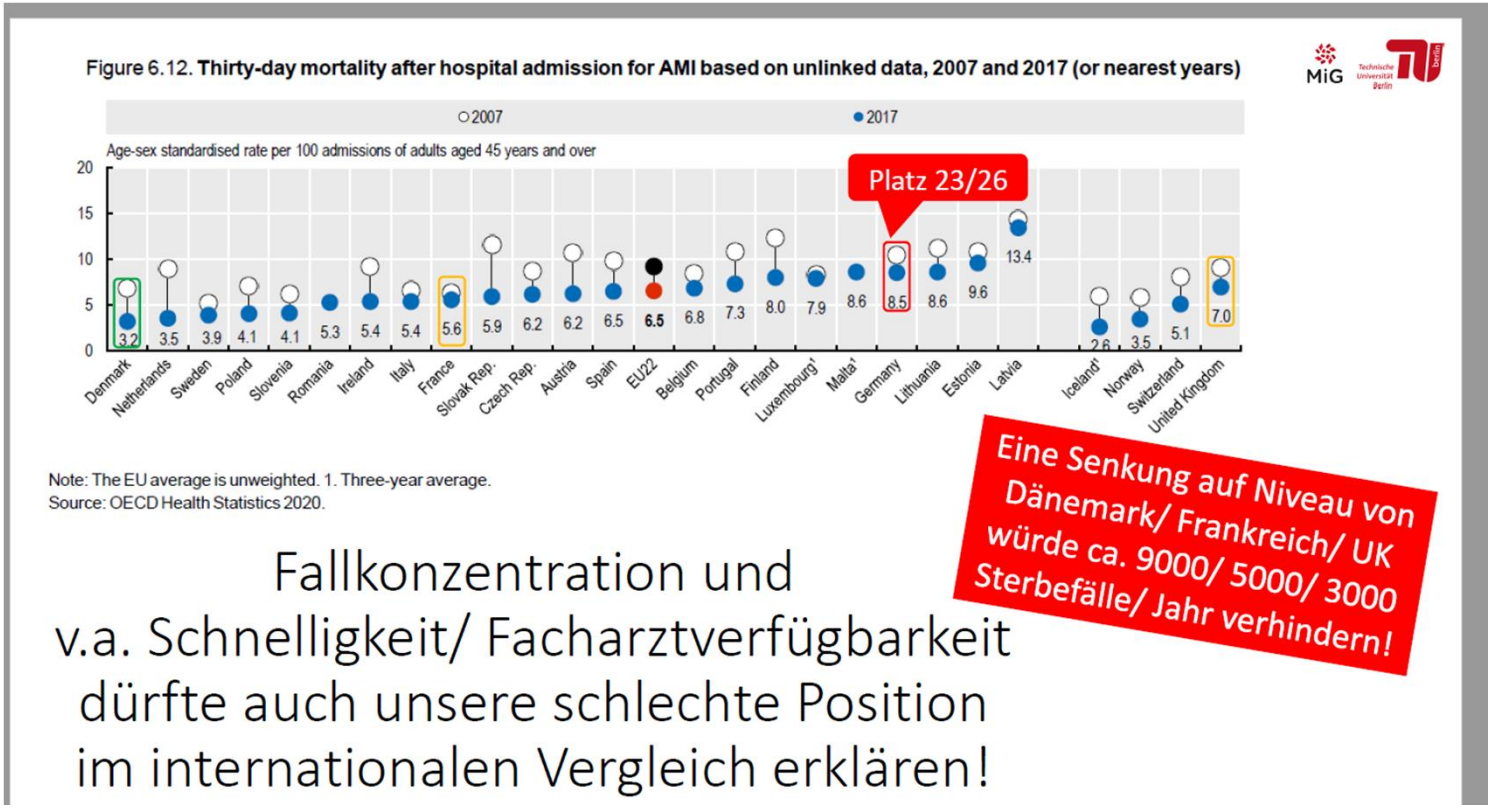
KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

„Qualität vor Nähe“: Hat die Struktur des Krankenhauswesens einen messbaren Einfluss auf die Versorgungsqualität?

Eine kontrovers diskutierte Studie der Bertelsmann Stiftung kam zu dem Schluss, dass viele deutsche Krankenhäuser zu klein sind und nicht über die nötige Ausstattung verfügen, um Notfälle wie z. B. Herzinfarkte oder Schlaganfalle angemessen zu versorgen (Böcken, 2019; Loos et al., 2019). Im Kontext der COVID-19-Pandemie unterstrichen die Autoren noch einmal, dass es auch und gerade für die Versorgung schwieriger Fälle wichtig sei, über weniger, aber dafür besser ausgestattete und stärker spezialisierte Kliniken zu verfügen, da so gewährleistet werden könne, dass jedes Krankenhaus „mit der erforderlichen Medizintechnik, aber vor allem mit hinreichend verfügbarem, qualifizierten Personal ausgestattet“ sei (Böcken, 2019). Prof. Jonas Schreyögg (Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) betont zudem, dass für die Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten sehr spezifische Kenntnisse in Infektiologie sowie für die Beatmung erforderlich seien und diese vor allem bei Universitätskliniken und Maximalversorgern vorhanden seien. Diese wiederum hätten jedoch zu wenige Intensivpflegerinnen und -pfleger, weil das Personal auf zu viele Kliniken verteilt sei.

Bericht Enquêtekommission Landtag NS, Hannover, 22.02.2021, S. 78

Super-Krankenhäuser = Super-Herzinfarktbehandlung?



Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Norwegen: Regionale Zusammenschlüsse

In 2012, there were 21 public hospital trusts in Norway, with over 100 hospital facilities. One hospital trust can cover a vast geographical area (e.g. in Nordland county, the distance between hospitals is more than 500 kilometres). Hospitals are mainly situated in urban areas but some smaller local hospitals are located in remote areas. …

The size of the hospital trusts varies, the smallest being Sunnaas trust with 159 beds and the largest Oslo University Hospital with almost 2000 beds (both in the South-Eastern RHA). Six trusts have more than 1000 hospital beds, 8 have between 500 and 1000 beds, and 8 have fewer than 500 beds.

Schweden: 3-stufig

Stationäre Versorgung

In Schweden existieren in der stationären Versorgung **drei Stufen**.

Circa 40 von den Landtagen betriebene **Distriktkrankenhäuser** mit einer durchschnittlichen Größe von 151 Betten (2001) sind in der stationären "Grundversorgung" tätig.

Daneben betreiben die Landtage jeweils ein **Zentralkrankenhaus** mit zusätzlichen Fachabteilungen und durchschnittlich 458 Betten (2001).

Sehr komplizierte Fälle oder seltene Erkrankungen werden in **Regionalkrankenhäusern** versorgt. Jeweils mehrere Landtage sind zu einer von sechs Regionen mit zwischen ein bis zwei Millionen Einwohnern zusammengeschlossen. Ein Landtag betreibt das Regionalkrankenhaus. Die anderen Landtage erstatten die Kosten für die Behandlung ihrer Einwohner.

Dänemark: Supermittelgewicht

TABELLE 8: **Krankenhäuser und Kapazitäten in den dänischen Regionen**

Region	Anzahl Krankenhausbetten im Januar 2019	Anzahl Krankenhausbetten im Januar 2020	Ew. in 2020	Betten pro 100.000 Ew.
Hauptstadtregion	5.268	5.204	1.822.659	286
Amager og Hvidovre Hospital	644	640		
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	512	461		
Bornholms Hospital	96	90		
Herlev og Gentofte Hospital	969	960		
Hospitalerne i Nordsjælland	551	606		
Rigshospitalet	1.320	1.272		
Somatische Betten		4.029		
Region Mittelljütland	2.765	2.691	1.313.596	205
Aarhus Universitetshospital	848	819		
Hospitalsenhed Midt	507	484		
Hospitalsenheden Vest	406	395		
Regionshospitalet Horsens	243	234		
Regionshospitalet Randers	225	224		
Somatische Betten		2.15		
Region Nordjütland	1.298	1.289	589.148	219
Aalborg Universitetshospital	707	705		
Aalborg Universitetshospital, Thisted	72	66		
Regionshospital Nordjylland	15	15		
Regionshospital Nordjylland Ven	238	233		
Somatische Betten		1.019		
Region Seeland	2.043	1.983	835.024	238
Holbaek sygehus	344	326		
Nykøbing Falster Sygehus	255	264		
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	421	413		
Sjællands Universitetshospital	640	575		
Somatische Betten		1.578		
Region Süddänemark	2.889	2.816	1.220.763	231
Kolding Sygehus	316	314		
OUH Odense Universitetshospital	1.006	964		
Sydvestjysk Sygehus	371	373		
Sygehus Sønderjylland	334	325		
Veile Sygehus	287	274		
Somatische Betten		2.250		

Quelle: eigene Darstellung basierend auf eSundhet.dk 2020 | BertelsmannStiftung

Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Skandinavien: Unterschiedliche Strukturen, fast identische Ergebnisse

Die Krankenhausmortalität des Akuten Myokardinfarkts (ST-Hebungsinfarkts) ist in Dänemark, Norwegen und Schweden fast identisch.

Die Krankenhaussysteme sind aber sehr unterschiedlich:

Dänemark: mittelgroße Zentralkrankenhäuser

Norwegen: regionale Trusts aus Krankenhäusern aller Größenordnungen

Schweden: striktes dreistufiges Krankenhaussystem

Die Krankenhausstruktur hat auf die Infarktsterblichkeit in Skandinavien keinen erkennbaren Einfluss

Vivantes: ein deutsches Supermittelgewicht

1 Vivantes Humboldt-Klinikum
Am Nordgraben 2 · 13509 Berlin
661 Betten
1.276 Mitarbeiter*innen – davon:
282 Ärzt*innen
628 Pflegekräfte

2 Vivantes Klinikum Spandau
Neue Bergstraße 6 · 13585 Berlin
666 Betten
1.012 Mitarbeiter*innen – davon:
215 Ärzt*innen
555 Pflegekräfte

3 Vivantes Klinikum Am Urban
Dieffenbachstraße 1 · 10967 Berlin
597 Betten
1.095 Mitarbeiter*innen – davon:
261 Ärzt*innen
512 Pflegekräfte

4 Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
Rubensstraße 125 · 12157 Berlin
572 Betten (+100 Entwöhnungsbetten)
1.072 Mitarbeiter*innen – davon:
268 Ärzt*innen
497 Pflegekräfte

5 Vivantes Wenckebach-Klinikum
Wenckebachstraße 23 · 12099 Berlin
443 Betten
528 Mitarbeiter*innen – davon:
110 Ärzt*innen
287 Pflegekräfte

6 Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Straße 48 · 12351 Berlin
1.257 Betten
2.365 Mitarbeiter*innen – davon:
563 Ärzt*innen
1.084 Pflegekräfte

7 Vivantes Klinikum Kaulsdorf
Myslowitzer Straße 45 · 12621 Berlin
434 Betten
634 Mitarbeiter*innen – davon:
146 Ärzt*innen
312 Pflegekräfte

8 Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Landsberger Allee 49 · 10249 Berlin
8 Prenzlauer Berg: Fröbelstraße 15 · 10405 Berlin
970 Betten
2.016 Mitarbeiter*innen – davon:
498 Ärzt*innen (davon Prenzlauer Berg: 27)
913 Pflegekräfte (davon Prenzlauer Berg: 64)

9 Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus
Juchaczweg 21 · 12351 Berlin
156 Betten
172 Mitarbeiter*innen – davon:
17 Ärzt*innen
94 Pflegekräfte

Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Vivantes Klinikum Neukölln:
Sterblichkeit am Akuten Myokardinfarkt 2019 + 2020
Dänische Struktur, deutsche Sterblichkeit

Anteil Transmuraler Herzinfarkte (STEMI)	Information	32,7% 29.336 von 89.717	39,6% 176 von 445	
Todesfälle bei Hauptdiagnose Transmuraler Herzinfarkt	< Erwartungswert 1	11,5% 3.385 von 29.336	14,8% 26 von 176	10,9%

Anteil Transmuraler Herzinfarkte (STEMI)	Information	33,8% 28.194 von 83.313	45,4% 200 von 441	
Todesfälle bei Hauptdiagnose Transmuraler Herzinfarkt	Information	12,0% 3.375 von 28.194	10,0% 20 von 200	

Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Dänische Verhältnisse in Berlin: Vivantes plus Charité plus DHZB

Dänemark: 5.831.000 EW – 13.983 Krankenhausbetten

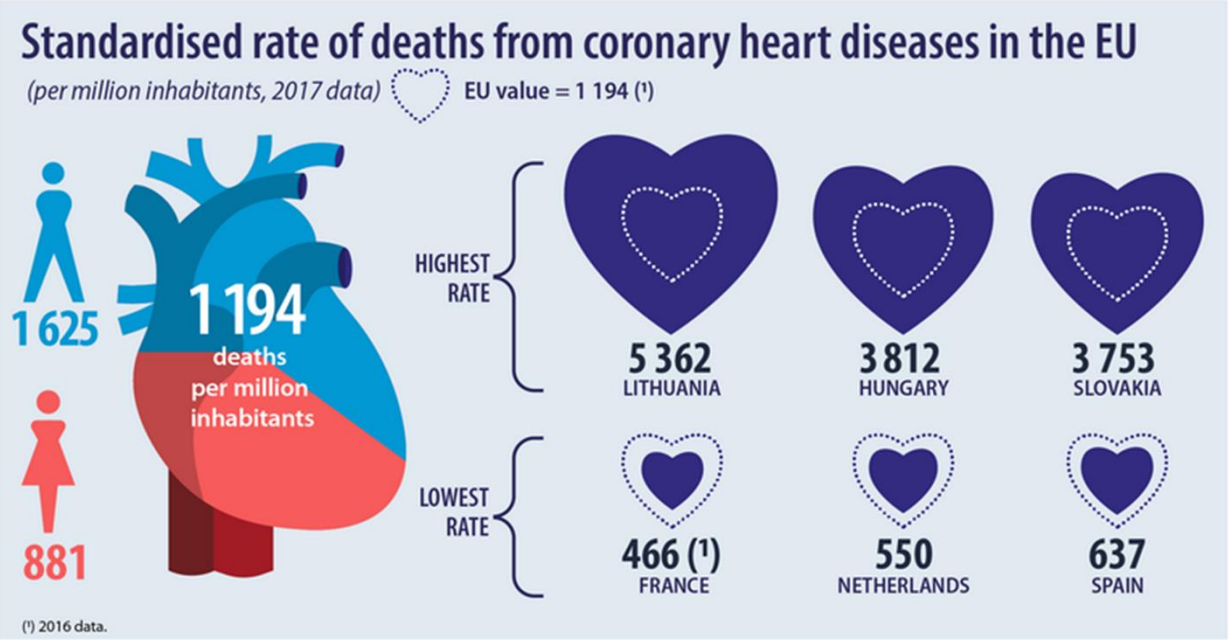
Berlin: 3.775.480 EW – nach dänischem Vorbild: 9035 Betten

Vivantes (5796 Betten) + Charité (3058 Betten) + Deutsches Herzzentrum Berlin (196 Betten) = 9050 Betten (01.10.2020)

Tatsächlich hat Berlin mehr als 22.000 Betten (31.12.2019)

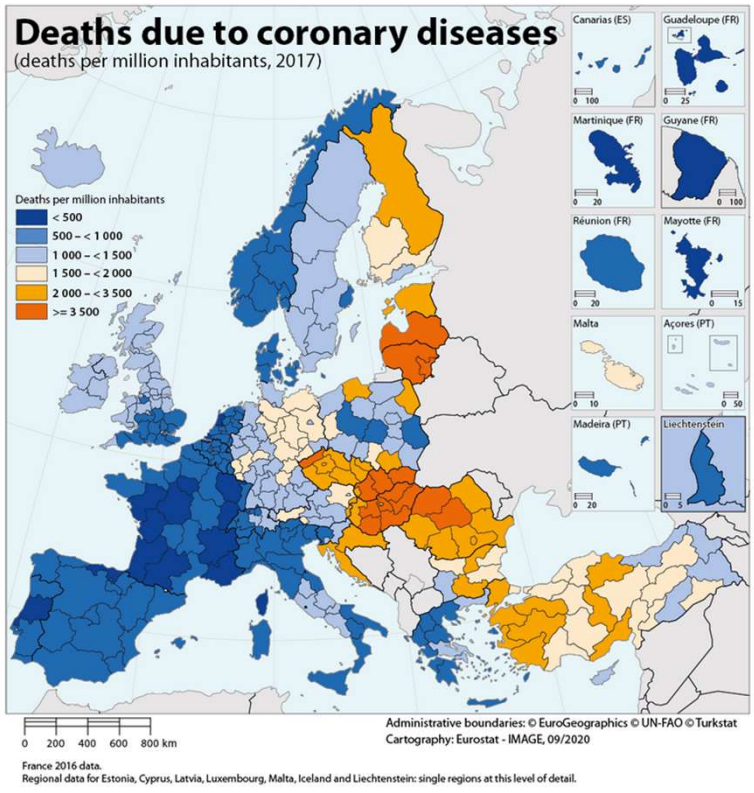
Wieso sollte sich durch die Schließung aller anderen Krankenhäuser die Herzinfarktversorgung in Berlin verbessern?

KHK-Sterblichkeit:
Im Osten hoch, im Westen niedrig



Source datasets: hlth_cd_asdr2 (rate) and hlth_cd_aro (absolute number)

Ost-West-Gefälle
Unabhängig von Krankenhausstruktur



Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Gut: Skandinavien, Benelux, Mittelmeeranrainer, Schweiz
Platz 1: Frankreich

Causes of death — standardised death rate, 2018
(per 100 000 inhabitants)

	Total									Females		
	Circulatory disease	Heart disease (1)	Cancer (2)	Lung cancer (2)	Colorectal cancer	Respiratory diseases	Diseases of the nervous system	Transport accidents	Suicide	Breast cancer	Cancer of the cervix	Cancer of the uterus
EU (4)	370.2	119.4	257.1	52.9	30.7	74.9	40.3	6.0	10.8	32.7	4.0	6.7
Belgium	245.6	60.5	229.8	52.3	22.9	111.1	48.6	4.9	15.9	34.6	2.8	5.8
Bulgaria	1 075.9	180.3	232.5	43.3	33.2	70.8	13.5	8.0	8.8	29.2	7.6	9.6
Czechia	556.8	267.5	272.1	49.8	34.9	89.6	39.7	7.3	12.8	28.1	5.4	7.0
Denmark	235.7	64.8	279.8	60.9	32.2	127.6	50.7	3.7	10.3	35.0	2.7	4.8
Germany	373.6	133.6	245.9	48.6	26.5	76.8	36.7	4.4	10.6	35.6	3.4	5.0
Estonia	605.7	222.9	292.3	50.2	36.7	48.5	27.2	6.3	14.9	31.2	6.9	6.6
Ireland	277.9	127.5	262.1	51.1	28.0	125.4	48.3	2.1	9.4	39.2	4.3	6.7
Greece	337.7	99.8	241.7	59.2	21.3	94.7	28.3	7.5	4.9	31.8	2.4	6.4
Spain	227.7	59.8	221.9	46.8	30.8	101.0	49.9	4.3	7.2	23.4	2.4	5.7
France (4)	196.1	46.4	243.5	48.7	26.2	56.7	53.1	5.0	13.2	33.1	2.3	7.3
Croatia	609.4	270.0	323.9	66.9	52.4	59.1	32.6	9.6	16.0	31.9	5.4	8.8
Italy	281.0	80.4	234.7	47.4	26.3	66.0	38.4	5.5	5.7	32.2	1.4	6.7
Cyprus	292.7	95.5	204.6	36.9	20.7	91.9	39.8	5.5	4.6	32.5	2.7	9.1
Latvia	818.2	360.2	293.9	46.2	32.3	46.6	25.9	9.3	15.6	33.2	10.6	11.3
Lithuania	782.2	499.1	272.7	41.2	30.2	48.1	26.5	8.1	24.0	28.3	11.3	8.1
Luxembourg	262.3	73.4	225.3	47.8	28.6	85.3	38.4	4.8	8.8	33.9	1.0	7.8
Hungary	738.7	366.7	335.6	87.4	52.7	87.8	24.2	8.8	16.8	36.9	7.4	8.0
Malta	311.2	155.4	237.3	43.3	33.3	100.2	22.9	3.7	4.1	38.6	2.4	7.2
Netherlands	246.5	53.8	269.7	61.2	30.6	90.6	57.7	4.6	10.7	33.7	2.4	5.9
Austria	377.0	158.8	234.0	46.3	23.5	64.0	38.2	4.9	13.6	32.3	2.8	6.0
Poland	526.1	133.6	291.2	66.2	36.6	84.9	19.4	9.9	11.7	33.6	7.8	9.5
Portugal	286.9	62.6	243.3	37.9	33.0	116.6	35.1	7.5	9.0	26.8	3.6	6.8
Romania	872.4	289.5	272.9	52.6	35.0	94.5	25.4	11.9	10.0	32.6	13.9	6.4
Slovenia	403.4	97.3	309.3	56.3	36.1	53.9	35.4	5.6	16.9	38.4	3.4	10.6
Slovakia	597.1	333.4	310.6	48.9	47.8	87.0	35.1	7.2	7.9	39.4	8.5	10.9
Finland	329.3	164.4	212.8	38.0	22.0	38.4	173.2	5.1	14.4	26.5	1.8	6.4
Sweden	296.3	105.8	221.3	35.3	26.3	68.2	55.8	3.8	12.7	25.5	2.9	6.5
Iceland	261.3	119.3	222.4	49.8	24.3	94.7	114.7	3.1	10.2	31.4	4.7	5.0
Liechtenstein	361.4	99.4	172.1	26.5	36.6	68.1	11.1	0.0	20.0	15.4	0.0	5.5
Norway	220.4	75.2	234.9	47.4	34.1	98.2	48.5	3.2	12.9	25.4	3.7	5.9
Switzerland	247.8	82.8	209.3	40.4	20.4	55.6	42.2	4.0	11.9	30.2	1.6	4.5
Serbia	837.7	145.3	296.0	70.7	36.7	77.5	42.7	8.1	13.3	42.3	10.7	8.1
Turkey (4)	498.0	190.0	190.3	54.7	18.8	162.7	68.1	9.9	4.5	16.1	1.9	4.3

Note: All 2018 data are provisional.
(1) Ischaemic heart diseases.
(2) Malignant neoplasms.
(3) Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung.
(4) 2016.
(5) Definitions differ.
Source: Eurostat (online data code: hlth_cd_asdr2)

eurostat

Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

In Frankreich ist alles so ähnlich wie bei uns, nur kleiner und besser

Frankreich: ca. 2700 stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser und Rehazentren), BRD:ca. 3000 stationäre Einrichtungen (1900 Krankenhäuser+1100 Rehazentren).

Frankreich: 414.395 Betten - BRD: 650.000 Betten. Die durchschnittliche Einrichtungsgröße ist also in Frankreich noch geringer als in der BRD.

In beiden Ländern gibt es öffentliche, freigemeinnützige und private Träger.

In beiden Ländern gibt es ein Fallpauschalensystem.

In beiden Ländern gibt es eine ziemlich strikte Trennung von stationärem und ambulantem Sektor.

Und trotz aller Ähnlichkeiten: komplett unterschiedliche Ergebnisse!

KORA Herzinfarktregister Augsburg - Mortalität im Hospitalstadium: Zwei Drittel sterben an Tag 1 von 28

Herzinfarkterkrankte und Herzinfarktverstorbene und Letalität in Augsburg nach Geschlecht und Stadium des Herzinfarktverlaufes - Alter 25 bis 84 Jahre -

Merkmal	2009 bis 2011			2017 bis 2019		
	Herzinfarkte	Verstorbene	Letalität in %	Herzinfarkte	Verstorbene	Letalität in %
			Männer			
Prähospitalstadium	3.145	955	30,4	2.939	829	28,2
Frühes Hospitalstadium (1. Tag)	2.190	390	12,4	2.110	368	12,5
Spätes Hospitalstadium (2. bis 28. Tag)	1.800	146	4,6	1.742	109	3,7
28-Tage Überlebende	1.654	-	-	1.633	-	-
28-Tage Verstorbene	-	1.491	47,4	-	1.306	44,4
			Frauen			
Prähospitalstadium	1.732	646	37,3	1.283	478	37,3
Frühes Hospitalstadium (1. Tag)	1.086	249	14,4	805	161	12,5
Spätes Hospitalstadium (2. bis 28. Tag)	837	90	5,2	644	70	5,5
28-Tage Überlebende	747	-	-	574	-	-
28-Tage Verstorbene	-	985	56,9	-	709	55,3

Fußnote(n):

- *) Im Zeitraum von 28 Tagen Verstorbene dividiert durch Herzinfarkte mal 100.
- **) Augsburg wurde als Modellregion für die Bundesrepublik Deutschland ausgewählt (Stadt Augsburg, Landkreis Augsburg, Landkreis Aichach-Friedberg).
- ***) Stand 15. Februar 2021. Sobald Daten für einen weiteren Berichtszeitraum vorliegen, werden diese zeitnah hinzugefügt.

KRANKENHAUS STATT FABRIK bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Dänemark streicht Tag 1 aus der Mortalitätsstatistik

Eurostat – Health care activities - Hospital aggregates - Definitions

Denmark

Hospital aggregates: Inpatient care

Source of data: **National Board of Health, The National Patient Register.**

Discharges

Coverage:

- Data includes both somatic and psychiatric hospitals.

Break in time series: 2000, 2005, 2018.

- The data prior to 2005 includes all admissions. **The data from 2005 onwards use the 24-hour stay definition, which explains the lower data values.**

- From 2000 onwards, the data no longer include transfer from one department to another department within the same hospitals.

- From 2018 onwards, an inpatient discharge is defined as a discharge with a minimum stay of 12 hours.

- 2018, 2019 and 2020 data are provisional due to ongoing development with the data sources.

BRD: Die Sterbefälle des ersten Tages fließen teilweise in die Statistik ein

Eurostat – Health care activities - Hospital aggregates - Definitions

Germany

Hospital aggregates: Inpatient care

2003-2018:

Source of data: **Federal Statistical Office,** Hospital statistics 2018 (diagnostic data of the hospital patients **and patients of prevention or rehabilitation facilities**); Special calculations by the Federal Statistical Office.

See http://www.destatis.de or http://www.gbe-bund.de.

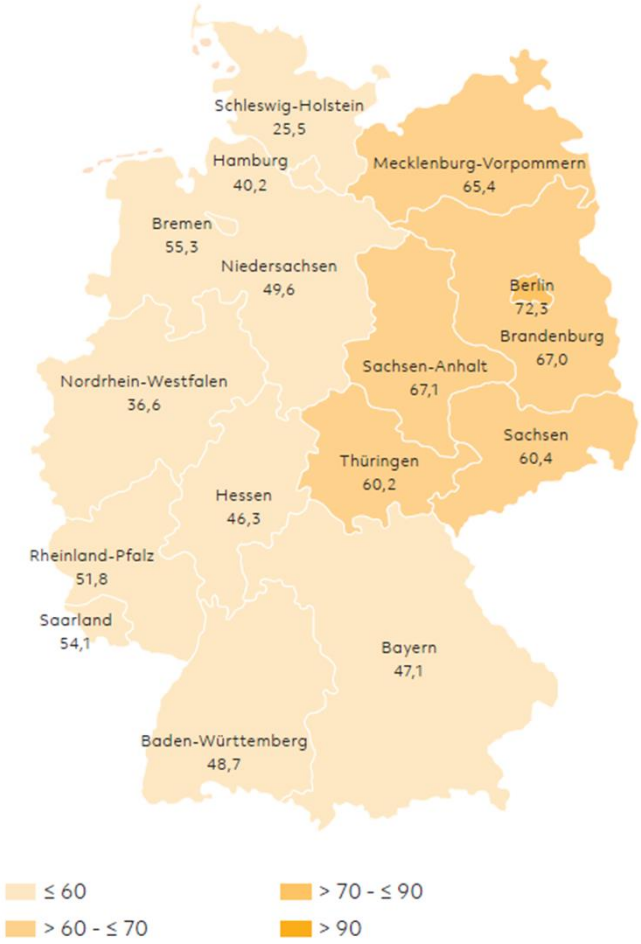
Reference period: During the year.

Coverage:

- An **inpatient discharge** is the release of a patient who was **formally admitted into a hospital for treatment and who stayed for a minimum of one night**. The number of discharges includes deaths in hospital, but excludes same-day separations and transfers to other care units within the same institution. Day cases are excluded.

Ost-West-Gefälle auch in der BRD

Sterblichkeit am Herzinfarkt nach Bundesländern



Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Abb. 2/4: Alters- und geschlechtsstandardisierte Mortalitätsrate an akutem Myokardinfarkt (ICD I21) nach Bundesländern (Wohnort) im Jahr 2019

Krankenhausplanung NRW

Gibt es ein strukturelles Problem in der Herzinfarktversorgung?

„Michalski (2020, S. 49) betrachtet u. a. das gesamte Zeitintervall von Schmerzbeginn bis zur Ballondilatation (Schmerz–Ballon-Zeitintervall, Gesamtischämiezeit). Er findet folgende Unterschiede in Abhängigkeit vom Zugangsweg der Personen: „Das mediane Schmerz–Ballon-Zeitintervall betrug für

per Notarzt zugewiesene Patienten 118 Minuten (95 %-KI: 167–188 Minuten; n = 372 Patienten),

für selbstzugewiesene Patienten 224 Minuten (95 %-KI: 198–249 Minuten; n = 136 Patienten) und

für hausärztlich eingewiesene Patienten 360 Minuten (95 %-KI: 295–437 Minuten; n = 150 Patienten).“ *(DKI-Gutachten „Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten“, S. 55 f.)*

BRD: Nur die Hälfte der Patient*innen erreicht das Krankenhaus mit RTW und Notarzt

Ergebnisse der kürzlich veröffentlichten Analysen des KIM-Registers bezüglich der Symptom-to-contact-Zeit unter Berücksichtigung der Art des medizinischen Erstkontaktes ergaben eine mediane Symptom-to-contact-Zeit von 75 Minuten für Patienten die mit Rettungswagen ins IVZ kamen. Die beiden anderen Patientengruppen (NIVZ, Selbstvorstellung im IVZ) hatten eine mediane Symptom-to-contact-Zeit von 180 Minuten.[108] …

Nur etwa 55% der STEMI-Patienten erreichen in Deutschland das Krankenhaus durch einen Rettungswagen. Verglichen mit Großbritannien (85%), der Slowakei (78%), Schweden (77%) und Lettland (76%) ist auch dieser Bereich noch verbesserungsbedürftig. …

In Köln gelangten von 2006 bis 2012 68% der Patienten mit (RTW) ins Krankenhaus.

Einflussnahme von Patientenmerkmalen und äußeren Faktoren auf die Behandlungsqualität des ST-Hebungsinfarktes im Rahmen des Kölner Infarkt Modells (KIM) Dissertation von Lea Ariane Streller, 16. Februar 2018, S. 59 f.

Qualität durch Nähe
Primärversorgungszentren erleichtern den Zugang zur Notfallversorgung

Schweden unterhält flächendeckend Primärversorgungszentren, die das österreichische Forum „Primärversorgung“ in einer Veröffentlichung vom 18.04.2017 so beschrieb:

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 4 bis 6 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 administrativen Aufgaben in einem PVZ gibt es eigenes Personal.

Berlin: ca. 400 PVZ

Köln: 1-2 PVZ für jedes der 80 „Veedel“

Verbesserung der Notfallversorgung durch niedrigschwellige Angebote in unmittelbarer Nähe statt durch Zentralisierung

Öffnung der 22 Kölner Krankenhäuser für ambulante Behandlung:

Jedes Krankenhaus wäre für durchschnittlich 50.000 Menschen zuständig.

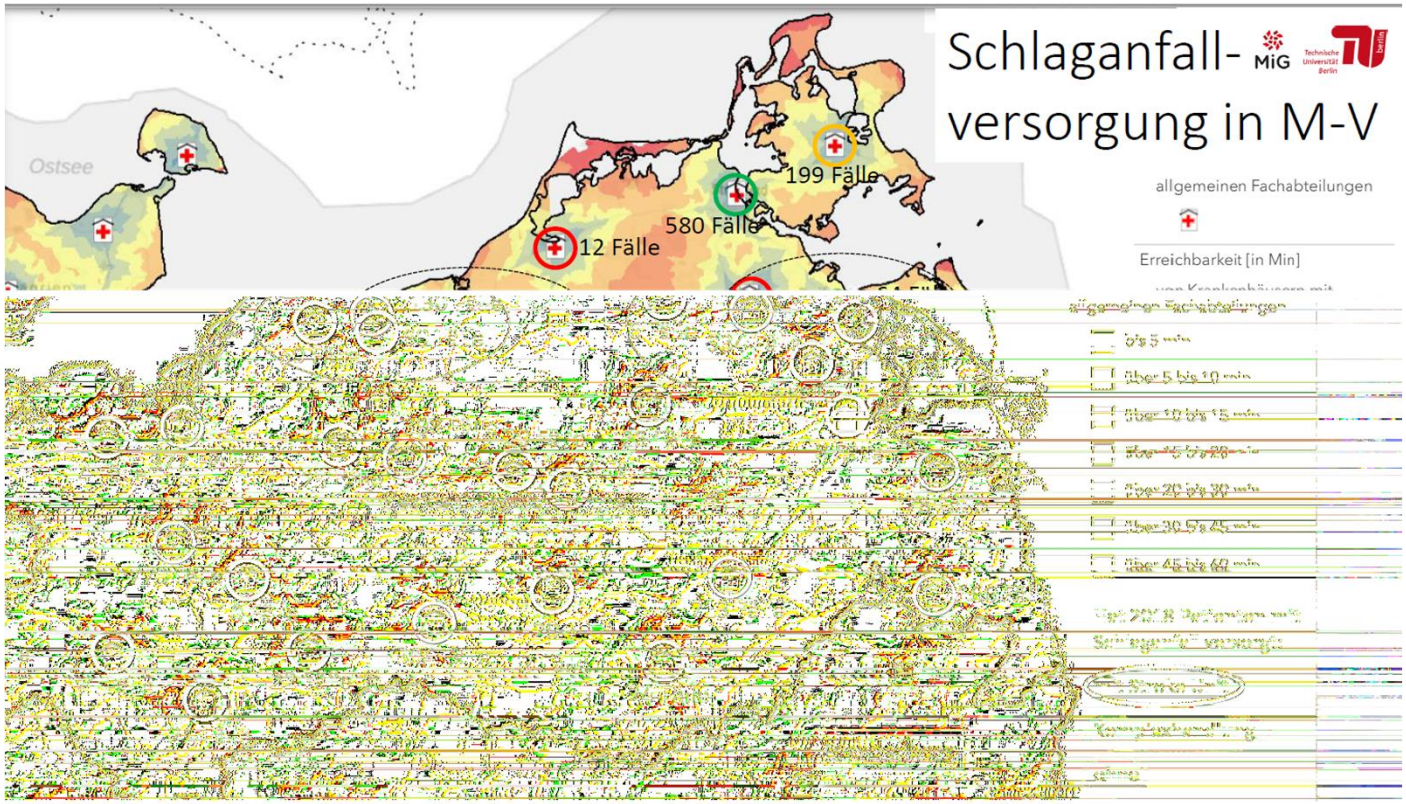
Umwandlung von 16 Krankenhäusern in IVZ:

Jedes IVZ ist für durchschnittlich 60.000 – 70.000 Menschen zuständig.

Schwedisches Primärversorgungsmodell: Jedes PVZ ist für durchschnittlich 8.000 – 10.000 Menschen zuständig. Köln bräuchte für seine ca. 80 Veedel 1 -2 PVZ je Veedel, überwiegend 24/7 geöffnet.

Zentralisierung und Krankenhausschließungen ohne Primärversorgung führen zu Versorgungsengpässen, nicht zur Verbesserung der Versorgung.

Schlaganfallversorgung „in den falschen Strukturen“?



Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Indikationen für die Akutbehandlung außerhalb von Stroke Units

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.

(Krankenhausplan NRW 2015, Anhang F.)

Covid 19: Trugen Unikliniken und Maximalversorger die „Hauptlast“?

Reimann zum Krankenhaus-Report:

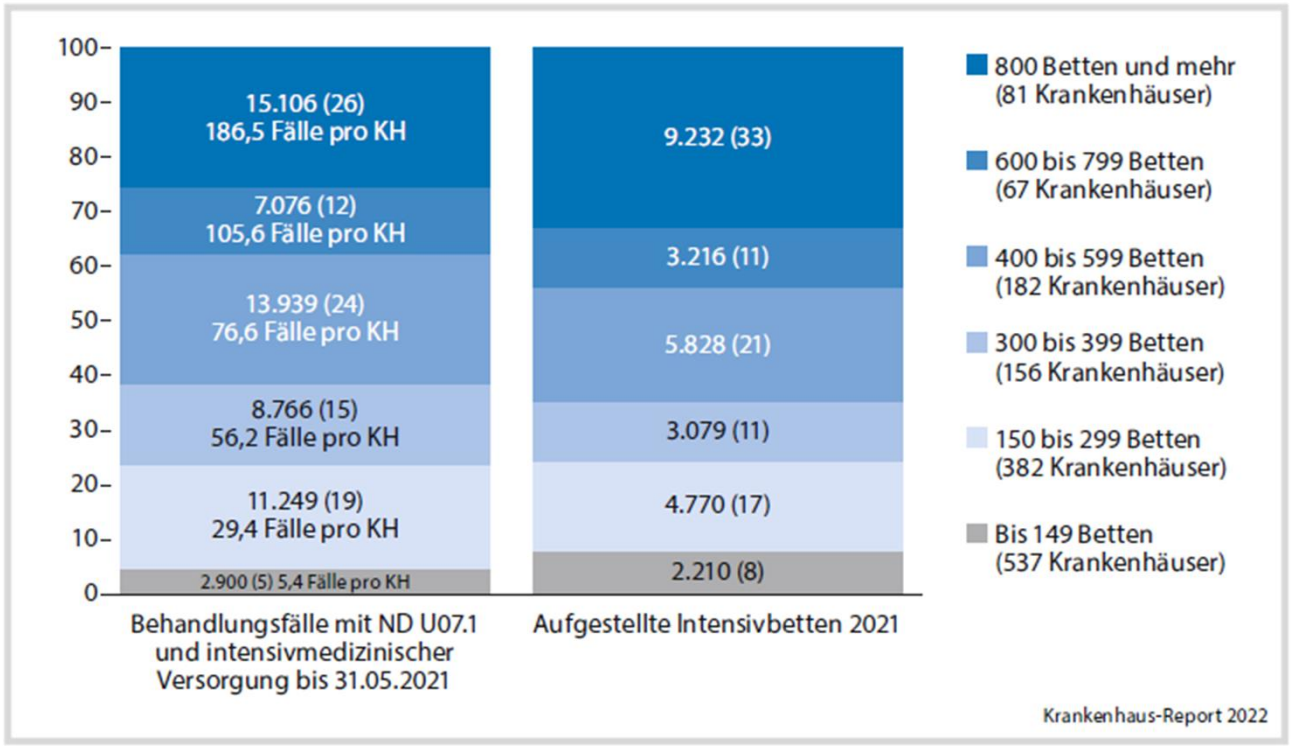
Reform ineffizienter Krankenhaus-Strukturen zügig angehen

Erfahrungen aus der Pandemie sprechen für klug geplanten und qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft

Pressemitteilung des AOK-Bundesverbands, Berlin, 05.04.2022

In einigen Regionen hätten Stufenpläne dazu beigetragen, dass schwer erkrankte Patientinnen und Patienten mit Covid-19 in erster Linie in Unikliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung mit der nötigen Ausstattung und erfahrenen Teams behandelt worden sind. Laut einer Auswertung für den Krankenhaus-Report hat ein Viertel der Kliniken in Deutschland etwa 62 Prozent der schwer erkrankten Patientinnen und Patienten mit Covid-19 behandelt, aber es gibt auch viele Kliniken, die nur wenige Fälle behandelt haben. „Die Pandemie zeigt erneut, wie dringlich eine Krankenhausreform ist, die Zentrenbildung, mehr Kooperation und mehr Spezialisierung der Kliniken forciert“, so Reimann.

Jan. - Mai 2021 - Covid-19-Fälle mit intensivmed. Versorgung
Die Hauptlast trugen die mittleren Krankenhäuser



Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

CLINOTEL: „viele Kliniken, die nur wenige Fälle behandelt haben“, leisten 100.000 Beatmungsstunden

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

Notfall-stufe der Standorte	Anzahl Fälle gesamt	Anteil Fälle nach Notfall-stufen	Fälle COVID-19 (U07.1)	Fallzahl-anteil COVID-19 nach Not-fallstufen	Beat-mungs-stunden COVID-19	Anteil Be-atmungs-h COVID-19 nach Notfall-stufen	CMI aDRG (2020)	Ver-weil-dauer Tage	Alter	PCCL
0	57.017	5,6%	543	5,5%	19.518	7,2%	1,18	9,4	72	1,4
1	302.097	29,8%	3.449	34,8%	80.661	29,9%	1,11	10,6	68	1,3
2	359.986	35,5%	3.509	35,4%	100.394	37,3%	1,21	10,1	66	1,2
3	295.441	29,1%	2.407	24,3%	68.850	25,6%	1,44	11,5	67	1,6
Gesamt	**1.014.541**	**100%**	**9.908**	**100,0%**	**269.423**	**100,0%**	**1,23**	**10,6**	**67**	**1,3**

„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.“

Krankenhausplanung NRW

KRANKEN HAUS STATT FABRIK bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Reichlich Pflegekräfte, bloß schlecht verteilt?

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

In praktisch allen anderen EU-Ländern (ist) deutlich mehr Pflegepersonal (aber auch ärztliches Personal) pro Fall vorhanden, so in Dänemark und den Niederlanden das 2,6- bzw. 2,2-fache Pflegepersonal bzw. das 2,2- bzw. 1,6-fache ärztliche Personal. …

Was angesichts dieser Zahlen überrascht bzw. damit häufig nicht in Zusammenhang gebracht wird: ***Deutschland ist zugleich das Land mit der dritthöchsten Dichte von Pflegepersonal pro Einwohner in der EU*** *(hinter Dänemark und Finnland).*

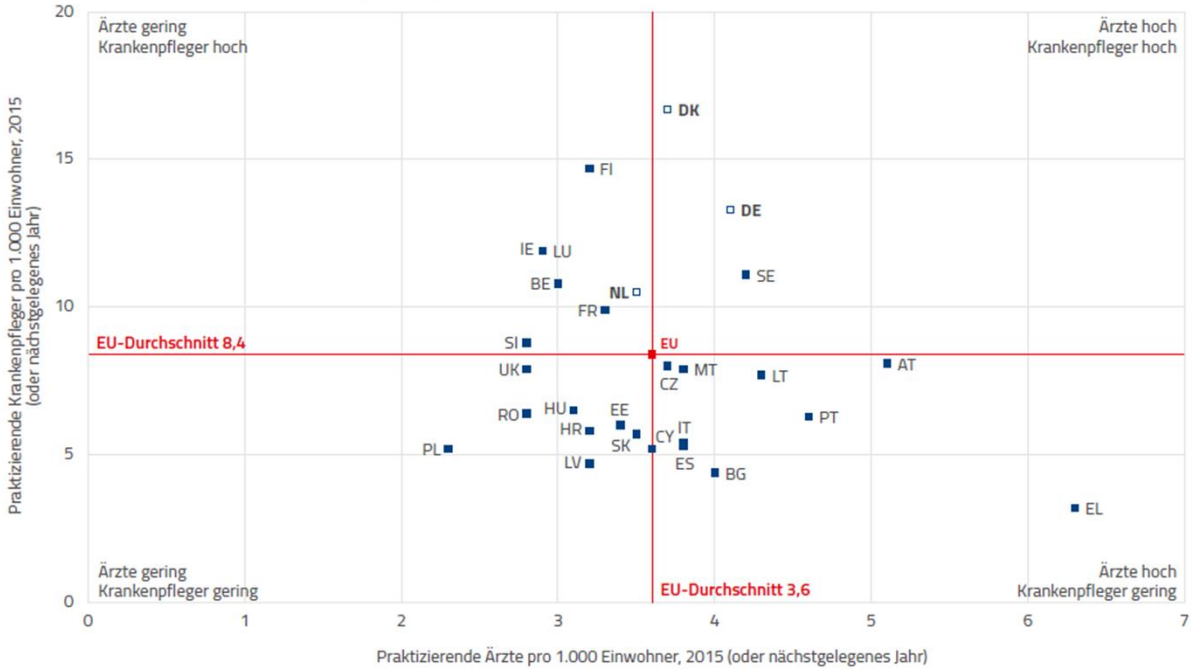
Dieses Pflegefachpersonen-Verhältnis-Paradoxon ist mit der hohen Anzahl von stationären Fällen *bzw. belegten Betten zu erklären, vor allem* ***aufgrund der hohen Anzahl von Krankenhausbetten*** *pro Einwohner – und in Verbindung mit den DRG-bedingten Vergütungsanreizen zur Fallzahlausweitung, … („Richtungspapier“, Kapitel 3, S. 31 f)*

Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020

Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren

BARMER Institut für Gesundheitsforschung RobertBosch Stiftung Bertelsmann-Stiftung

Abbildung 3.3: Praktizierende Pflegefachpersonen und Ärzt:innen pro 1.000 Einwohner in EU-Ländern, 2015

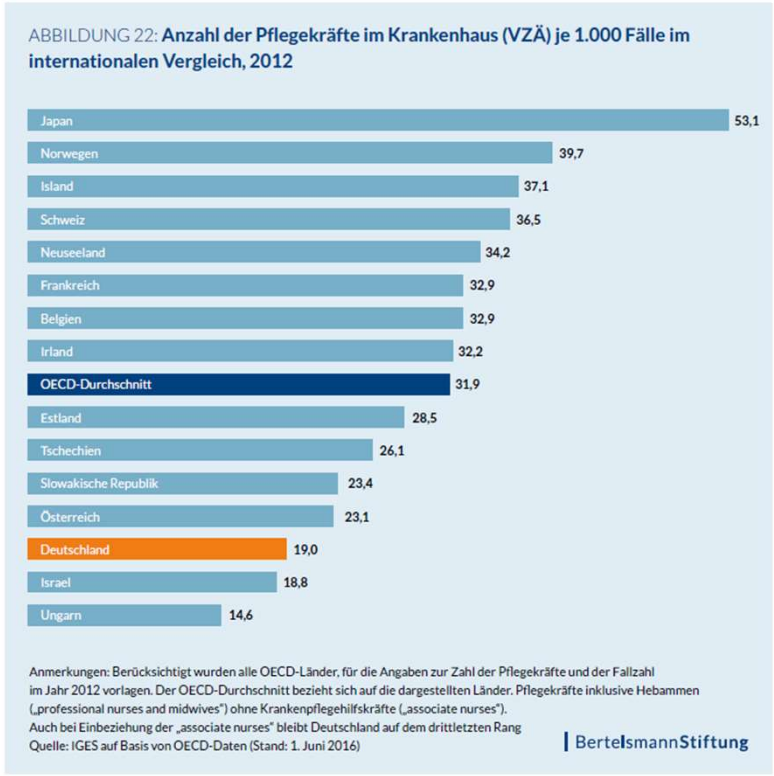


Quelle: OECD/EOHSP (2017), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

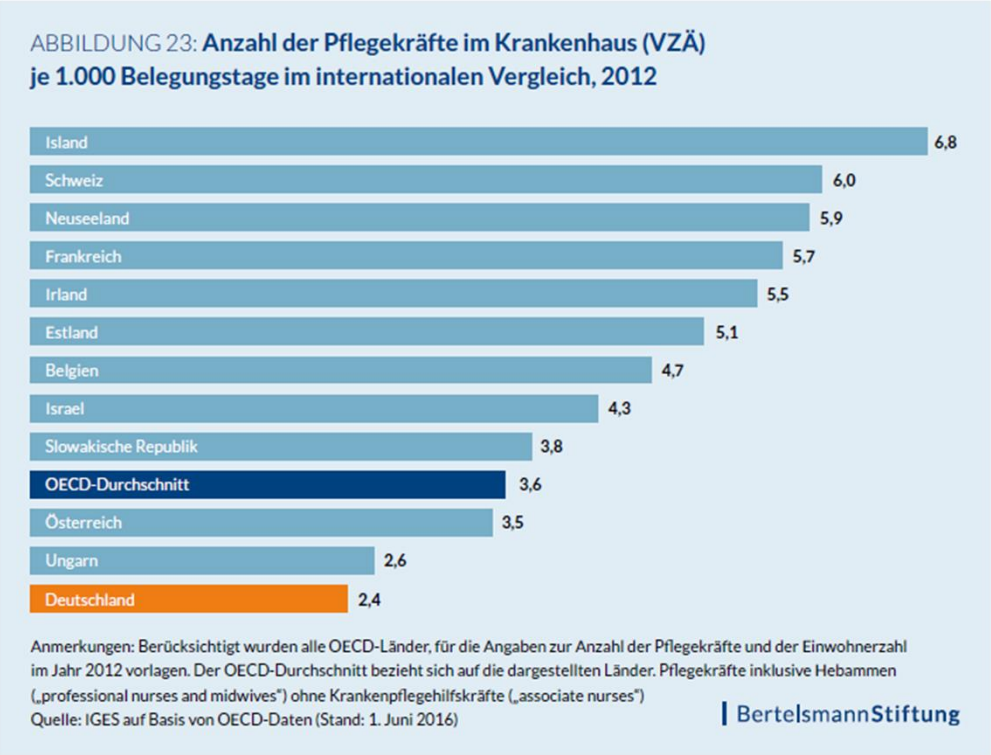
Faktencheck „Pflegepersonal im Krankenhaus“ (1)
Pflegekräfte pro 1000 Fälle



Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

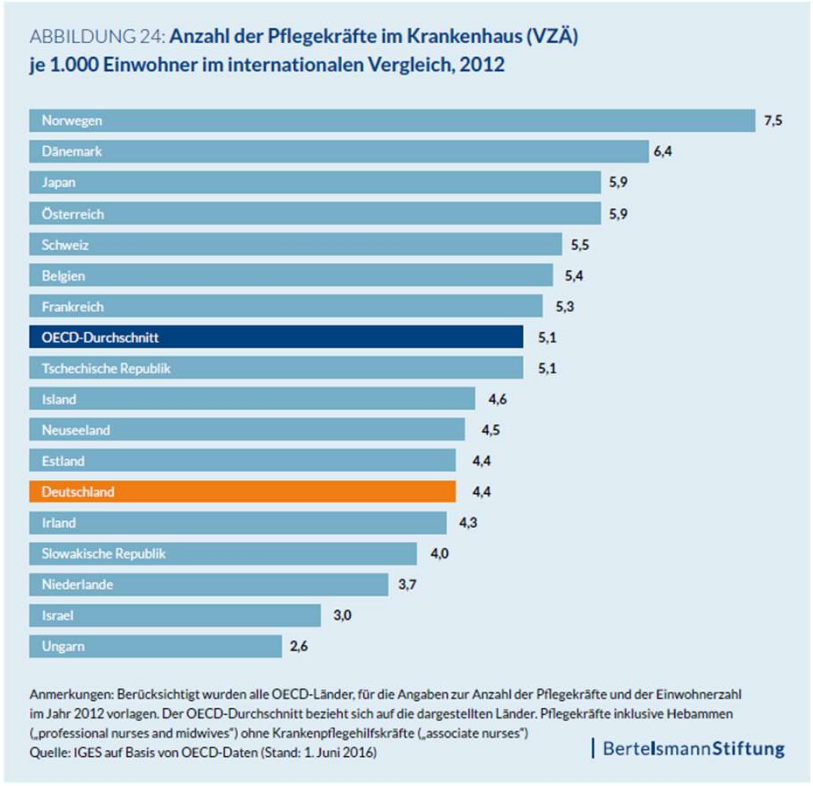
Faktencheck „Pflegepersonal im Krankenhaus“ (2)
Pflegekräfte pro 1000 Belegungstage



Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Faktencheck „Pflegepersonal im Krankenhaus“ (3)
Pflegekräfte pro 1000 Einwohner*innen



Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

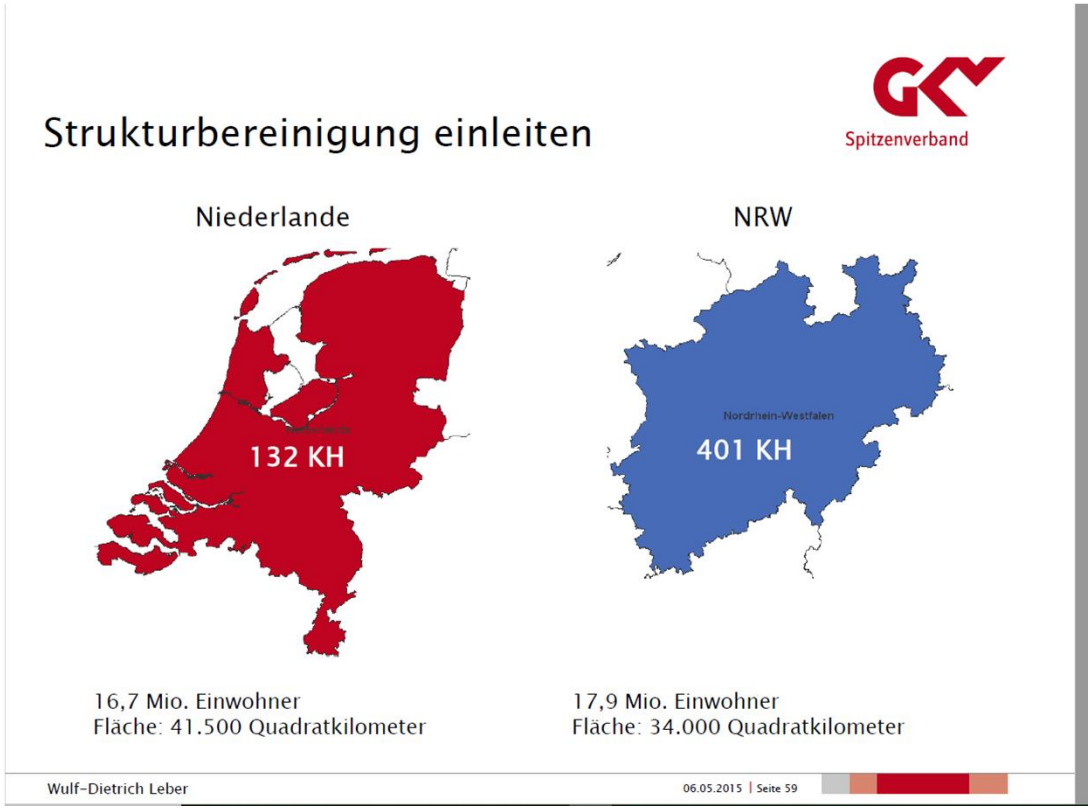
Niedersachsen – Enquêtekommission: Auch 2017 kein „Pflegefachpersonen-Verhältnis-Paradoxon“

Vor dem Hintergrund, dass die Zahlen zum (Pflege-) Personal oftmals nur in absoluten Zahlen oder pro Kopf der Bevölkerung vorliegen, scheint die pflegerische Versorgung in Deutschland zunächst gut bis überdurchschnittlich. Mit insgesamt 13,22 praktizierenden Pflegekräften (Pflegefachpersonen sowie Pflegehelferinnen und -helfer/Pflegeassistentinnen und -assistenten) pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt Deutschland im Jahr 2018 auf Rang 4 der OECD. Die Ränge 1 bis 3 belegen Norwegen, die Schweiz und Island (OECD, 2020c). Werden lediglich die Pflegefachpersonen im Krankenhaus betrachtet, so lag deren Zahl 2017 in Deutschland bei 5,6 Pflegefachpersonen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Damit liegt Deutschland im OECD-Vergleich im Mittelfeld (OECD, 2020a). …

Bei Umrechnung in Vollzeitäquivalente ergibt sich für 2017 eine Zahl von 4,23 im Krankenhaus tätigen Pflegefachpersonen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im OECD-Vergleich liegt Deutschland damit unter dem Durchschnitt von 4,85 Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die höchsten Zahlen weisen hierbei Norwegen (7,97), Japan (6,58) und Dänemark (6,45) auf (OECD, 2020a).

Bericht Enquêtekommission Landtag NS, Hannover, 22.02.2021, S.

GKV-Blick auf die Niederlande: „Strukturbereinigung“ funktioniert



Krankenhausplanung NRW

Krankenhausabbau = Ambulantisierung + Privatisierung + Wartezeiten + Grenzüberschreitung

- NL: 81 allgemeine Krankenhäuser und Hochschulkliniken an 131 Standorten (o. Psychiatrie)
- NRW hat 337 allgemeine Krankenhäuser
- „Buitenpoliklinieken“: hochspezialisierte ambulante Einrichtungen der Krankenhäuser,

  61 im Jahr 2009, 106 im Jahr 2013
- Ca. 100 Privatklinken
- 180 „Zelfstandige Behandelcentra“ (ZBC)

  Das sind ambulante Gesundheitszentren mit Haus- und Fachärzt*innen, Pflegepersonal, Geburtshelfer*innen, Psycholog*innen usw., die einen Großteil der ambulanten Versorgung bzw. Nachsorge von Einzelpraxen und Krankenhäusern übernehmen.

  Im Jahr 2011 existierten bereits 180 dieser ZBCs.
- Grenzüberschreitende Versorgung

Krankenhausplan NRW:
Die größte Reform seit Jahrzehnten?

„Die neue Krankenhausplanung mit ihrer Planung nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen stellt die wohl größte Reform der bundesweiten Krankenhauslandschaft seit Jahrzehnten dar und ist als „lernendes System“ angelegt.“

(zit. nach Roeder et al., „Das Krankenhaus“ 10/2021)

Krankenhaus-Gutachten 2019: „Abkehr vom Bett als Planungsgröße“

Einführung einer „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“

Leistung: 25 (30) Leistungsbereiche (ärztliche WBO) und

Neu: 70 (60) Leistungsgruppen

Bedarf: KH-Häufigkeit, Demografie, Verweildauerverkürzung, Grad der „Bettennutzung“

Neu: „Ambulantisierungspotential“

Qualität: Vorgabe von „Strukturmerkmalen“ (technisch und personell) zur Rechtfertigung der Planungsentscheidungen

„Die Dimension Ergebnisqualität ist – zumindest derzeit –nicht zur Krankenhausplanung geeignet.“

KRANKEN HAUS STATT FABRIK bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Krankenhaus-Gutachten 2019: Die Ziele der neuen Krankenhausplanung

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

Ziel: Fallzahlsenkung

Strikte Fallzahlbegrenzung pro Leistungsgruppe auf Ebene des Landes, des Versorgungsgebiets und des einzelnen Krankenhauses –

plus

striktes Casemix – und Kostenmanagement pro Leistungsgruppe

Die Leistungs- (Fallzahl-)steigerung wird unterbunden

Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser wird verschärft

Ein Wettlauf um (Personal-)Kostenabbau und Investitionsfähigkeit wird ausgelöst!

Fallzahlbegrenzung und Schwankungsbreite

§ 16 Abs. 1 Ziff. 7 KHGG soll die Fallzahlbegrenzung sicherstellen:

Der Bescheid über die Aufnahme (in den Krankenhausplan) enthält mindestens …

*die je Leistungsgruppe durch die **durchschnittliche jährliche Fallzahl** oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im Ist und Soll. In den Rahmenvorgaben … wird je Leistungsgruppe eine **Schwankungsbreite** vorgesehen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der festgestellten Versorgungskapazität abweichen dürfen.*

Verstöße werden sanktioniert. § 16 Abs. 2 lautet:

*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.*

Ziel: Bettenabbau
durch höhere Auslastung plus “Ambulantisierung”

LB	2017		2032				% 2017-2032	
	FZ [Tsd.]	Rechneri-sche Betten	FZ [Tsd.]	FZ o. amb. Pot. [Tsd.]	Quote amb. Pot. [%]	Rechneri-sche Betten	FZ	Rechneri-sche Betten
Gesamt	4.506,1	92.273	4.259,6	4.829,8	11,8	84.364	-5,5	-8,4

18.400 Betten, fast ein Fünftel (17,9 %) der 102.800 Betten „laut Feststellungsbescheiden (FSB)“ sollen bis zum Jahr 2032 abgebaut werden –

13.600 über eine Steigerung der Auslastung bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung

4.800 über eine Leistungsverschiebung in den ambulanten Sektor (570.000 Fälle jährlich)

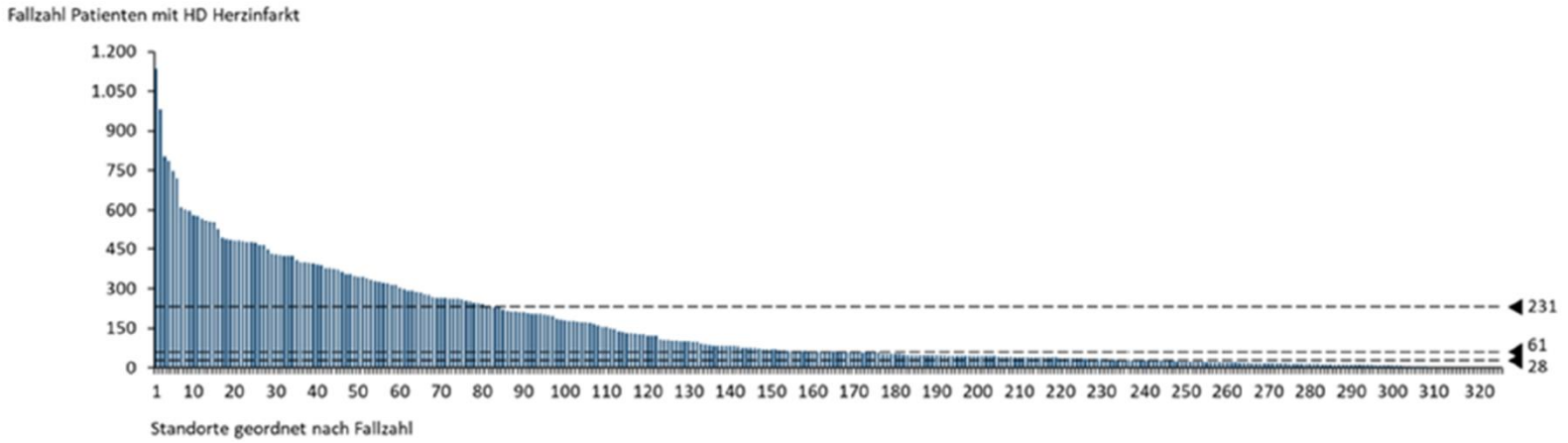
Krankenhausplanung NRW

KRANKEN HAUS STATT FABRIK bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Ziel: Zentralisierung
Beispiel: Herzinfarktversorgung
Begründung: „Überversorgung“

Insgesamt wurden in NRW im Jahr 2017 48.962 Herzinfarkte an 325 KH-Standorten bzw. von 253 Krankenhausträgern behandelt, wobei das fallzahlstärkste KH 1.134 Fälle versorgte. Es lässt sich eine große Spannbreite der behandelten Fälle je KH-Standort beobachten. So versorgte ein Viertel der KH-Standorte 28 Fälle oder weniger, was durch die schwarz gestrichelte Linie in Abbildung 21 veranschaulicht wird.

Abbildung 21: Fallzahl Herzinfarkte je KH-Standort



Krankenhausplanung NRW

KRANKEN HAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Herzinfarkte in Köln:
1.052 = 18 % Verlegungen

Tabelle 13: Anzahl der Fälle mit akutem Herzinfarkt und Anteil der Verlegungsfälle in der Versorgungsregion 5, 2017

Hauptdiagnose ICD	Anzahl Fälle insgesamt	davon mit Verlegung	Anteil Verlegungen
I21.0	872	119	14%
I21.1	851	103	12%
I21.2	137	23	17%
I21.3	44	8	18%
I21.4	3.866	776	20%
I21.9	80	23	29%
Gesamt	**5.850**	**1.052**	**18%**

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Krankenhausplanung NRW

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Gibt es „kleine, schlechte“ Krankenhäuser? Müssen sie weg?

Die Behauptungen:

Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis ist für komplexe Verfahren unzweifelhaft
(Prof. Mansky, TU Berlin, 06.04.2018, AWMF)

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!
(Prof. Busse, TU Berlin, Potsdam, 2019)

Große Mengen und gute Ergebnisse werden auch in kleinen und mittleren Krankenhäusern erreicht.
„Volume-outcome-Beziehungen“ sagen nichts über die Krankenhausgröße aus.

Meine Meinung

Erstens: Das kleine, schlechte Krankenhaus „um die Ecke“ gibt es vielleicht als Einzelfall,

aber nicht als Krankenhaustypus.

Als Krankenhaustypus gibt es kleine und mittlere Krankenhäuser, die nebeneinander Leistungen der örtlichen, überörtlichen und überregionalen Versorgung erbringen, um im Konkurrenzkampf mithalten zu können.

Zweitens: Wer bedarfsgerecht planen will, muss dieses **Leistungsmosaik** quantitativ und qualitativ erfassen.

Eine solche Bestandsaufnahme gibt es nicht. Sie ist nur möglich, wenn das Wissen „vor Ort“ genutzt wird. Folglich kann nicht zentral über die zukünftige Krankenhausstruktur entschieden werden. Bestandsaufnahme, Bewertung und Planung müssen demokratisch von unten nach oben verlaufen.

Die Alternative zur Planung von oben ist die demokratische Planung von unten

Drittens: Die Krankenhausplanung sollte darauf gerichtet sein, die bestehenden Strukturen bedarfsgerecht und kooperativ weiter zu entwickeln, z.B. durch eine viel stärkere Verbreitung von Herzinfarkt-, Schlaganfall- und Traumanetzwerken.

Die Alternative zur Zentralisierung ist die Kooperation

Krankenhausplanentwurf: Zentralisierung rückt in den Hintergrund (1)

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

KH-Plan Entwurf S. 68

Diese Vorgaben sind nicht an die Größe oder Versorgungsstufe der Krankenhäuser gebunden

Krankenhausplanentwurf: Zentralisierung rückt in den Hintergrund (2)

Mit Blick auf alle weiteren Leistungsgruppen ist es in den regionalen Planungsverfahren notwendig, die Zahl der Standorte, die einen Versorgungsauftrag erhalten können, festzulegen.

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

Wirtschaftliche Tragfähigkeit im Kontext der Krankenhausplanung vor Ort

Schaffung von Auswahlmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten (freie Krankenhauswahl)

Vermeidung von regionalen Mehrfachvorhaltungen in unmittelbarer räumlicher Nähe, soweit sie nicht durch das Bedarfsvolumen und/oder andere Besonderheiten der Versorgungssituation gerechtfertigt sind.

(KH-Plan Entwurf S. 53 f.)

Krankenhausplan: Ambulantisierung soll durchgesetzt werden!

AOP-Katalog: Eine Grundlage zur Identifikation der relevanten Fälle ist der Katalog Ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) 2019 (ca. 3.000 Operationen und Prozeduren, die generell auch ambulant erbracht werden können)

Zwei Stufen differenziert nach dem Grad der ambulanten Erbringungsmöglichkeit (90 % bzw. 50%).

Ambulantisierung konservativ geprägter Fälle: Unter Berücksichtigung medizinisch-fachlicher Kriterien sind dazu pauschale Ambulantisierungsfaktoren für die konservativen Fälle der jeweiligen LG festgelegt worden.

Diese werden pro Jahr auf alle Fälle der LG angewendet und betragen 1% pro Jahr oder 2% pro Jahr.

Ziel-Ambulantisierungsjahr: Als Ziel-Ambulantisierungsjahr wurde 2035 gewählt. Dies bedeutet, dass der ambulantisierbare Anteil eines Falls erst im Jahre 2035 vollständig ambulant erbracht wird.

Prämisse ist die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte und/oder ambulante Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser.

Neue Einrichtungen der ambulanten oder sektorenübergreifenden Versorgung (z.B. Primärversorgungszentren) sind nicht vorgesehen.

Krankenhausplan: Der Abbau in Zahlen

Fallzahl NRW 2019: 4.514.297

Fallzahl NRW 2024 o. Abzug des „ambulanten Potentials“: 4.639.351

Fallzahl NRW 2024 nach Abzug des „ambulanten Potentials“: 4.456.786

Verschiebung in den ambulanten Sektor: 182.565 Fälle

Fallzahlverminderung im Krankenhaussektor: 57.511 (- 1,27 %)

Bettenzahl stationär 2019: 92.100

Bettenzahl stationär 2024: 88.109

Geplanter Bettenabbau: 3.991 (- 4,33 %)

Niedersachsen:
Zentralisierung durch Einführung von Versorgungsstufen

§ 5 NKHG

(3) Der Krankenhausplan führt die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser auf, gegliedert nach Versorgungsregionen, den Standorten, der Zahl der Planbetten und teilstationären Plätze und den Fachrichtungen, sowie die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG. Die räumliche Gliederung erfolgt in acht Versorgungsregionen.

Jedes Allgemeinkrankenhaus wird einer der folgenden drei Versorgungsstufen zugeordnet:

1. Versorgungsstufe I: Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie Fachkrankenhäuser,
2. Versorgungsstufe II: Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung sowie
3. Versorgungsstufe III: Krankenhäuser der Maximalversorgung.

Krankenhaus- und Rettungsdienstangelegenheiten vom Bürgerbegehren ausschließen

1. Sicherung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und flächendeckenden

Versorgung durch gezielte Krankenhausplanung

c) Krankenhaus- und Rettungsdienstangelegenheiten vom Bürgerbegehren nach § 32 NKomVG ausschließen

Bericht der Enquêtekommission an den NS-Landtag, S. 82

12. Zukunftsorientierte strukturverbessernde Ausrichtung der Finanzierung

Priorität für Investitionen für Strukturverbesserungen und Konzentration von Versorgungsleistungen, Fusionen, Umwandlungen oder Schließungen von Krankenhäusern

Fortführung und Weiterentwicklung eines Strukturfonds durch den Bund, S. 88

14. Erprobung von sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen (vgl. Sektorenübergreifende Versorgung, Handlungsempfehlungen)

a) Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungs- und entsprechender Finanzierungsmodelle

b) Einführung von Pauschalen für sektorenübergreifende Versorgung , S. 89

Demokratische Planung

Regionales Planungskonzept durch Krankenhausträger und Krankenkassen oder durch Kommunalparlamente?

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 ggf. 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 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 ggf. eine sektorenübergreifende Planung gehören jährlich in den Landtag.

Vielen Dank