

Krankengesellschaft NW Postfach 30 05 63 40405 Düsseldorf

Herrn Ltd. Ministerialrat
Dr. Julius Siebertz
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Der Geschäftsführer

vorab per Fax:
855-3246

Unser Zeichen

III/Ha/Sch

Telefon

Durchwahl 02 11/4 78 19 -30

Datum

22. März 2007

) **Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen; Regionalisierung der Planungsvorgaben zur psychiatrischen und psychotherapeutischen kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen (Planungshorizont 2009)**

Sehr geehrter Herr Dr. Siebertz,

für die uns zur Abstimmung dieses Schreibens von Ihnen gewährte Fristverlängerung möchten wir uns auf diesem Weg noch einmal bedanken.

Dieses Schreiben ergeht zugleich im Namen der an der AG Krankenhauspsychiatrie beteiligten krankenhauseitigen Vertreter.

) Die von Ihnen übersandten Kriterien sind in einzelnen Punkten aus unserer Sicht bezüglich ihrer planerischen Implikationen nicht ausreichend, um die Auswirkungen einer Umsetzung der Grundsätze auf die Versorgung bereits hinreichend absehen zu können. Überdies fehlen der KGNW einige - für eine Folgeabschätzung wesentliche - Informationen. Abgesehen von den im Folgenden dargestellten fachlichen Einwänden bedarf es unseres Erachtens zwingend einer eindeutigen, alle Aspekte der Planung umfassenden Festlegung der wichtigsten Planungsgrundsätze. Eine abschließende Diskussion des Themenkomplexes ist nur auf der Grundlage einer hinreichend präzisen Beschreibung des geplanten Vorgehens sowie auf der Grundlage der endgültigen Festlegungen zu den noch offenen Eckwerten möglich.

In mehreren Sitzungen der AG „Psychiatrieplanung“ wurden im Arbeitskreis konsenterte Prognoseberechnungen auf Basis der Hill-Burton-Formel gefunden. Für die Erwachsenenpsychiatrie ergab sich ein Ergebnis, das etwa einer Bettenmessziffer von 0,9 Betten und Tagesklinikplätzen pro 1.000 Einwohner entspricht. Vor diesem Hintergrund ist es für uns nicht nachvoll-

ziehbar, warum dieses Ergebnis – das aus Sicht der KGNW einer realistischen Prognose des tatsächlichen Bedarfs entspricht - nun durch einen Rückgriff auf die überkommenen Bettenmessziffern korrigiert werden soll. Auch wenn das rechnerische Ergebnis des von Ihnen vorgeschlagenen Verfahrens für die KGNW aufgrund fehlender Informationen zu den festgelegten Versorgungsgebieten und einiger Unklarheiten in der Formulierung der Kriterien zur Zeit nicht abgesehen werden kann, muss davon ausgegangen werden, dass es deutlich unter dem – auf Basis der konsentierten Eckwerte – ermittelten Bettenbedarf liegt. Damit würde der bisherige Status festgeschrieben werden und die Planung zum Stillstand kommen.

Es ist für uns nachvollziehbar, dass eine Umstellung der Planungsvorgaben von bettenmesszifferbasierten Bedarfsfestlegung zu einer Planungsvorgabe, die zukünftig stärker Aspekte die ~~Krankenhausthäufigkeit, Verweildauer und Auslastungsgrad betont, nur stufenweise erfolgen~~ kann. Dennoch führt die Verteilung der nach Hill-Burton berechneten Bedarfszahlen zu je 50 % bezogen auf die Einwohnerzahl und die in 2005 erbrachten Pfl egetage der jeweiligen Bezirksregierung zu einer nicht sachgerechten Lösung für dieses Problem. Bereits jetzt existiert in hoch belasteten Regionen eine große Anzahl von überausgelasteten Häusern. Hier würde das von Ihnen vorgeschlagene Verfahren u. U. zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation der Bevölkerung führen. Dieses ist insbesondere deswegen nicht verständlich, da in der Anhörung des Landtags am 31. Januar 2007 zur Situation der psychiatrischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen übereinstimmend auf einen zusätzlichem Bedarf von voll- und teilstationären Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hingewiesen worden ist und ein solcher auch in der Erwachsenenpsychiatrie von den angehörten Fachexperten bestätigt würde.

Daher erscheint uns die Forderung, dass grundsätzlich jeder notwendige Aufbau von Betten oder Plätzen in der Erwachsenenpsychiatrie mindestens im gleichen Maße mit einem Bettenabbau an anderer Stelle einhergehen soll, in dieser Pauschalität nicht sachgerecht.

Sofern in einzelnen Regionen aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahmeentwicklung Versorgungsengpässe erkennbar werden, kann deren Beseitigung nicht an die Voraussetzung eines Bettenabbaus in einer anderen Region geknüpft werden. Die Erfüllung einer solchen Anforderung würde für die Krankenträger nicht möglich sein. Wir halten einen solchen, regionsübergreifenden Planungsschritt für verfahrenstechnisch nicht umsetzbar. Regionale Krankenhausplanung sollte unseres Erachtens auf Grundlagenanalyse der örtlichen Inanspruchnahme und der zu verzeichnenden Wanderungsbewegungen stattfinden. Sofern bei dieser Betrachtung noch Optimierungspotenziale identifiziert werden, ist gegen eine Umordnung aus unserer Sicht nichts einzuwenden. Die aufgestellten Leitsätze implizieren aus unserer Sicht ein

schematisches Vorgehen, das im Ergebnis nicht zu einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgung führen würde. Gerade vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer zeitnahen Behandlung von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten sollte das Hauptaugenmerk darauf gerichtet werden, die bestehenden Wartelisten abzubauen.


Unklar ist, wie eine Optimierung der gemeindenahen Versorgung vorrangig durch eine Veränderung der Versorgungsregion innerhalb der bestehenden Betten/Platzzahlen der Kliniken/Abteilungen vollzogen werden soll. Um die Implikationen des hierzu unter Punkt 3 aufgestellten Planungskriteriums beurteilen zu können, möchten wir Sie bitten, das durch Ihr Haus favorisierte Vorgehen zu erläutern. Die Neufestlegung von Versorgungsgebieten ist für die jeweils betroffenen Krankenhäuser unter Umständen mit erheblichen wirtschaftlichen Folgen verbunden. Insofern bedarf es hier einer gründlichen Analyse des möglichen Nutzens für die ~~jeweilige Bevölkerung sowie der Rückwirkungen auf die Versorgungsstrukturen. Neufestlegungen, die ausschließlich einer arithmetischen Bettenmessziffer-Methodik folgen, erfüllen unseres Erachtens nicht die Anforderungen an eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung.~~

Für den Korridorbereich zwischen 0,6 und 0,8 Betten/Plätzen pro 1.000 Einwohner bezogen auf die jeweilige Gesamteinwohnerzahl des Pflichtversorgungsgebietes liegen der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen keine Informationen über den Zuschnitt der Pflichtversorgungsgebiete vor. Daher möchten wir Sie bitten, uns die dadurch zu erwartenden Veränderungen in den jeweiligen Regionen zu erläutern.

Bei der Umsetzung von tagesklinischen Angeboten im Rahmen integrierter tagesklinischer Versorgung ist eine Mitwirkung der Kassenseite notwendig. Daher ist unseres Erachtens in diesem Fall das alleinige Aufzeigen von Möglichkeiten nicht ausreichend. Vielmehr handelt es sich hier um ~~einen durch alle Vertragspartner gemeinsam umzusetzenden Eckpunkt.~~

Vor dem beschriebenen Hintergrund möchten wir Ihnen vorschlagen, zur Fragestellung der Regionalisierung der Planungsgrundlagen gegebenenfalls kurzfristig eine Sitzung der Arbeitsgruppe zu terminieren. Diese sollte als abschließende Vorbereitung für den Landesausschuss für Krankenhausplanung dienen.

Mit freundlichen Grüßen



Richard Zimmer
Geschäftsführer