

Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022.

„Die Strukturen müssen für die Menschen da sein,
nicht die Menschen für die Strukturen!“

Die Planung über differenzierte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen ermöglicht künftig eine sachgerechte und transparente Strukturierung der Versorgung. In Verbindung mit klar definierten nachvollziehbaren Vorgaben zur Strukturqualität ergibt sich eine Krankenhausplanung, die diesen Namen tatsächlich verdient. (Karl- Josef Laumann)

Krankenhausplan NRW, Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Innerhalb dieser „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sind die Ziele der neuen Krankenhausplanung:

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

Fallzahlensenkung:

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!

Krankenhausplan NRW, Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Innerhalb dieser „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sind die Ziele der neuen Krankenhausplanung:

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

Bettenabbau:

- 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

Dies ist definitiv eine Arbeitsverdichtung für das Personal!

Eine Steigerung der Bettenauslastung bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung benötigt mehr Personal, eine bessere Interaktion und Kommunikation mit anderen Bereichen (Labor, Radiologie, Konsile) und vor allem eine strukturierte Nachsorge!

Krankenhausplan NRW, Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Innerhalb dieser „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sind die Ziele der neuen Krankenhausplanung:

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

Bettenabbau:

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

Die angestrebte „Ambulantisierung“ soll 11,8 % der für 2032 prognostizierten Fälle (570.000) umfassen.

„Kleine“ geschlossene Krankenhäuser sollen in „intersektorale“ bettenführende Gesundheitszentren umgewandelt werden.

Der Anteil der nicht ambulantisierbaren Fälle der neuen Gesundheitszentren müssten in Krankenhäuser umgeleitet werden.

Deren ambulantisierbare Fälle müssten statt dessen in die Gesundheitszentren verbracht werden.

Ob das möglich und medizinisch sinnvoll wäre, ist unbekannt. Eine Simulation gibt es nicht, einen Plan erst recht nicht. Welche Kosten damit verbunden sind und wie lange eine solche Veränderung benötigt, ist ebenfalls offen

Krankenhausplan NRW, Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Innerhalb dieser „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sind die Ziele der neuen Krankenhausplanung:

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

Bettenabbau:

- 4.800 über eine Leistungsverschiebung in den ambulanten Sektor (570.000 Fälle jährlich)
- Vergleiche mit anderen europäischen Ländern, wie Dänemark, Schweden oder der Schweiz folgen keiner Logik, solange nicht gleiche Strukturen herrschen.
Weder findet man in Deutschland bis jetzt sog. IVZs oder Primärversorgungszentren, noch ist eine flächendeckende poststationäre Versorgung sichergestellt. Von der prästationären Patientenversorgung mal ganz abgesehen.
- Noch finden sich keine Strukturen, die sicherstellen dass ambulantisierbare Patienten die Krankenhäuser nicht mehr aufsuchen.
Wie also wird sichergestellt, dass Krankenhäuser sicher die ambulanten Patienten in entsprechende Versorgungsstrukturen verlegen und diese wiederum ihr „stationäres Patientengut“ sicher zum Krankenhaus bringen?

Krankenhausplan NRW, Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Innerhalb dieser „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sind die Ziele der neuen Krankenhausplanung:

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

Zentralisierung:

- Feststellung nach Gutachten 2019: Kleine, schlechte Krankenhäuser müssen weg!

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

„Wir haben die Wahl: Kleine, schlechte Krankenhäuser „um die Ecke“ oder größere mit höherer Qualität ein paar Minuten weiter weg!“ (Prof. Busse, TU Berlin, Potsdam, 2019)

Krankenhausplan NRW, Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Zentralisierung:

Feststellung nach Gutachten 2019: Kleine, schlechte Krankenhäuser müssen weg

Über solche Pauschalierungen wurde ein Bild in der Bevölkerung geschaffen, dass kleine Krankenhäuser keine gute Versorgungsqualität leisten können. Das ist jedoch falsch!

Große Mengen und gute Ergebnisse werden auch in kleinen und mittleren Krankenhäusern erreicht.

Denn „Volume-Outcome-Beziehungen“ sagen nichts über die Krankenhausgröße aus.

- Das kleine, schlechte Krankenhaus „um die Ecke“ gibt es vielleicht als Einzelfall, aber nicht als Krankenhaustypus.
Auch kleine und mittelgroße Krankenhäuser leisten hoch qualitative Arbeit.
Auch eine Spezialstruktur oder Abteilung kann sich in einem 150 Betten Haus befinden.
- Wer bedarfsgerecht planen will, muss dieses Leistungsmosaik quantitativ und qualitativ erfassen.
Eine solche Bestandsaufnahme gibt es aber nicht.
- In NRW haben 149 Krankenhäuser weniger als 200 Betten! In Summe verfügen sie jedoch über 13.539 Betten (= 73,6 % der in NRW abzubauenen Krankenhausbetten).
Sollen die jetzt alle schließen oder in IVZs/ IGZs umgewandelt werden?
Wer übernimmt die Kosten?
Wie lange soll das dauern und was machen wir bis dahin?

Krankenhausplan NRW, Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Fazit:

- Fallzahlenenkung und Zentralisierung stehen in keinem kausalen Zusammenhang.
Ökonomisierung wurde bereits seit Jahren versucht und ist bis jetzt gescheitert!
- Der Zweck der Zentralisierung ist die Steigerung der ökonomischen Effizienz.
Dabei tritt jedoch der Mensch in den Hintergrund
- Auf Grund der hohen Kosten einer Zentralisierung der „Krankenhauslandschaft“ sind die Zentralisierung und die dringend notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen unvereinbar.
- Da die Zentralisierung weitgehend mit privatem Kapital finanziert werden müsste, würde sie einen weiteren Privatisierungsschub auslösen.
Nach Aussage der Planer werden ca. 100 Milliarden Euro benötigt, welche nur aus dem privaten Kapitalmarkt geholt werden können.
- Umfassende „Ambulantisierung“ setzt eine sektorenübergreifende staatliche Planung der stationären, ambulanten und intersektoralen Versorgung voraus.
Gibt es aber noch nicht

Zentralisierung ist ohne Qualitätsverlust aber nur möglich, wenn ambulante und intersektorale Versorgung zu Verfügung stehen würden und nicht jetzt erst in eine Planung gehen!

Krankenhausplan NRW, Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Fazit:

- Der Umbau der Krankenhauslandschaft ist notwendig.
Dies muss jedoch mit allen Beteiligten gemeinsam erarbeitet werden.
- Nachhaltigkeit und strukturelle Integrität eines künftigen Krankenhaus- und Versorgungslandschaft lassen sich nur gemeinsam erarbeiten
- Daseinsvorsorge ist eine staatliche Aufgabe
Dafür muss das duale Finanzierungssystem genutzt werden
Laufende Kosten über die Krankenkassen, Investitionskosten über die Länder
- Das bestehende Fallpauschalensystem muss in Gänze abgeschafft werden.
Dies scheint nicht angedacht zu sein
- Falls man die Gewinnorientierung nicht abschaffen will, müssen diese Gewinne der Daseinsvorsorge in Gänze wider zugeführt werden.
- Die Kosten für den Umbau der Krankenhauslandschaft belaufen sich geschätzt auf ca. 100 Milliarden Euro
Wird diese Geld aus dem privaten Sektor genommen, wird Daseinsvorsorge endgültig privatisiert.
Das ist mit unserem Grundgesetz nicht vereinbar