

Sehr geehrte Damen und Herren,

neben der bereits nach § 14 Krankenhausgestaltungsgesetz erfolgten Stellungnahme durch die Krefelder Gesundheitskonferenz möchten wir Ihnen als Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld unsere Ergänzung, sowie alle durch die Krankenhäuser eingereichten Unterlagen übersenden, die Sie der Anlage entnehmen können.

Als ersten und zentralen Punkt ist der dringende Wunsch hervorzuheben, die Trägervielfalt in der Krankenhauslandschaft in Krefeld zu erhalten und eine weitere Reduzierung und somit eine Zentralisierung auf den größten Träger Helios zu vermeiden. Aufgrund unserer Erfahrungen und dem intensiven Austausch mit allen Beteiligten im Gesundheitssektor wissen wir, dass eine Zentralisierung und somit eine Monopolisierung keine Qualitätsverbesserung der medizinischen Angebote mit sich bringen, sondern zu mehr Abhängigkeit von einem Träger und Reduzierung einer im Sinne für die Bürgerschaft positiven Einflussnahme auf die Qualität der Leistungen.

Als weiteren zentralen Punkt, der sich nicht in der Stellungnahme der Krefelder Gesundheitskonferenz wiederfindet, ist die Bedeutung der Krankenhausplanung auf die Durchführung des Rettungsdienstes. Hier ergeben sich direkte Auswirkungen, die ich erläutern möchte: Durch Verteilung und Konzentration bestimmter Versorgungsbereiche ist immer auch die Zuweisung von Patientinnen und Patienten durch den Rettungsdienst in die Kliniken betroffen und kann zu weiteren Transportwegen führen, aber auch eine direkte Anpassung der notfallmedizinischen Versorgungskonzepte (Behandlung zur Erstversorgung im regionalen Krankenhaus statt direktem Transport in weiter entfernte Kliniken) notwendig machen.

Ebenso sind direkt Alarmierungs- und Ausrückordnungen (AAO Rettungsdienst; z.B. Einsatz RTH und ITH) sowie die Vorplanung zur Versorgung einer größeren Anzahl an Verletzten (MANV) betroffen.

Somit wäre es aus der Sicht der Träger von Rettungsdiensten notwendig, diese grundsätzlich in die Planungen einzubeziehen und auch die Wechselwirkung zur präklinischen Notfallversorgung zu betrachten.

Konkret für Krefeld bedeutet das aktuell vorliegende Planungskonzept vor allem im Bereich der Schlaganfallversorgung einen kritischen Engpass.

Hier sind wir als Rettungsdienst auf eine verzögerungsfreie, immer verfügbare und reibungsfrei funktionierende Schnittstelle bei der Übergabe von Patientinnen und Patienten in die weitere klinische Versorgung angewiesen. Bei allen kritischen Strukturen ist das System auf eine ausreichende Redundanz angewiesen - dies ist im Rettungsdienst und der Feuerwehr bei der Vorhaltung von Einsatzmitteln so, dies ist beim Leitstellenbetrieb, aber auch in allen anderen Bereichen so geplant und auch notwendig. Nur so kann ein Ausfall einer kritischen Struktur ausreichend kompensiert werden.

Hiervon soll nun in der Krankenhausplanung abgewichen werden und statt an zwei getrennten Standorten nur noch an einem Standort die kritische Versorgung von Schlaganfallpatienten sichergestellt werden. Dies provoziert geradezu Versorgungsengpässe und Ausfälle. Kein System kann einen 100%-Betrieb sicherstellen, ebenso wird der eigentliche Engpass, nämlich die notfallmedizinische Versorgung und Übergabe von Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme gar nicht berücksichtigt. Auch bei großen Stroke-Units mit mehr Behandlungsplätzen bleibt der Engpass für die Notaufnahmen bestehen und führte auch in den letzten Jahren unter den Bedingungen der Coronapandemie zu Ausfällen beim Versorgungsangebot und zu erheblichen Übergabeverzögerungen.

Hinzu kommt auch die weitere Reduktion von Versorgungsmöglichkeiten für Schlaganfallpatienten im direkten Umland - auch dies führt zu einer stärkeren Auslastung der neurologischen Behandlungsplätze - aber vor allem (und hier ist der Engpass!) in den vorgelagerten Notaufnahmen.

Somit entstehen vor allem zwei Probleme durch die stark ansteigende Auslastung der Notaufnahmen von Kliniken mit neurologischen Versorgungsauftrag:

- Wartezeit (verzögerte Übergabe von Patientinnen und Patienten zur Weiterbehandlung) mit a) Therapieverzögerung und b) längere Bindung der Einsatzmittel
- längere Transportwege bei Überlauf und Auslastung von Notaufnahmen mit a) Therapieverzögerung für die/den Pat. und b) längere Bindung der Einsatzmittel

Schon jetzt sehen wir die ansteigende Wartezeit / Bindung der Einsatzmittel in Krefeld:

Helios Klinikum 2016 = 18:21 Minuten

Helios Klinikum 2022 = 23:54 Minuten

Alexianer Krankenhaus 2016 = 16:49 Minuten

Alexianer Krankenhaus 2022 = 20:59 Minuten

In beiden Kliniken kam es im Verlauf der letzten Jahre zu einem deutlichen Anstieg bei jeder Übergabe von Patientinnen und Patienten.

Aufgrund der Zahl der Übergaben kommt es hier zu einer relevant längeren Bindung von Einsatzmitteln.

Dies stellt einen indirekten Parameter für die Auslastung der Notaufnahme dar (Näherungsweise).

Abweisungen und Auslastungsanzeigen sind hierbei noch gar nicht berücksichtigt und nicht in allen Fällen sinnvoll zu verwenden.

Bei der Betrachtung der klinischen Versorgung ist die Prozesskette der entscheidende Parameter bei der Limitierung von Versorgungsmöglichkeiten.

Die Prozesskette kann auch rückwärtig ("hinten") eingeschränkt sein (Versorgung auf der Station), bei einem starken Zufluss von Notfallpatienten liegt diese Einschränkung aber am Beginn der Prozesskette ("vorne") und beginnt mit der Auslastung der Notaufnahme. Hierbei dürfen keinesfalls nur die tatsächlichen Schlaganfallpatienten betrachtet werden (Fallzahl), denn maßgeblich ist die Anzahl der Schlaganfallverdachtsfälle. Diese benötigen zu Beginn des klinischen Prozesses die gleichen Ressourcen wie später diagnostizierte "tatsächliche" Schlaganfälle. In weniger als der Hälfte der Verdachtsfälle liegt tatsächlich ein Schlaganfall vor und führt zu einer stationären Belegung der Stroke-Unit. Zuvor wurden aber alle Ressourcen in den Notaufnahmen genutzt (hier: Neurologe, CCT, MRT, Radiologie, Notfallmediziner, Pflegepersonal, Raum, Labor etc. ...) und diese stehen dann für weitere Patientinnen und Patienten nicht zur Verfügung.

Alléine die Anzahl der Verdachtsfälle eines Schlaganfalles mit klarem Meldebild ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen und stellt nur einen Bruchteil der notwendigen Versorgung von "Schlaganfallpatientinnen und -patienten dar:

2017 = 1.239 Pat.

2019 = 1.394 Pat.

2022 = 1.626 Pat.

Somit bleibt eindeutig festzustellen, dass der aktuelle Stand der Krankenhausplanung zu folgendem führt:

- längere Transportwege
- höheres Versorgungsrisiko ohne ausreichende Redundanz
- längere Bindung von Einsatzmitteln
- längere Wartezeit vor Kliniken mit Therapieverzögerung und Einsatzmittelbindung
- eingeschränkte Versorgungsmöglichkeit in Krefeld

Aufgrund der vorgenannten Argumente lehnen wir als Untere Gesundheitsbehörde eine solche Standortreduzierung entschieden ab, weil wir davon überzeugt sind, dass dies zu

einer deutlich schlechteren Versorgung der Bevölkerung bei Herz- und Schlaganfallpatienten führen würde. Wir bitten Sie nachdrücklich diese gewichtigen Gründe zu berücksichtigen, damit eine abschließende Entscheidung für eine Verbesserung der medizinischen Leistungen für die Bevölkerung führt. Das Gesundheitswesen ist maßgeblicher Bestandteil der Öffentlichen Daseinsvorsorge, die wir trotz aller Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht außer Acht lassen dürfen.

Als Anlage zu diesem Schreiben füge ich Ihnen die mir vorliegende Korrespondenz der Krefelder Kliniken, sowie die Stellungnahme der Krefelder Gesundheitskonferenz bei.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

