

Krankenhausplanung am Scheideweg

Vor einem Jahr haben die Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe ein Gutachten zur Neustrukturierung der Krankenhausversorgung in Auftrag gegeben. Dies zielte ganz unverhohlen darauf, die von den Kassenvertretern immer wieder behauptete Überversorgung mit Krankenhausbetten wissenschaftlich zu untermauern. Ein angeblicher Überhang von 10.000 Betten sollte damit belegt werden. Wie unsinnig diese Behauptung ist, wissen alle in den Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzte. Ich habe deshalb schon immer gefordert, dass der Bedarf an Krankenhausbetten vom Behandlungsbedarf der Bevölkerung her bemessen werden muss und nicht anhand starrer Formeln. Dass diese Forderung mehr als berechtigt ist, zeigt nun erstmals auch das gemeinsam von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Auftrag gegebene Gutachten zur Krankenhausplanung in NRW.



Dr. Ingo Flenker,
Präsident der ÄKWL

Die Ergebnisse unseres Gutachtens verändern den Blick auf die Krankenhausplanung in diesem Land fundamental. Vier Besonderheiten werden erstmals sichtbar:

1. Die Krankheitsbelastung der Bevölkerung in NRW ist höher als in anderen Bundesländern.
2. Der überdurchschnittlichen Krankenhaushäufigkeit in NRW steht eine unterdurchschnittliche Arztdichte im ambulanten Bereich gegenüber. In Nordrhein-Westfalen ist die ambulante Arztdichte niedriger als in neun von zehn alten Bundesländern.
3. In NRW werden mehr Patienten aus anderen Bundesländern versorgt als umgekehrt.
4. Die Personalbesetzung in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern ist nur unterdurchschnittlich.

Damit ist der von den Krankenkassen immer wieder behaupteten These von der stationären Überversorgung in unserem Bundesland die Grundlage entzogen. Die Gutachter kommen zu dem zweifelsfreien Ergebnis, dass die derzeitige Bettenkapazität in NRW grundsätzlich angemessen ist. Die höhere Krankenhaus-Inanspruchnahme in NRW bewegt sich exakt in dem Rahmen, der durch die höhere Krankheitsbelastung der Bevölkerung beschrieben ist.

Die Krankenhausplanung steht damit an einem Scheideweg. Krankenhausplanung, verstanden als einfache Bettenarithmetik hat ausgedient. Für die Klinikmanager ist schon heute klar, dass die alte „Währung“ Planbett durch die neue „Währung“ DRG ersetzt wird. Im freien Spiel der Kräfte werden Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse begünstigt. Wenn hier nicht gegengesteuert wird, bekommt das flächendeckende Netz der stationären Versorgung Löcher. Die Krankenhausbedarfsplanung des Landes muss dafür Sorge tragen, dass die flächendeckende wohnortnahe Versorgung mit Klinikleistungen erhalten bleibt. Das Gutachten der Ärztekammern und der Krankenhausgesellschaft bietet das konzeptionelle Gerüst für eine moderne, den Strukturwandel aktiv aufgreifende Krankenhausplanung, die diesen Anforderungen gerecht wird. Die Landesregierung und auch die Krankenkassen sind aufgefordert, dieses Angebot zu nutzen.

XI. Legislatur der KVWL

Die KVWL hat jetzt zwei

Ehrevorsitzende 7

Klinikübergreifendes Modell

Konsiliar- und Liaisondienst im

Rahmen der psychosomatischen

Grundversorgung 10

Kammerversammlung

Klare ärztliche Positionen statt

Schmusekurs mit der Politik 12

Ärztliches Management

Institut eröffnet: „Der Arzt braucht

heute Management-Kompetenzen“ 13

Magazin

Informationen aktuell 4

Leserbrief 14

Persönliches 15

Ankündigungen der Akademie

für ärztliche Fortbildung der

ÄKWL und KVWL 17

Fortbildung in den

Verwaltungsbezirken 48

Bekanntmachungen der ÄKWL 43

Bekanntmachungen der KVWL 44

Impressum

11