

Kommunale Gesundheitskonferenz

08. Juni 2022

Grundzüge zum neuen Krankenhausplan NRW
Anja Rapos

Krankenhausplanung bisher

Krankenhausplanung ist Ländersache!

- Hauptfachabteilung mit Bettenzahl
- Z.B. Innere Medizin 94 Betten
- Neurologie 36 Betten
- Intensivpflege 20 Betten
- : :
- Gesamt: 260 Betten

- Besondere Angebote mit Bettenzuweisung:
- Stroke Unit 4 Betten

. Keine Teilgebieteplanung mehr

Krankenhausplanung neu



Krankenhausplanung ist weiterhin Ländersache!

- Abkehr von der Bettenzahl
- Abkehr von Hauptfachabteilungen

Stattdessen:

- Bildung von 30 Leistungsbereichen in der Somatik
 - Orientiert an der WB-Ordnung
 - z.B. Allgemeine Innere Medizin
 - Gastroenterologie
 - Pneumologie
 - Nephrologie
 - **Kardiologie**
 - Rheumatologie

3

Krankenhausplanung neu



Krankenhausplanung ist weiterhin Ländersache!

- Zu jedem Leistungsbereich Bildung von weiteren Leistungsgruppen:
 - Allgemeine Innere Medizin
 - Komplexe Gastroenterologie
 - Komplexe Pneumologie
 - Komplexe Nephrologie
 - Stroke Unit
 - Neurologische Frühreha
 - **Interventionelle Kardiologie**
 - **EPU/Ablation**
 - **Kardiale Devices**
 - **Minimalinvasive Herzklappenintervention**
 - Komplexe Rheumatologie
- Unterteilung in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen
 - Spezifische LG darf man nur erbringen, wenn diese dann auch im Feststellungsbescheid ausgewiesen sind (z.B. interventionelle Kardiologie)

4

Krankenhausplanung neu



Krankenhausplanung ist weiterhin Ländersache!

- Gesonderte Regelungen zu
 - Fachkliniken
 - Teilstationärer Versorgung
 - Belegabteilungen
 - Notfallversorgung (geht fast immer)
 - Zentren
 - Besondere Angebote
- Geplant werden soll „vom Allgemeinen hin zum Speziellen“

??
- Regionale Planungsverfahren – Häuser stellen Anträge über ihr gewünschtes Portfolio

5

Krankenhausplanung neu



Krankenhausplanung ist weiterhin Ländersache!

- Mehrere Planungsebenen:
 - Versorgungsgebiet
 - Regierungsbezirksebene
 - Kreisebene
 - Landesebene
- Alle Leistungsgruppen sind mit Mindestvoraussetzungen belegt
- Zusätzlich sind Auswahlkriterien aufgeführt, die im Falle einer Auswahlentscheidung zwischen Standorten als zusätzliche Kriterien herangezogen werden (können)

6

Krankenhausplanung neu



Krankenhausplanung ist weiterhin Ländersache!

- Mindestvoraussetzungen (MV):
- Z.B. Allgemeine Innere Medizin
 - Planungsebene Kreis
 - MV LG Intensiv
 - MV diverse Gerätschaften
 - MV 3 VZ Fachärzte mit 24/ RD
- Auswahlkriterien (AK)
 - LB Frauenklinik/Geburtshilfe
 - LG Geriatrie
 - MRT

7

Krankenhausplanung neu



Krankenhausplanung ist weiterhin Ländersache!

- Mindestvoraussetzungen (MV):
- Z.B. WS-Eingriffe oder andere LG (Neurologische Frühreha)
 - MV diverse andere LG
 - MV diverse Gerätschaften
 - MV 3 VZ Fachärzte mit 24/7 RD
 - MV FA für : NCH, Neuropädiatrie, Reha (und Neurologe)
 - Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
- Auswahlkriterien (AK)
 - ZB „Spezielle Orthopädische Chirurgie“
 - LG Schmerztherapie, Neurochirurgie (in Koop.)
 - MRT 24/7
 - Diverse psychiatrische und psychosomatische Angebote
 - Angegliederte Reha-Einrichtung

8

Krankenhausplanung neu



Zusammenfassung:

- Gut gemeint, aber Planungsgrundlagen und Verfahren deutlich verkompliziert
- Vielzahl von Querverbindungen und Abhängigkeiten: wenn ich a) machen möchte, muss ich b), c), d) e) haben – also irgendwie wieder alles – forciert den Konkurrenzkampf zwischen den KH statt ihn zu entzerren
- Vorgaben sind
 - Teilweise sehr hoch gehängt (z.B. 3 (vorher 2!) FÄ auch für kleine Nischenabteilungen)
 - sehr kleinteilig und detailliert – noch „Strukturplanung“ ??
- Verschärfter Kampf um einzelne, bes. ärztliche MA mit ganz spezifischen Zusatzbezeichnungen (Zulassung von Leistungsgruppen abhängig vom Vorhandensein einer einzelnen spezifischen Person) – Auswirkungen? Arbeitsmarkt? Vergütung?
- Haben bestehende Kooperationsbeziehungen Bestand? Darf mein Kooperationspartner das, was er mir als Leistung anbietet, demnächst selber überhaupt noch machen?

9

Krankenhausplanung neu



Zusammenfassung:

- unzureichende Synchronisation mit Bundes-Vorgaben des G-BA in Bezug auf „hochkomplexe Leistungen“ – z.B. Intensiv oder Stroke-Unit: hochkomplexe Struktur lt. KH-Plan erlaubt noch nicht automatisch die Abrechnung der Basis-Komplex-OPS oder führt zu einem Wegfall der dazugehörigen Strukturprüfung durch den MD
- Bisher keine Transparenz darüber, welches Leistungsprofil in welcher Häufigkeit das Land als bedarfsgerecht ansieht
- Vom Land gewünschter Abstimmungsprozess zwischen den Häusern schwierig – wenn ich nicht weiß was ich bekomme, gebe ich auch nicht vorher einfach etwas ab
- Reaktion:
 - Hektisches checken und abhaken: was habe ich? Was fehlt??
oder
 - Echte ehrliche Portfolioabstimmung zwischen den Häusern?

Wir werden es sehen

10