



Die Krankenhausplanung in NRW wird ab 2022 gänzlich neuen Aspekten folgen

„Mit der neuen KH-Planung wird der durch das Gutachten initiierte Paradigmenwechsel - hin zu leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierung - umgesetzt, erfolgt die mit Augenmaß, so wird sich ein höherer Patientennutzen zeigen.

Im Markt ist bereits jetzt erkennbar, dass Anstelle der Konkurrenz verlässliche Kooperationen zwischen Leistungserbringern angestrebt werden.“



Philipp Letzgus
Lohfert & Lohfert AG

Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022.
Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen!

Eine Vielzahl an durchgeführten Projekten zeigt, dass sich die Krankenhäuser aktiv mit der Krankenhausplanung auseinandersetzen

Generelle Erfahrungen

- 1 Akteure sind bereit das eigene **Leistungsprofil** kritisch zu hinterfragen und bereit über **Veränderungen** nachzudenken
- 2 In Gebieten wo dies aufgrund der **geografischen Lage** und **Trägersituation** möglich/denkbar ist, werden auch **Standortzusammenlegungen** diskutiert
- 3 Vielfach werden träger-intern und trägerübergreifende **regionale Konzepte diskutiert** und bewertet (**Leistungskonzentration** und regionale Kooperationen)
- 4 Die **Systematik der KH-Planung** wird überwiegend **verstanden und akzeptiert**, gewisse Kritik gibt es an den Regelungen für Subdisziplinen sowie an einigen Allgemeinen LG, seltener am Zuschnitt der spez. LG
- 5 Die gewählten LG / LG-Systematik wird überwiegend als sinnhafter erster Aufschlag angesehen, vereinzelt scheint Schwerpunktsetzung diskutierbar
- 6 Zwiagespaltener ist die Rückmeldung zur Sinnhaftigkeit einzelner Qualitätskriterien sowohl bei Mindest- als auch bei Auswahlkriterien
- 7 **Umfang** und ‚**Härtegrad**‘ der **Auswahlentscheidungen** kann von KH nicht eingeschätzt werden, große Unsicherheit bzgl. Wegfall einzelner (relevanter) Segmente

Zusammenfassung einiger Besonderheiten

- A **Primärendoprothetik** wird in fast allen KH als nicht diskutierbar angesehen, bei **Revisionsendoprothetik** hingegen gewisse Bereitschaft zur Zentralisierung
- B Es wird davon ausgegangen, dass die **Notfallregelung** auch wirklich greift und alle Beteiligten hier mit Augenmaß agieren werden (Ovarial-CA, WS, tlw. Lymphom und Leukämie, Transitionsmedizin)
- C Begriff „beschäftigt“ (FA-Angabe) und der Umgang mit **Verbringungen** sorgen für Verunsicherung „Fachklinik-Status“ sorgt tlw. für Fragen
- D Die Auswahlkriterien „Angiologen“ und „LG Geriatrie“ scheinen in wichtigen LG mit (zu) hohem Stellenwert; KH ist unklar wie die **FZ als Auswahlkrit.** zu werten ist
- E Die **LG-Beziehungen/Verkettungen** ergeben in wenigen Fällen unklare Konstellationen (Rheumatologie benötigt doch Intensivmedizin)
- F Nicht in spezifischen LG umfasste „high-end-Medizin“ wird häufig als wichtiges **Entwicklungsfeld** benannt: z.B. Mitra-Clips, Schulter, komplexe Viszeralchirurgie, Palliativmedizin (8-982) und Frühreha (8-559)
- G Weitere **Konkretisierungen**, sowohl des Gesamtprozesses, als auch klare Definition einzelner Kriterien ist allen Kliniken sehr wichtig

Ansprechpartner:

Philipp Letzgus, pletzgus@lohfert.net, +49 40 41 90 6-515

LOHFERT & LOHFERT AG

Lohfert & Lohfert AG | Rothenbaumchaussee 76 | 20148 Hamburg

Tel. +49 40 41 90 60 | Fax. +49 40 41 90 65 55

www.lohfert.net