



## Kommunale Gesundheitskonferenz StädteRegion Aachen

### Protokoll der 16. kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) vom 12. Februar 2020

Protokoll: Thilo Koch, Geschäftsführer KGK

#### TOP 1: Begrüßung

Herr Dr. Michael Ziemons begrüßt die Anwesenden in seiner Funktion als Dezernent für Gesundheit und Soziales in der StädteRegion sehr herzlich. Besonders begrüßt er die anwesenden Vertreter der Rettungsstellen und Berufsfeuerwehren aus Stadt und StädteRegion Aachen, die gerade in den letzten Tagen für die Sicherheit der Bevölkerung gesorgt haben.

#### TOP 2: Formalie

Zum Protokoll der KGK vom 15. Mai 2019 gibt es keine Anmerkungen oder Änderungswünsche, das Protokoll wird einstimmig angenommen.

#### TOP 3: Krankenhausplanung NRW 2020/21– was bedeutet das für die StädteRegion Aachen

**Frau PD Dr. med. Monika Gube**, Leiterin des Gesundheitsamtes der StädteRegion Aachen

Frau Dr. Gube gibt in ihrem Beitrag sowohl einen kurzen Rückblick zu den Konsequenzen des Krankenhausplanes 2015 als auch eine Übersicht über den aktuellen Stand zur kommenden Krankenhausplanung, der sich aus dem Gutachten ergibt, welches Herr Gesundheitsminister Laumann 2019 der Öffentlichkeit vorgestellt hat (Folien im Anhang). Sinn der kommenden KH-Planung ist es, doppelte Vorhaltung von Ausstattung und Personal bei benachbarten KH zu reduzieren und durch Konzentration bestimmter Leistungen auf weniger KH die Versorgung zu verbessern, um damit höhere Fachlichkeit und Versorgungsqualität der Bevölkerung zu erreichen. Trotzdem soll eine Notfallversorgung für alle Bürger\_innen durch Erreichbarkeit eines KH innerhalb von 30 Minuten gewährleistet werden.

Dabei zeigt sie für das Planungsgebiet 7 (Kreise Heinsberg, Düren und die StädteRegion Aachen) auf, dass z.B. bei der Leistungsgruppe (LG) Endoprothetik einige Krankenhäuser deutlich niedrigere Fallzahlen als 250 Fälle im Jahr aufweisen, was dafür spricht, dass hier eine Konzentration der Fälle auf weniger KH sinnvoll erscheint. Bei der Versorgung von Schlaganfallpatient\_innen zeigt sich, dass alle Versorger mehr als 600 Fälle im Jahr aufweisen, was ausreichend für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist.

Unterversorgt erscheint das Planungsgebiet 7 bei der Ausstattung mit neurologischen Frühreha-Betten Phase B, hier steht im gesamten Planungsgebiet kein einziges Bett zur Verfügung. Zusammenfassend stellt sie fest, dass eine Sicherung der KH-Standorte in der StädteRegion Aachen nur durch Kooperationen gelingen kann, durch Konzentration von Leistungen an einzelnen Standorten mit Bündelung entsprechender Fachkräfte mit Expertise und durch Abbau ggf. vorhandener Überversorgung in einzelnen Bereichen der KH. Gemeinsames Ziel ist die Sicherstellung der KH-Standorte in der StädteRegion zur medizinischen Versorgung der Bürger\_innen unter wirtschaftlichen Aspekten.

Herr Radtke, Regionaldirektor der AOK, schließt sich diesem gemeinsamen Ziel an. Er warnt davor, die Debatte zur Krankenhausplanung auf eine emotionale Ebene zu rücken, insbesondere durch die Verbreitung von Gerüchten, es würden 150 KH in NRW geschlossen. Das stehe nicht in dem Gutachten, welches als Basis zur künftigen KH-Planung vorliegt. Ihm ist aber auch wichtig darauf hinzuweisen, dass weitere Entwicklungen beachtet werden müssen. So stehen im Herbst die Kommunalwahlen an. Aus seiner Sicht sei es erforderlich, noch vor den Kommunalwahlen eine Abstimmung und Diskussion herbeizuführen, d.h. sich gemeinsam an einen Tisch zu setzen, um das Spannungsfeld Kostenträger/ Leistungserbringer aufzuarbeiten, dabei sei keine Zeit zu verlieren. Er betont, dass die GKV **in der StädteRegion Aachen** kein KH schließen wolle, es auch keine Empfehlung gebe, **in der StädteRegion Aachen** KH zu schließen. Die Diskussion müsse wertfrei geführt werden, bei der das vorliegende Gutachten als Gesprächsgrundlage dienen könne. Aus seiner Sicht sei eine bedarfsgerechte Versorgung mit effizientem Personal- und Ressourceneinsatz inkl. der Berücksichtigung des ambulanten Bereichs anzustreben. Dabei müssten aber auch kleinere KH z.B. bei der Personalfindung im Sinne der Daseinsvorsorge gestützt werden. Klar sei auch, dass die KH-Planung 2015 ihre Steuerungsaufgabe nicht erfüllt habe. Innerhalb der vorhandenen KH-Planung sei es zu einer deutlichen Mengenausweitung gekommen, so dass er Änderungen vor Ort für erforderlich hält, damit es keine Überversorgung gibt.

Herr Dr. Ziemons schließt sich den Ausführungen von Herrn Radtke an. Gemeinsam mit Herrn Radtke lädt er die beteiligten Krankenhäuser daher zu einem Krankenhausbeirat ein, der aus diesem Grund eine Wiederbelebung erfahren soll. Auch wenn es klar sei, dass dort nicht alles geregelt werden könne, so solle es doch ein Zeichen sein, dass ein Prozess angeschoben werde, um Veränderungen zu erreichen, die zu einer Stärkung der KH führen.

In der anschließenden Diskussion werden verschiedene Punkte angesprochen. So ist aus Sicht von Herrn Dr. Grebe die Reform der Notfallversorgung in der Region aufmerksam zu beobachten, ebenso wie eine sektorenübergreifende Versorgung anzu-

streben ist, d.h. den ambulanten mit dem stationären Sektor zusammenzuführen. Hier könnte eine Idee sein, in kleineren KH wie z.B. der Eifelklinik neben der stationären Versorgung auch hälftig ambulante Versorgung zuzulassen. Für eine Basisversorgung seien alle Häuser erforderlich, nicht nur die großen KH mit vielen Fachbereichen.

Frau Ebel hinterfragt das zugrundeliegende Gutachten. Aus ihrer Sicht sei die Bevölkerung mit der KH-Versorgung zufrieden. Eine Planung 30 Jahre im Voraus sei aus ihrer Sicht nicht realistisch leistbar. Sicher gebe es eine Überversorgung bei lukrativen Diagnosen, aber die einfachen Diagnosen seien auch wichtig. Ärgerlich ist für sie, dass durch das Land NRW Prämien für die Schließung von ganzen Abteilungen oder sogar KH ausgelobt wurde. Auch die Konzepte zur Konzentration auf Megakliniken wie in den Niederlanden oder Dänemark seien verheerend für die Versorgung der Patient\_innen, da oft nur schwer erreichbar. Sie sei erleichtert, dass hier eine einheitliche Meinung zur Sicherung der KH-Standorte in der Region erkennbar ist, aber aus ihrer Sicht sollte dabei ohne Eile Schritt für Schritt vorgegangen werden.

Herr Wagenbach weist auf die KH-Planung 2015 hin, die trotz Warnung durchgeprüft worden sei. Nun stehe erneut ein Systemwechsel an, der mit hohem Tempo vollzogen werden soll, wobei insbesondere auch die Frage der Finanzierung noch völlig offen sei. So sei durch die enge Zusammenarbeit der KH Eschweiler und Stolberg zwar im Sinne der Patient\_innen eine gute Aufteilung gefunden worden, die aber zu finanziellen Verlusten von mehreren Millionen Euro geführt habe. Aus seiner Sicht fehle für die gewünschten Veränderungen das Geld, auch unter dem Gesichtspunkt, dass das Land seiner Finanzierungspflicht schon jetzt nicht nachkomme, unter Zeitdruck seien keine schnellen Änderungen machbar. Herr Offermann ergänzt dies. Aus seiner Sicht sei eine Schwerpunktbildung selbstverständlich, dies sei ja auch schon früh umgesetzt worden. Dies sei aber mit erheblichen Verlusten verbunden gewesen, so dass seine Bitte an die Kostenträger geht, dies zu verhindern. Insbesondere planbare Leistungen könnten zentriert werden, nicht berücksichtigt werden aber aus seiner Sicht die Engpässe in der Patientenversorgung aufgrund jahreszeitlicher Effekte. So seien in den Wintermonaten oft keine freien Betten zu bekommen. Hier steht die Überversorgung der Vorhaltung freier Kapazitäten entgegen. Er wehrt sich auch gegen den Vorwurf, es gäbe eine schlechte Versorgungsqualität. Nur in 0,2% der Fälle gebe es Komplikationen. Er sei gerne bereit, sich an Gesprächen im Krankenhausbeirat zu beteiligen, es müsse aber aus seiner Sicht ergebnisorientiert gesprochen werden, ansonsten wäre sicher die Bereitschaft zur Beteiligung auf Dauer nicht aufrechtzuerhalten.

Herr Dr. Habers bringt die Idee ins Spiel, ob es nicht gelingen könne, jahreszeitliche Anpassungen der Kapazitäten von KH durchzuführen, um damit Versorgungsengpässe aufzufangen. Er weist darüber hinaus aus Sicht des Rettungsdienstes auf die Wichtigkeit hin, dass, egal wo ein Patient vom Rettungsdienst untergebracht werde, ausreichend Fachkräfte für die Versorgung zur Verfügung stünden.

Herr Radtke weist darauf hin, dass in der Region eine gute Versorgungsqualität vorhanden sei, auch die Wissenschaft an der qualitativen Verbesserung beteiligt sei. Er sieht aber potentiell auch die Gefahr eines „kalten“ Strukturwandels, der durch andere Entwicklungen verursacht werden könne, sofern eine Beteiligung der KH nicht zeitnah erfolge. Das Szenario ähnlich wie in Dänemark sieht er aber für NRW als unrealistisch an, da hierfür mehr als 60 Milliarden benötigt würden. Er schlägt einen zeitnahen gemeinsamen Termin der Kostenträger, StädteRegion und KH vor, um Chancen nicht zu verpassen.

#### **TOP 4: Generalistische Pflegeausbildung – aktueller Sachstand**

**Herr Thomas Kutschke M.A.**, Geschäftsführer des Bildungszentrums für Pflege und Gesundheit gGmbH in der StädteRegion Aachen und Landesvorsitzender des BLGS – Berufsverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V.

Herr Kutschke berichtet in seinem Vortrag (siehe Folien im Anhang) über die Entwicklung aus den letzten Jahr(zehnt)en zu den Reformen von Altenpflege- sowie Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung hin zur Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung. Dabei schildert er die Details des Pflegeberufgesetzes, welches mit Wirkung 01.01.2020 in Kraft getreten ist, aber bei einer Reihe von Beteiligten noch zu Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung führe. Neben den allgemeinen Ausbildungsinhalten weist er darauf hin, dass Schüler\_innen vor dem 3. Ausbildungsjahr sich entscheiden müssen, ob sie generalistisch oder feldbezogen die Ausbildung abschließen wollen. Hierbei ist zu beachten, dass nur die Ausbildung zur Pflegefachfrau/-mann EU-weite Anerkennung hat, dies trifft auf die Abschlüsse in Altenpflege/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nicht zu.

In Modellvorhaben soll es auch möglich sein, erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher (also ärztlicher) Tätigkeiten zu vermitteln.

Kritisch ist aus seiner Sicht zu betrachten, dass z.B. eine Spezialisierung im Bereich Altenpflege mit einer Deprofessionalisierung aufgrund des niedrigeren Prüfungsniveaus einhergeht, daher wird eine solche Variante von fast keiner Pflegeschule angeboten. Der/die mit diesem Ausbildungsgang fertige werdende Altenpfleger\_in wird nicht die gleichen beruflichen Kompetenzen erlangen, wie der/die nach alter APO ausgebildete; erhalte aber die gleiche Berufsbezeichnung.

Weiterhin geht er auf die hochschulische Pflegeausbildung kurz ein, die dazu befähigt, eine unmittelbare Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen auszuüben. Dabei kann durch eine vorhergehende Pflegeausbildung ein Studium verkürzt werden. Die Akademisierung ist aus seiner Sicht so wichtig, da aufgrund der vorliegenden Schulabgängerprognose immer mehr Schulabgänger studieren wollen statt einen Ausbildungsberuf zu erlernen. Daher muss der Pflegeberuf für diese Gruppe durch Akademisierung interessanter gemacht werden.

Auch in der Finanzierung der Pflegeausbildung ergeben sich Veränderungen, die nun über ein Fondssystem funktioniert, d.h. dass nichtausbildende Einrichtungen an

den Kosten beteiligt werden.

In der anschließenden Diskussion wird nachgefragt, ob die Pflegeschüler\_innen ein Gehalt beziehen. Herr Kutschke teilt mit, dass dies bei ca. 1.000,- Euro im Monat liegt. Zur akademischen Ausbildung ergänzt Herr Dr. Ziemons, dass diese z.B. im Köln angeboten wird, er wünsche sich aber, dass diese zukünftig auch in Aachen angeboten werden könnte.

Herr Dr. Grebe fragt nach, wie die Abgrenzung von Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten vorgenommen wird. Herr Kutschke weist darauf hin, dass dies zwar in Modellvorhaben erprobt werden soll, aber letztlich noch nicht umgesetzt wurde, so dass er hierzu noch keine Antwort liefern kann. Basis ist der aktuelle G-BA-Beschluss zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegefachfrauen/-männer, aus dem sich jetzt erste Modellvorhaben ergeben können.

Weiterhin wird die Motivation und der Mehrwert der Akademisierung der Pflege diskutiert, wobei klar wird, dass sich daraus auch wissenschaftliche Daten generieren lassen, wie Pflege wirkt und wann sie gut ist. Zum Abschluss der Diskussion wird verdeutlicht, dass aufgrund der notwendigen Veränderungen womöglich nicht alle Schulen in der Region erhalten bleiben werden, wichtig ist aber, dass die Zahl der Ausbildungsplätze insgesamt nicht reduziert wird.

#### **TOP 5:**

##### **Verschiedenes**

Herr Dr. Ziemons weist auf die Internationale Woche gegen Rassismus hin, die ab dem 16. März mit einer Vielzahl von Veranstaltungen stattfindet

Frau Schönhofer-Nellessen berichtet, dass mit Beteiligung der Servicestelle Hospiz ein Modell-Projekt in der Eifel zur gesundheitlichen Versorgungsplanung geplant ist, welches durch das MAGS NRW unterstützt wird. Sie ist gerne bereit, dieses Projekt in der nächsten KGK vorzustellen.

Herr Lapp, Feuerwehr Aachen, weist auf den aktuellen Beschluss des Landes NRW hin, den in Aachen entwickelten und in der Region erprobten Telenotarzt nun landesweit bis 2022 zu etablieren.

Herr Dr. Ziemons teilt mit, dass trotz der anstehenden Kommunalwahlen im Herbst eine KGK stattfinden wird. Schwerpunkt der Konferenz ist das Thema Hitzeaktionsplanung/ Umgang mit Großwetterereignissen. Er hofft, für diesen Termin einen ausgewiesenen Experten aus dem Umweltbundesamt als Referenten gewinnen zu können.

Ende der Konferenz: 17.10 Uhr

# Krankenhausplanung NRW

## Was bedeutet das für die StädteRegion Aachen?



### Inhalt:

1. Krankenhausplan 2015 – Rückblick
2. Aktuelle Situation
3. Auswirkungen des Krankenhausplans 2015
4. Gutachten: Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen
5. Wie geht es jetzt weiter?



## 1. Krankenhausplan 2015 - Rückblick

- 23.07.2013: Inkrafttreten des Krankenhausplans 2015
- Aufforderung der Krankenkassen zum Datenaustausch
- Verhandlungen der Regionalen Planungskonzepte zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern
- Bearbeitung und Nachverhandlungen der RPK durch die Bezirksregierung Köln
- Strukturveränderung durch Umverteilung von Betten

Vortrag für die 21. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen des Regionalrates des Regierungsbezirks Köln  
am 15. November 2019

3



### voriäufiges Ergebnis Krankenhausplan NRW 2015

PLANUNGSWERTE				DIFFERENZ	
Gesamt	Betten-Soll 31.12.2010	Zielwert Betten-Soll 2015 (nach Pflegetagen)	Ergebnis der Planung Stand 03.2017	Differenz Zielwert Betten-Soll 2015 - Betten- Soll 2010	Differenz Ergebnis Betten-Soll - Betten-Soll 2010
	1	2	3	2 - 1	3 - 1
Augenheilkunde	305	220	227	-85	-78
Chirurgie*)	7.504	6.343	6.720	-1.161	-784
Gynäkologie/Geburtshilfe	2.186	1.485	1.529	-701	-657
Geriatric	993	1.084	1.274	91	281
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	625	426	423	-199	-202
Haut- und Geschlechtskrankheiten	200	147	169	-53	-31
Innere Medizin	7.862	7.567	8.318	-295	456
Kinderheilkunde	994	896	992	-98	-2
Kinder- und Jugendpsychiatrie	205	205	223	0	18
Tagesklinik - Kinderpsychiatrie -	139	179	184	40	45
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	121	76	84	-45	-37
Neurochirurgie	303	302	321	-1	18
Neurologie	880	1.037	1.159	157	279
Nuklearmedizin	45	31	29	-14	-16
Psychiatrie und Psychosomatik	2.934	3.233	3.208	299	274
Tagesklinik - Psychiatrie -	659	786	956	127	297
Strahlentherapie	168	111	130	-57	-38
Urologie	884	818	803	-66	-81
Summe	27.007	24.946	26.749	-2.061	-258

Vortrag für die 21. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen des Regionalrates des Regierungsbezirks Köln  
am 15. November 2019

4



## 2. Aktuelle Situation:

Krankenhausplan 2015 ist im Regierungsbezirk Köln weitestgehend umgesetzt (Ausnahmen bei Baumaßnahmen)

Einzelne Regionale Planungskonzepte laufen im Nachgang

2019 wurde die Planung für 11 Zentren eingeleitet, z.B.

- Transplantationszentren
- Herzzentren
- Brustzentren
- Perinatalzentren
- Onkologische Spitzenzentren
- Überregionale Stroke Units
- Zentren für Kinderonkologie
- .....



## 3. Auswirkungen des Krankenhausplans 2015:

Wegfall der Teilgebietsplanung (z. B. Kardiologie, Orthopädie....).



Krankenhäuser können (bei entsprechenden Strukturen, z. B. Vorhaltung von entsprechenden Fachärzten) mehr und andere Leistungen anbieten



Entstehen von Konkurrenzangeboten benachbarter Krankenhäuser mit entsprechend kleineren Fallzahlen, z. B. in der Kardiologie oder der Endoprothetik

Quelle: MAGS NRW





## 4. Gutachten: Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen Was sollte das Gutachten liefern?

Quelle: MAGS NRW

Analyse der aktuellen stationären Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen

Identifizierung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung

Bedarfsprognose für die Zukunft

Handlungsempfehlungen für die Krankenhausplanung

Aufbau einer ortsnahen, bedarfsgerechten, leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung

Vortrag für die 21. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen des Regionalrates des Regierungsbezirks Köln am 15. November 2019

7



## Zentrale Ergebnisse der Ist-Analyse 1

Quelle: MAGS NRW

16 Versorgungsgebiete (VG)

• nahezu flächendeckende Versorgung

Ballungszentren  
(Rhein-Ruhr-Schiene)

• Tendenz zur Überversorgung

Ländliche Gebiete

• teilweise eine Unterversorgung

Statistisch

• stationär mehr Fälle mit mehr Belegtagen und einer längeren Verweildauer als im Bundesdurchschnitt

Vergleich

• in keinem Bundesland werden bei vergleichbarer Altersstruktur mehr Fälle im KH versorgt

Vortrag für die 21. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen des Regionalrates des Regierungsbezirks Köln am 15. November 2019

8



## Zentrale Ergebnisse der Ist-Analyse 2

### Zahlen, Zahlen, Zahlen...

12.300  
Patienten und  
über 281  
Betten pro  
Krankenhaus

Fallzahlen  
2013 bis 2017  
5,4 Prozent  
gestiegen

Verweildauer  
2013 bis 2017  
5,6 Prozent  
gefallen

Innere  
Medizin und  
Chirurgie  
versorgen  
circa 64 %  
aller  
stationären  
Fälle

Quelle: MAGS NRW

Vortrag für die 21. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen des Regionalrates des Regierungsbezirks Köln  
am 15. November 2019

9



## Zentrale Ergebnisse der Ist-Analyse 3

### Unterversorgung

- In einigen wenigen Leistungsgruppen, z.B. Neuro-Frühreha und Palliativmedizin

### Prognose 2022-2032

- in fast allen Leistungsbereichen in der Somatik deutliche Überkapazitäten

### Prognose 2022-2032

- Rückgang der Fälle um 6 %

### Prognose 2022-2032

- Ausnahmen: Palliativmedizin (+16 Prozent) und Geriatrie (+21 Prozent).

Quelle: MAGS NRW

Vortrag für die 21. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen des Regionalrates des Regierungsbezirks Köln  
am 15. November 2019

10



## Wie bewertet das Gutachten die derzeitige Krankenhausplanung?

- derzeitige Planungsmethodik
  - Bett als zentrale Planungsgrundlage
  - wenig detaillierte Rahmenplanung
  - 16 Fachgebiete und 16 VG
  - verhindert gezielte Steuerung von KH -Kapazitäten
- Fachgebietsplanung → keine effektive Leistungssteuerung (Fachgebiete zu unspezifisch, bis auf wenige Ausnahmen sehr allgemein gehalten, für med. Leistungsdefinition ungeeignet)
- Versorgung lässt sich kaum transparent abbilden und steuern

Quelle: MAGS NRW

Vortrag für die 21. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen des Regionalrates des Regierungsbezirks Köln am 15. November 2019

11



## Wie bewertet das Gutachten die derzeitige Krankenhausplanung? (2)

- Folge davon ist Intransparenz: mit welchen Ressourcen werden welche Patienten behandelt?
- Bett als zentrale Planungsgröße bildet zunehmende Flexibilität der Patientenversorgung nicht mehr ab
- nur unzureichende Kontrollmöglichkeiten über tatsächlich erbrachte Leistungen mit geplanten Kapazitäten
- Qualität der Leistungserbringung wird in derzeitiger Planungssystematik nur in sehr geringem Maße berücksichtigt

Quelle: MAGS NRW

Vortrag für die 21. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen des Regionalrates des Regierungsbezirks Köln am 15. November 2019

12



## Welche Empfehlungen gibt das Gutachten für die Zukunft?

- Abrücken von bisheriger Fachabteilungsstruktur
- stattdessen Leistungsgruppensystematik für gesamtes stationäres Leistungsangebot entwickeln
  - damit soll aktueller sowie zukünftiger Bedarf geplant werden (können)

Quelle: MAGS NRW



## Welche Empfehlungen gibt das Gutachten für die Zukunft? (2)

- Vorschlag Somatik:
  - 25 Leistungsbereiche (LB) (z.B. Unfallchirurgie) aufgegliedert in
  - 70 Leistungsgruppen (LG) (z.B. Endoprothetik Knie)
- Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Fächer werden in 10 LG gruppiert

Quelle: MAGS NRW



## Vorteile der Veränderungen

- klarerer Leistungsbezug, Leistungssteuerung ist durchführbar
- Verknüpfung der LB und LG an Qualitätsindikatoren und Vorgaben z.B. Mindestmengen
- Festlegung von Strukturmerkmalen wie technische oder personelle Vorgaben
- Berücksichtigung des ambulanten Potentials
- Erreichbarkeitsziele für jede LG können einzeln definiert werden

Quelle: MAGS NRW



## 5. Wie geht es jetzt weiter?

NRW: Erreichbarkeit eines KH mit Notfallversorgung in 30 Minuten für alle Bürger (= Vorgabe des GBA)

KH-Planung künftig nicht allein anhand der Bettenzahl, da keine Aussage über wirkliches Versorgungsgeschehen möglich

Stattdessen Einführung medizinischer LG wie von Gutachtern empfohlen

LG an Qualitätskriterien (beispielsweise von GBA oder med. Fachgesellschaften festgelegt) koppeln, um Versorgungsqualität zu sichern.

Quelle: MAGS NRW



## 5. Wie geht es jetzt weiter? (2)

### Ziel:

- KH einer Region bieten Leistungen an, die für Versorgung der Bevölkerung auch notwendig sind  
→ Über- oder Unterversorgung reduzieren
- Gewährleistung höherer Fachlichkeit der KH und damit höherer Versorgungsqualität für Bevölkerung



## 5. Wie geht es jetzt weiter? (3)

- doppelte Vorhaltung technischer Ausstattung und Personal benachbarter KH = hohe Investitionsmittel und Bindung med. Fachpersonals  
→ konzentriert an weniger Häusern, kann medizinische Versorgung verbessert werden
- LB und LG definieren, die medizinische Leistungen der Krankenhäuser gruppieren  
→ auf Basis dieser Leistungsgruppen Krankenhausplanung vornehmen

Quelle: MAGS NRW

## 5. Wie geht es jetzt weiter? (4)

Bezirksregierung Köln



- 2020 Erarbeitung des Krankenhausplans mit allen Beteiligten im Landesausschuss für Krankenhausplanung
- Arbeitsgruppe und zwei Unter-Arbeitsgruppen (Somatik und Psychiatrie).
- 2021 Aufforderung der Beteiligten vor Ort, Verhandlungen über regionale Planungskonzepte nach dem neuen Krankenhausplan NRW aufzunehmen
- Ziel: Verhandlungen bis Ende der Legislatur abgeschlossen

Quelle: MAGS NRW

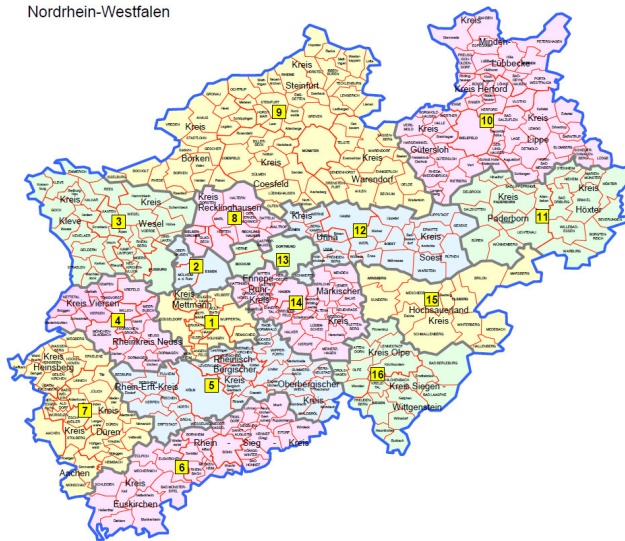
Vortrag für die 21. Sitzung der Kommission für Regionalplanung und Strukturfragen des Regionalrates des Regierungsbezirks Köln am 15. November 2019

19

## Planungsbereiche NRW



Nordrhein-Westfalen

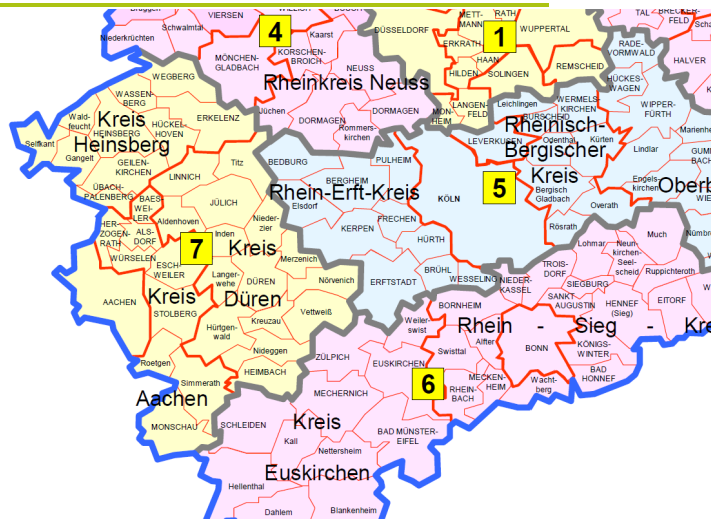


- Verwaltungsgebiet 1 (BR Düsseldorf): Städte Düsseldorf, Bielefeld, Solingen und Wuppertal sowie der Kreis Mettmann
- Verwaltungsgebiet 2 (BR Düsseldorf): Städte Essen, Mülheim (Ruhr), Oberhausen
- Verwaltungsgebiet 3 (BR Düsseldorf): Stadt Duisburg, Kreis Ennepe-Ruhr-Stadt
- Verwaltungsgebiet 4 (BR Düsseldorf): Städte Witten und Mönchengladbach, Kreis Neuss und Kreis Viersen
- Verwaltungsgebiet 5 (BR Köln): Städte Köln und Leverkusen, sowie der Erftkreis, der Oberbergischer Kreis und den Rheinisch-Bergischen Kreis
- Verwaltungsgebiet 6 (BR Köln): Stadtkreis Köln, Eifelkreis Prüm, Rhein-Sieg-Kreis
- Verwaltungsgebiet 7 (BR Köln): Stadt Aachen, Kreis Aachen, Kreis Düren und Kreis Heinsberg
- Verwaltungsgebiet 8 (BR Münster): Städte Bielefeld, Hamm und Steinfurt, Kreis Bielefeld
- Verwaltungsgebiet 9 (BR Münster): Stadt Münster, Kreis Bielefeld, Kreis Coesfeld, Kreis Steinfurt und Kreis Warendorf
- Verwaltungsgebiet 10 (BR Detmold): Stadt Detmold, Kreis Detmold, Kreis Herford, Kreis Lippe und Kreis Minden-Lübbecke
- Verwaltungsgebiet 11 (BR Detmold): Kreis Heister und Kreis Friesland
- Verwaltungsgebiet 12 (BR Arnsberg): Stadt Hamm, Kreis Soest und Kreis Utmunster
- Verwaltungsgebiet 13 (BR Arnsberg): Städte Bielefeld, Dortmund und Paderborn
- Verwaltungsgebiet 14 (BR Arnsberg): Stadt Siegen, Kreise Siegen, Märkischer Kreis
- Verwaltungsgebiet 15 (BR Arnsberg): Stadt Siegen, Kreise Siegen, Märkischer Kreis

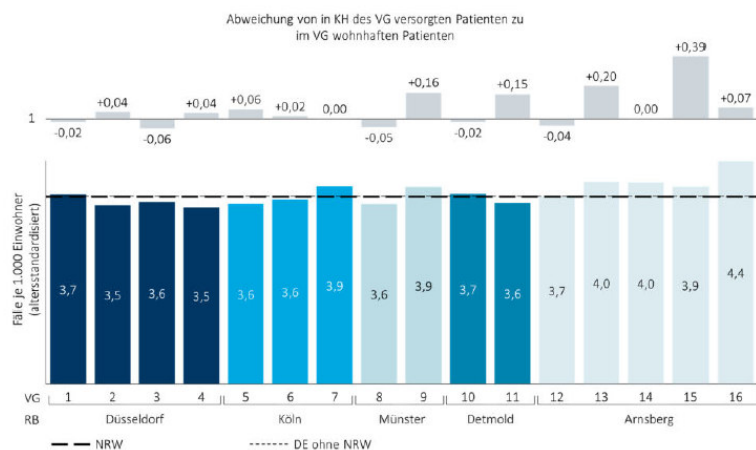
www.staedteregion-aachen.de

20

## Planungsbereich 7

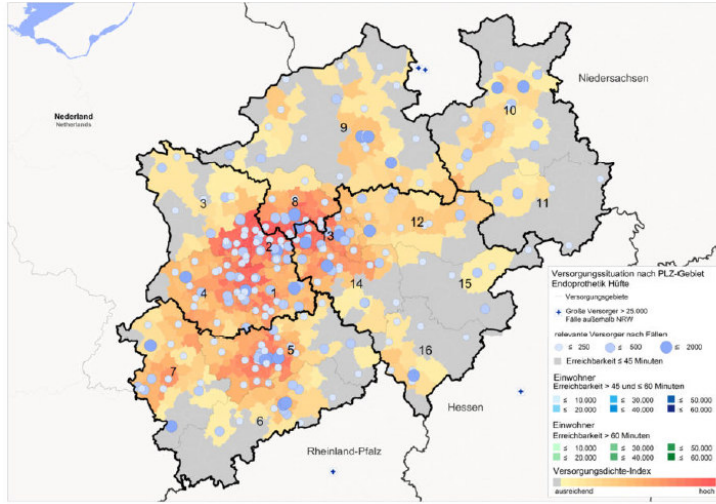


## Krankenhaushäufigkeit und Wanderungskennzahl je VG – LG Endprothetik Hüfte

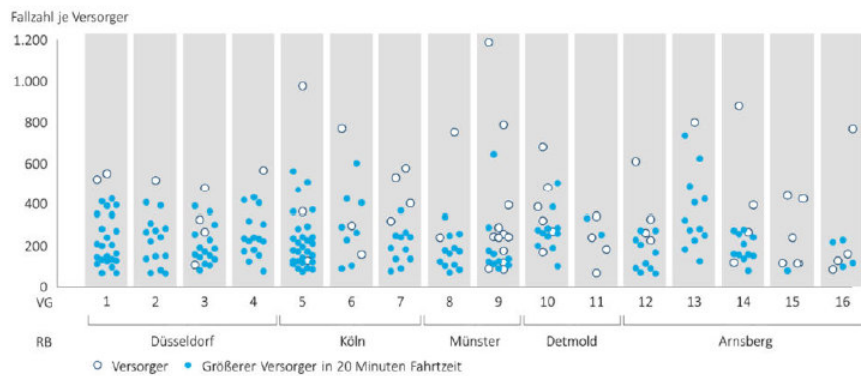




# Erreichbarkeit, KH-Standorte und Versorgungsdichte – LG Endoprothetik Hüfte



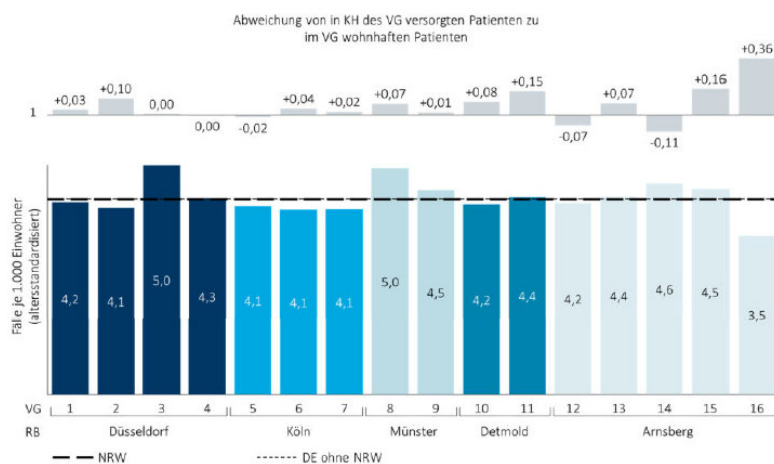
# Fallzahlenspektrum-relevante KH-Standorte je VG – LG Endoprothetik Hüfte



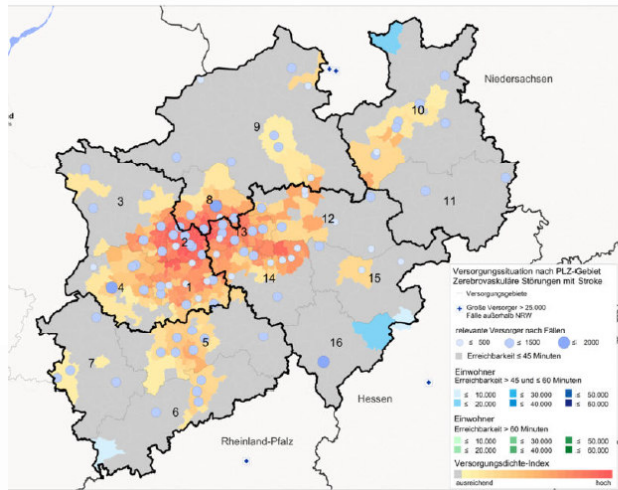
## Bedeutung für VG 7

- Fallzahl (3,7 / 1.000 EW) = deutscher Referenzwert
- Spitzenposition im internat. Vergleich mit Hocheinkommensländern
- Erreichbarkeit für alle EW in NRW binnen 45 Min.
- Viele KH mit Fallzahlen < 250 Eingriffe
- Zeichen für Überversorgung in VG 12, 13 und 14

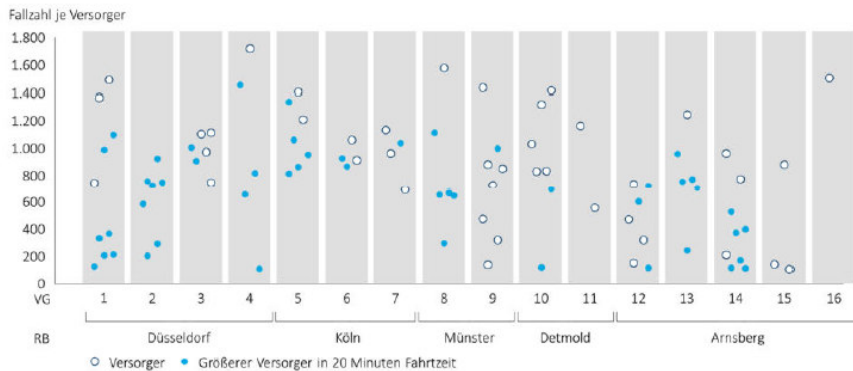
## KH-Häufigkeit und Wanderungskennzahl je VG – LG Zerebrovaskuläre Störungen mit Stroke



## Erreichbarkeit, KH-Standorte und Versorgungsdichte – LG Zerebrovaskuläre Störungen mit Stroke



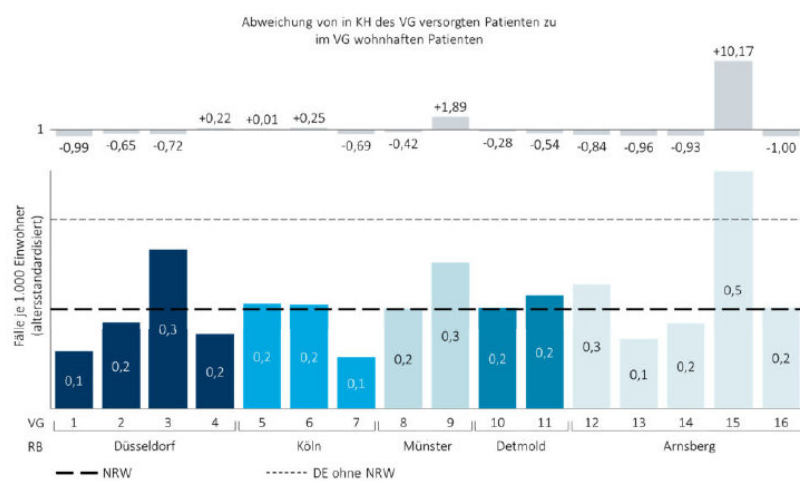
## Fallzahlenspektrum-relevante KH-Standorte je VG – LG Zerebrovaskuläre Störungen mit Stroke



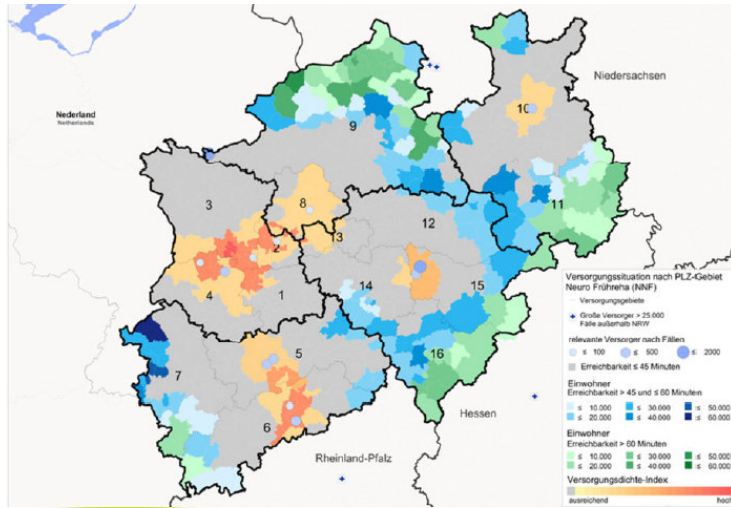
## Bedeutung für VG 7

- 4,3 Fälle / 1.000 EW = deut. Referenzwert
- Ausdruck geringer Steuerbarkeit durch Notfälle
- Erreichbarkeit binnen 45 Minuten gegeben
- Alle Versorger > 600 Fälle

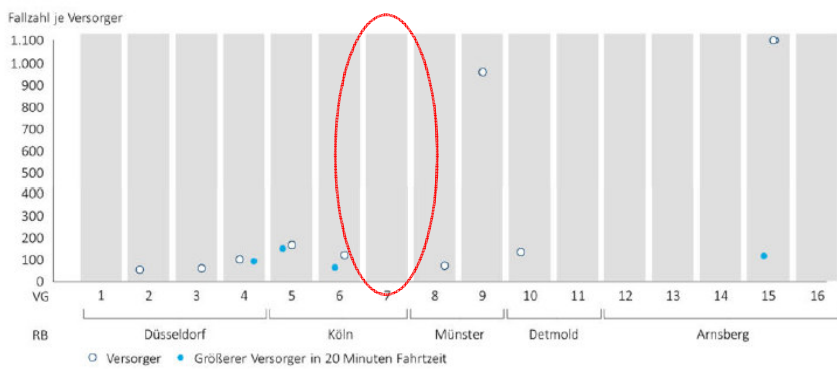
## KH-Häufigkeit und Wanderungskennzahl je VG - LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)



## Erreichbarkeit, KH-Standorte und Versorgungsdichte – LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)



## Fallzahlenspektrum-relevante KH-Standorte je VG – LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)



Wofür es sich zu kämpfen lohnt...

## Ziele und mögliche Effekte neuer Planung



- Sicherung der vorhandenen KH-Standorte in der SR durch:
  - Kooperationen
  - Konzentrieren von Leistungen an einzelnen Standorten
  - Fachkräfte je nach Expertise in einzelnen KH statt an jedem Standort
  - Abbau von Überversorgung (z.B. in einzelnen KH, am Lebensende...)

vgl. auch Dtsch Aertztebl 2020; 117(4): A 131-3

## Aufgaben und Ausblick



Überwachung der medizinischen Versorgung in der StädteRegion ist (auch) Aufgabe des ÖGD

Offene Debatte zusammen mit den KH-Trägern erwünscht

Gemeinsames Ziel:

Sicherstellung der KH-Standorte in der STR zur med. Versorgung der Bürger unter wirtschaftl. Aspekten

# Die generalistische Pflegeausbildung ab 2020 in Deutschland - aktueller Sachstand

*Thomas Kutschke M.A., Dipl. Pflegewissenschaftler  
Geschäftsführer BZPG gGmbH StädteRegion Aachen*

## Zeitlicher Verlauf der Reform

- 1999 Reform der Altenpflegeausbildung  
Bundesaltenpflegegesetz
  - Inkrafttreten 2003 Altenpflege damit ein Gesundheitsfachberuf
- 2004 Reform der Krankenpflegeausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege
  - Aufwertung der sozialpflegerischen Anteile
  - Integration von Kranken und Kinderkrankenpflege
- In beiden Gesetzen Modelklauseln zur weiteren Reform

## Modellprojekte von 2004 bis 2008

Es wird eine **Zusammenführung der bisherigen Pflegeausbildungen** mit einem einheitlichen Berufsabschluss nach drei Jahren empfohlen.

Die **schulische Ausbildung** sollte **vollständig integriert** werden. Innerhalb der theoretischen Ausbildung sollten etwa **10 % des Unterrichts für die speziellen Vertiefungsanteile bei der Vor- und Nachbereitung der Praxisphasen und Praktika** zur Verfügung stehen.

Eine Ausbildung mit diesen Merkmalen lässt sich als **integrierte Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung** bezeichnen.



Pflegeausbildung  
in Bewegung

Das Modellverbund zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe  
Schwerpunkt der internationalen Tagung

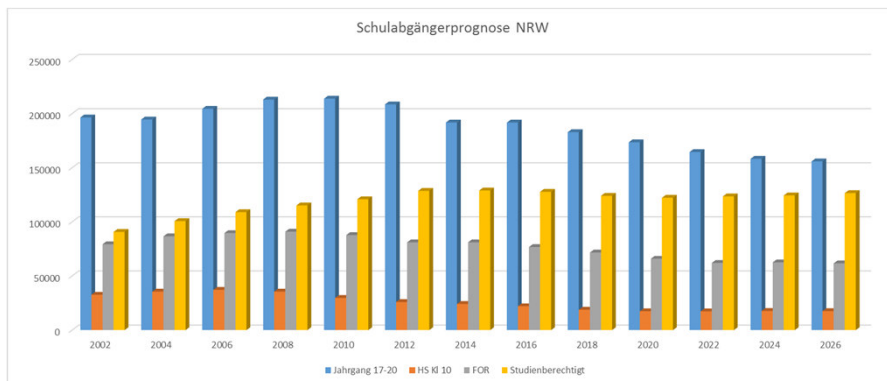


## Die Jahre 2008 bis 2017 für die Pflegeausbildung





## Schulabgängerprognose NRW



Schulministerium NRW 2014

## Auswirkungen auf den mittleren Schulabschluss in NRW

- Bereits 2020 muss jeder 7. Schulabgänger mit Hauptschulabschluss Kl. 10 oder Fachoberschulreife eine Pflegeausbildung antreten, wenn dies weiterhin alleinige Zielgruppe für eine Pflegeausbildung sein soll
- Nur auf die Altenpflegeausbildung bezogen muss jeder 3. Schulabgänger mit Hauptschulabschluss Kl. 10 in die Altenpflegeausbildung

## Potential für pflegerischen Nachwuchs

Bereits im Jahr 2014 wollten ca. 67 % eines Jahrgangs studieren. Diese Zahl wächst in den nächsten 8 Jahren auf 80%. Um den zukünftigen Bedarf an Pflegekräften gewinnen zu können, muss der Beruf für Menschen interessanter werden, die eine akademische Laufbahn einschlagen wollen, sonst entscheiden diese Menschen sich für andere Berufe!

## Das Pflegeberufegesetz (PflBG)

### Berufsbezeichnung

Pflegefachfrau, Pflegefachmann mit Zusatzbezeichnung des Vertiefungsbereichs, ggf. mit dem akademischen Grad oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in

### Vorbehaltene Tätigkeiten

die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs  
die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses  
die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege

Inkrafttreten 01.01.2020

## Einsätze in den ersten beiden Ausbildungsjahren

Einsatzbereich	Umfang (h)	Einsatzort
Orientierungseinsatz	mind. 400-460	<b>Träger der praktischen Ausbildung</b>
Pflichteinsatz Versorgungsbereich I (bspw. ambulante Pflege)	mind. 400	Träger der praktischen Ausbildung <u>oder</u> Kooperation mit ambulantem Dienst*
Pflichteinsatz Versorgungsbereich II (bspw. stationäre Akutpflege)	mind. 400	Träger der praktischen Ausbildung <u>oder</u> Kooperation mit Krankenhaus*
Pflichteinsatz Versorgungsbereich III (bspw. stationäre Langzeitpflege)	mind. 400	Träger der praktischen Ausbildung <u>oder</u> Kooperation mit (Alten-)Pflegeheim*
Pflichteinsatz Pädiatrische Versorgung	mind. 120	Träger der praktischen Ausbildung <u>oder</u> Kooperation mit zugelassener Einrichtung
Theoretischer + praktischer Unterricht	mind. 1.400	<b>Pflegeschule</b>

\* **Mindestens ein Praxiseinsatz in einem der drei Versorgungsbereiche muss beim Träger der praktischen Ausbildung absolviert werden**

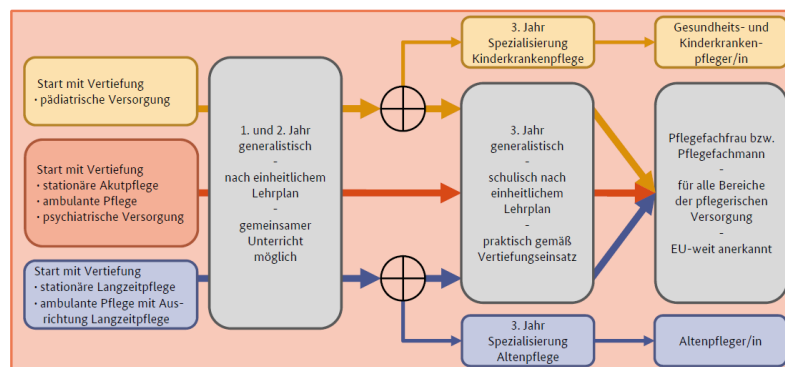
## Einsätze im dritten Ausbildungsjahr

Einsatzbereich	Umfang (h)	Einsatzort
Pflichteinsatz Psychiatrische Versorgung	mind. 120	Träger der praktischen Ausbildung <u>oder</u> Kooperation mit zugelassener Einrichtung
Vertiefungseinsatz	mind. 500	<b>Träger der praktischen Ausbildung</b>
Weiterer Einsatz (Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation)	mind. 80	Träger der praktischen Ausbildung <u>oder</u> Kooperation mit zugelassener Einrichtung
Zur freien Verteilung	mind. 80	Träger der praktischen Ausbildung <u>oder</u> Kooperation mit zugelassener Einrichtung
Theoretischer + praktischer Unterricht	mind. 700	<b>Pflegeschule</b>

## Wahlmöglichkeit

Die Schülerinnen und Schüler erhalten ein Wahlrecht im Ausbildungsvertrag (vier Monate vor Beginn des 3. Ausbildungsjahres = 20. Ausbildungsmonat), ob sie generalistisch oder feldbezogen die Ausbildung abschließen wollen.

## Ausbildungsgang in der beruflichen Ausbildung



## Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben § 63 Abs. 3c SGB 5

(1) Zur zeitlich befristeten Erprobung ..., können über die in § 5 beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden.

(2) Soweit die Ausbildung nach Absatz 1 über die in diesem Gesetz und die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelten Ausbildungsinhalte hinausgeht, werden die Ausbildungsinhalte in gesonderten Lehrplänen der Pflegeschulen und Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung festgelegt.

## Richtlinie des GBA zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten nach § 63 Absatz 3c SGB V

Die Richtlinie erweitert die Möglichkeiten von Pflegefachfrauen/-männern bei der Versorgung von Patienten mit definierten chronischen Erkrankungen. Nötig ist dabei stets eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung.

(Diabetes Mellitus Typ 1 und 2, chronische Wunden, Demenz sowie Hypertonie)

## Hochschulische Pflegeausbildung

- Der Wissenschaftsrat fordert eine hochschulische Qualifikation für 10 – 20 % der Pflegenden
- Die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen befähigt zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und verfolgt gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung ein erweitertes Ausbildungsziel.
- Die im Rahmen einer erfolgreich abgeschlossenen Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen und Fähigkeiten sollen als gleichwertige Leistungen auf das Studium angerechnet werden. (Verkürzungsmöglichkeit)

## Theoretischer und praktischer Unterricht

- Die Auszubildenden werden befähigt, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens sowie auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse die beruflichen Aufgaben zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbständig zu lösen sowie das Ergebnis zu beurteilen. Im Unterricht ist sicherzustellen, dass die verschiedenen Versorgungsbereiche und Altersstufen angemessen berücksichtigt werden.
- Die Pflegeschule erstellt ein schulinternes Curriculum.

## Praktische Ausbildung

- Während der praktischen Ausbildung sind die Kompetenzen zu vermitteln, die zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlich sind. Die Auszubildenden werden befähigt, die im Unterricht und in der praktischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen aufeinander zu beziehen, miteinander zu verbinden und weiterzuentwickeln.
- Die praktische Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung soll mindestens 1300 Stunden umfassen. Ein Pflichteinsatz und der Orientierungseinsatz sind beim Träger der praktischen Ausbildung durchzuführen.

## Praxisanleitung

- Die Einrichtungen der praktischen Ausbildung stellen die Praxisanleitung sicher. Die Praxisanleitung erfolgt im Umfang von mindestens 10% der praktischen Ausbildungszeit, geplant und strukturiert auf der Grundlage des vereinbarten Ausbildungsplanes.
- Mindestens 300 Stunden berufspädagogische Zusatzqualifikation zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter
- Kontinuierliche berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich

## Praktische Prüfung

Die zu prüfende Person zeigt die erworbenen Kompetenzen im Bereich einer umfassenden personenbezogenen Erhebung des Pflegebedarfs, der Planung der Pflege, der Durchführung der erforderlichen Pflege und der Evaluation des Pflegeprozesses sowie im kommunikativen Handeln und in der Qualitätssicherung und übernimmt in diesem Rahmen alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege. Wesentliches Prüfungselement sind die vorbehaltenen Tätigkeiten. erstreckt sich auf die Pflege von mindestens zwei Menschen, von denen einer einen erhöhten Pflegebedarf aufweist. Die zu prüfenden Personen werden einzeln geprüft.

## Vergleich Anlage 1, 2 und 4

Kompetenzbereich 1: Pflegeprozess und Pflegediagnostik		
Anlage 1, Zwischenprüfung, Kompetenzbereich 1 Überschrift	Anlage 2, Pflegefachkraft, Kompetenzbereich 1 Überschrift	Anlage 4, Altenpflegerin, Kompetenzbereich 1 Überschrift
<p><b>Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.</b></p>	<p><b>Pflegeprozesse und Pflegediagnostik</b> in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und <b>evaluieren</b>.</p>	<p><b>Pflegebedarfe</b> von alten Menschen <b>erkennen</b> sowie Pflege- und Betreuungsprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen steuern und <b>bewerten</b>.</p>



## Vergleich Anlage 1, 2 und 4

Kompetenzbereich V: "Eigenes Handeln auf der Grundlage von Wissenschaft reflektieren und begründen"		
<b>Anlage 1, Kompetenzbereich V, Punkt 1</b>  <b>Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.</b>	<b>Anlage 2, Kompetenzbereich V, Punkt 1, Buchstabe a), Pflegefachfrau</b>  <b>Pflegehandeln</b> an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen <b>ausrichten.</b>	<b>Anlage 4, Kompetenzbereich V, Punkt 1, Altenpflegerin</b>  Auf der Grundlage von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen, ethischen Grundsätzen und beruflichen Aufgaben <b>handeln.</b>

## Konsequenzen für die Altenpflege

Die Spezialisierung zur Altenpflegerin zum Altenpfleger nach Pflegeberufegesetz bedeutet eine massive Deprofessionalisierung der Altenpflege. Daher wird diese Variante von fast keiner Pflegeschule angeboten.

## Hinweis

Die Erforderlichkeit von Änderungen ergibt sich insbesondere daraus, dass spezielle Berufsabschlüsse in der Kinderkrankenpflege und Altenpflege aufgrund der EU-rechtlichen Vorgaben im Unterschied zur Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann **nicht** an der automatischen europaweiten Anerkennung teilnehmen können.

## Finanzierung der Pflegeausbildung

- Aufgrund der unterschiedlichen Struktur ist eine Neufinanzierung der Ausbildung erforderlich
- Finanzierung über ein Fondsystem
- Kein Schulgeld für Auszubildende
- Nicht ausbildende Einrichtungen sind an den Kosten zu beteiligen

## Ausbildungsbudget 2020 in NRW

- 8.000,- € für die Träger der praktischen Ausbildung pro Schüler und Jahr
- 7.350,- € für die Pflegeschulen pro Schüler und Jahr bei 1:25 Lehrer-Schüler-Relation
- (900,- € Mehrkosten bei 1:20)
- Für 2021 eine Steigerungsrate von 2,9%

Vielen Dank für Ihr Interesse

**Thomas Kutschke**