Kreis Minden-Lübbecke I Postfach 25 80 I 32382 Minden

An die Fraktion
Die Linke im Kreistag Minden-Lübbecke
Herrn Fraktionsvorsitzenden
Sebastian Jerry Neumann

Per E-Mail

Mühlenkreis
MINDEN-LÜBBECKE

Kreis Minden-Lübbecke
Der Landrat

Kreistags-, Landrats und Presseamt

Portastraße 13
32423 Minden

Tel.: +49 571 807-22040
Fax: +49 571 807-32010
r.lourencodasilva@
minden-luebbecke.de

www.minden-luebbecke.de

Bearbeitung: Herr Lourenço da Silva **Zi-Nr.:** 204 (Geb. A, 2. OG) **Durchwahl:** 807-22040 **Datum:** 06.05.2026

Antworten der Verwaltung zur Anfrage der Fraktion die Linke vom 17.04.2026 zum Thema Krankenhausprojekt im Lübbecker Land

Sehr geehrter Herr Neumann,

ich komme zurück auf die Anfrage der Fraktion die Linke vom 17.04.2026 zum Thema Krankenhausprojekt im Lübbecker Land und übersende Ihnen nachstehend die Antwort der Verwaltung.

Übergeordnete Frage: Auf welche Expertinnen und Experten aus welchen Fachbereichen greifen Sie zur Beantwortung der Anfrage zurück?

- **Prof. Dr. Ansgar Hörtemöller**, Geschäftsführer Somatische Kliniken
- **Dr. med. Yusri Morcos**, MPH Leiter Stabsstelle Medizinstrategie
- **Dr. med. Bernd Wejda**, Direktor der Klinik für Gastroenterologie und interventionelle Endoskopie und Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Lübbecke
- **Bernd Mühlenbruch**, Pflegedirektor Somatische Kliniken
- **Dipl. KH Betriebsw., M.Eng. Lars Matthiesen,** Leiter Stabsstelle Neubau
- **Dr. med. Andreas von der Lühe,** komm. Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- **Tanja Ames**, Pflegedirektorin Medizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit
- **Prof. Dr. med. Isabela Scheibner,** Direktorin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- **Hebamme Nicole Dehne**, Hebammendirektorin MKK
- **Hebamme Eva Warneke**, Leitende Hebamme des Krankenhauses Lübbecke
- **Dipl.-Sozw. Christian Busse**, Leiter der Stabsstelle für Unternehmenskommunikation

Fragenkomplex 1: Gesundheitliche Zentralisierung

Fragen:

Durch die Schließung des Krankenhauses Rahden und die Zusammenlegung mit dem „Neubau Lübbecke-Land“ wird eine Zentralisierung der Gesundheitsversorgung angestrebt, auch eine Sanierung am Standort Lübbecke bedeutet eine Zentralisierung.

Welche positiven oder negativen Auswirkungen ergeben sich daraus aus fachlicher Perspektive? (gerne mit Studien/Metaanalysen)

Ergänzend: Im Redebeitrag im Lübbecker Stadtrat am 31.03.2026 äußerte der Bürgermeister Phillip Knappmeyer sinngemäß, dass ihm unklar sei, wie die geplante Reduktion der OP-Säle und die Verringerung des Leistungsspektrums im Neubau eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung darstellen soll.

Welche positiven oder negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung sind hier demgegenüber argumentativ hervorzuheben?

Welche Leistungsspektren verändern sich tatsächlich und warum?

Antwort:

Die Fragen werden zusammen beantwortet:

Vorbemerkung:

Die Fragestellung einer Zentralisierung mit Darstellung der Vor- und Nachteile ist differenziert zu betrachten und nicht pauschal zu beantworten.

Vorab jedoch folgende Anmerkungen:

- Die Annahmen, „viel hilft viel“ und „etwas wegnehmen ist immer schlecht“, sind eine gern genutzte Argumentationslinie im Lobbyismus und daher immer mit Vorsicht zu betrachten.
- Es gibt in der Krankenhausplanung und -vorhaltung nicht die eine „richtige“ Erkenntnis, mit der alle denkbaren Einzelfallkonstellationen immer ideal gelöst werden können

Zum Hintergrund:

In Deutschland ist das Gesundheitswesen stark fragmentiert und daher im Management sehr komplex. Ein sehr großes Problemfeld ist z.B. die sehr strikte Teilung in ambulanten und stationären Sektoren mit der Vorhaltung der doppelten Facharztschiene – es gibt Fachärzte im ambulanten Sektor wie im Krankenhaus. Ein anderes Beispiel ist der Rettungsdienst, der wiederum anders geplant und verwaltet wird. Diese strikte Trennung wird in der Wahrnehmung der Bürger/ Versicherten/ Patienten nicht immer gesehen und verstanden. So wird z.B. eine längere Wartezeit für ein

Termin beim Facharzt als Mangel in der Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Der Aufbau oder Abbau eines Krankenhausbettes hat aber keinen Einfluss auf diese Wartezeit, weil es sich hierbei um einen völlig anderen Sektor handelt: der Abbau des Bettes (wenn er bekannt wird) trägt eher zu dem Gefühl einer schlechteren Gesundheitsversorgung bei, während der Aufbau des Bettes den Mangel des Facharzttermins im ambulanten Sektor nicht beseitigt (und auch nicht wahrgenommen wird). (das deutsche Gesundheitswesen im int. Vergl.)

Auch die Krankenhausversorgung, um die es hier geht, ist in Deutschland sehr komplex. Die Planung und Vorhaltung der Krankenhäuser und Krankenhausstandorte obliegt den Bundesländern, während der Betrieb der Krankenhäuser und die Abrechnung der Krankenhausleistungen dem gesetzgeberischen Rahmen des Bundes untersteht. Daraus leitet sich das Prinzip der dualen Finanzierung der stationären Versorgung ab: Investitionen tragen die Länder, Betriebskosten trägt der Krankenhausträger auf Basis der Bundesgesetzgebung. Hinzu kommen noch strukturelle und prozessuale Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Und diese Aufzählungen sind „nur“ die Aspekte, die die medizinischen Gesichtspunkte abdecken. Zum Krankenhausbetrieb kommen dann z.B. noch baurechtliche, hygienische, förderrechtliche und finanzielle Aspekte hinzu.

In Deutschland gibt es „zu viele“ Krankenhausbetten. Das zeigt der Vergleich mit anderen Ländern deutlich. Die vielen Krankenhausbetten waren zu Beginn der Pandemie sehr nützlich und haben deshalb keinen „Bettenmangel“ entstehen lassen, wie er in anderen Ländern zu sehen war. An den Sterblichkeitszahlen an Infektionskrankheiten drückte sich das statistisch aber nicht aus. Die hohe Bettenzahl findet sich auch nicht positiv in „Ergebnissen der Gesundheit“ wieder, z.B. die allgemeine Sterblichkeit, die KH Sterblichkeit oder Sterblichkeit an bestimmten Indikatorerkrankungen. So kann der Rückschluss gezogen werden, dass die Vorhaltung (damit auch die Finanzierung) von vielen Krankenhausbetten (und Krankenhäusern) nur einen geringen Einfluss auf die Outcomes der Gesundheitsversorgung hat.

Die relativ einhellige Diagnose: Deutschland leistet sich ein sehr teures aber ineffizientes Gesundheitssystem und ein Teil davon sind die viele Krankenhausbetten! (OECD 2024; ifosd-2001)

Diese Problematik ist in der Politik bekannt. Für die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems auf Dauer ist sie nicht tragbar in einem beitragsfinanzierten System wie in Deutschland. Ungebremst würden Kostensteigerungen bei den Ausgaben im Gesundheitswesen auf Dauer zu enormen Beitragssteigerungen führen, die wiederum den Faktor Arbeit verteuern und dies folglich zum Verlust von Arbeitsplätzen führt, die anschließend keine Beiträge zur Finanzierung dieses Systems leisten. Um dem entgegenzuwirken wird versucht mit Reformen die Ausgabenbegrenzung zu kontrollieren. Im Fall der Krankenhäuser bedeutet das faktisch Häuser zu schließen, was aber nicht immer so deutlich öffentlich kommuniziert wird. Es stellt die sich aber auch die Frage, welche Häuser geschlossen werden sollen? Hier greifen die KH Planung NRW und auf die KH Reform des Bundes sowie das dazugehörige Anpassungsgesetz in eine Reglementierung ein und versuchen die vorhandenen Krankenhäuser in ein stufiges System der Versorgung einzuteilen, um das Schließen der Krankenhäuser am bestehenden Bedarf zu steuern. Dabei sind folgende Ziele im Blick: die wohnortnahe und die qualitativ hochwertige Versorgung. Es ist aber auch aus medizinischen Gründen nicht notwendig an jedem Ort der Republik alle Möglichkeiten der modernen Medizin vorzuhalten, vielmehr erscheint die oben geschilderte stufige Versorgung ausreichend.

90% der Bevölkerung soll in ca. 20 Minuten ein Krankenhaus erreichen können. Dies beinhaltet die Innere Medizin, die Chirurgie und die Gynäkologie und Geburtshilfe. Alle darüber hinaus erforderlichen medizinischen Fachgebiete sollen in übergeordnete Zentren konzentriert werden, naturgemäß dann auch verbunden mit längeren Fahrzeiten (AOK Forsa Umfrage). Die Konzentration und Zentralisierung haben auch den qualitativen Vorteil, dass spezielle Leistungen an den Zentren häufiger, damit routinierter (und effizienter) und zum Wohle des Patienten besser durchgeführt werden – höhere Qualität! (5. Stellungnahme der Regierungskommission)

Neben diesen politisch-wirtschaftlich motivierten Gründen der KH Reform sprechen aber auch andere Gründe für ein neues Denken außerhalb des „das müssen wir behalten oder müssen wir auch haben“ – Musters. Hierzu zählen z.B. und nicht abschließend folgende Aspekte (Preusker et al):

- Qualität der stationären Versorgung
- Entwicklung der Medizin in Richtung stärkere Ambulantisierung
- Fachkräftemangel im Gesundheitswesen
- Demografische Entwicklung
- Digitalisierung und Künstliche Intelligenz

Diese Aspekte sowie die vorangehenden Ausführungen werden nachfolgend auf die Situation des Lübbecker Landes übertragen.

Das Krankenhaus Rahden hat eine kritisch kleine Größe, die es sehr schwierig macht ausreichend Fachpersonal zu finden, um dort eine Grundversorgung für Innere Medizin und Chirurgie aufrechtzuerhalten. Außerdem ist das dort durchführbare Leistungsspektrum auf der Erlösseite nicht auskömmlich, um eine Rund-um-Uhr Versorgung zu gewährleisten. Und eine Gynäkologie und Geburtshilfe, wie sie in eine Grund- und Regelversorgung nach den Reformvorschlägen von Bund und Land angedacht wird, ist damit noch nicht aufgebaut.

Einziger Vorteil für einen Krankenhausstandort Rahden ist die Erreichbarkeit in dem Bereich des Kreises. Demgegenüber steht die demografische Entwicklung, mit weniger Lebendgeborenen und mehr Verstorbenen sodass eine negative Bilanz besteht, also ein Bevölkerungsrückgang. Der Bedarf an Krankenhausbetten wäre demnach prognostisch geringer. (Bevölkerungsentwicklung LuRa)

Das jetzige Krankenhaus Lübbecke ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit zusätzlichen Angeboten im Bereich Urologie, Geriatrie und Psychiatrie/ Psychosomatik. Die Bausubstanz ist nach Begutachtung externer Sachverständiger abgängig und eine Sanierung im Bestand dürfte damit sehr aufwändig werden, ohne daraus eine Modernisierung für die Zukunft gestalten zu können. Die nordwestlichen Bereiche des Kreises um Rahden und Stemwede sind außerdem nicht binnen 20 Minuten Fahrzeit zu erreichen.

Der Neubau eines Krankenhauses am Standort Espelkamp löst die Thematik der Erreichbarkeit sowohl für den Bereich Lübbecke als auch für die Bereiche Stemwede und Rahden. An diesem Standort besteht, wie zuvor, die Grund- und Regelversorgung aus Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie die Geriatrie und Psychiatrie/ Psychosomatik. Eine finale Entscheidung

zur Urologie wurde noch nicht getroffen, aber auch ohne diese enthält das neue Krankenhaus das bisherige Leistungsspektrum aus den Krankenhäusern Lübbecke und Rahden.

Berücksichtigt man die Tatsache, dass die Medizin sich zunehmend in Richtung Ambulantisierung entwickelt, dann ist aber auch die Notwendigkeit von höheren OP-Kapazitäten und Betten nicht gegeben – viele Leistungen, die heute im Krankenhaus erbracht werden, können und müssen (politisch gewollt siehe Hybrid Chirurgie) zukünftig in ambulanten Zentren erbracht werden.

Des Weiteren spricht auch die Bevölkerungsentwicklung in den Bereichen Lübbecke, Espelkamp, Preußisch Oldendorf, Stemwede und Rahden nicht für einen höheren Bettenbedarf. Die schrumpfende Bevölkerung benötigt nicht mehr Betten, sondern die alternde Bevölkerung benötigt mehr Betten. Beidem wird mit dem Neubau Rechnung getragen: in den weniger Betten werden mehr Betten für eine geriatrische Versorgung geplant. Dem Fachkräftemangel lässt sich in einem modernen, neuen Krankenhaus eher begegnen als in einem Altbau; in einem Neubau kann der Weiterentwicklung der Medizin in Sachen Digitalisierung und Ambulantisierung eher Rechnung getragen werden als in einem Gebäude aus den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, was unter anderen Voraussetzungen gebaut wurde. In Sachen Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz steht das deutsche Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Ländern noch zurück. Speziell die weitere Entwicklung der Künstlichen Intelligenz ist Stand heute nicht absehbar; sicher ist nur, dass sie schnell kommen wird und voraussichtlich auch Verbesserungen mit sich bringt, aber auch Schattenseiten. Ein neues modern gebautes Krankenhaus eröffnet auch in dieser Hinsicht für die Zukunft mehr Gestaltungsmöglichkeiten. (Spreestadtforum)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Satz „viel Geld ausgeben für eine schlechtere Versorgung“ eine allzu verkürzte Darstellung der komplexen Materie darstellt. Vielmehr würde die Aussage „viel Geld ausgeben für eine gezieltere Versorgung“ den Sachverhalt besser treffen.

Eine Veränderung oder Reduktion des Leistungsspektrums im Klinikum Lübbecker Land ist nicht vorgesehen. In der jüngsten Vergangenheit wurden bereits, bedingt durch die Vorgaben des Gesundheitsministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen, landesweit eine Verschiebung bestimmter, vorwiegend operativer Leistungen aufgrund von Mindestfallzahlen umgesetzt. Bezogen auf den Krankenhausneubau sind aber keine weiteren Leistungseinschränkungen oder -verschiebungen vorgesehen. Im Gegenteil wird sich im Neubau die Intensivmedizin mit dem hochspezialisierten Bereich der Beatmungsentwöhnung („Weaning“) in ihrer Kapazität von 12 auf 24 Betten verdoppeln.

Ebenso wird den gesellschaftlich bedingten Veränderungen der Altersstruktur unserer Bevölkerung dahingehend Rechnung getragen, dass die Zahl der stationären Betten für die geriatrische Versorgung gesteigert wird.

Dies stellt eine positive Entwicklung dar, die am Standort Lübbecke kaum umsetzbar wäre. Aus Sicht des Ärztlichen Direktors ist die Urologie ein nicht verzichtbares Element des neuen Krankenhauses, in dem auch das Zentrum für robotische Chirurgie unter Beteiligung der Urologie, Viszeralchirurgie und Gynäkologie verortet werden wird. Über die gutachterlich empfohlene Verlagerung der Urologie ans JWK ist noch nicht final entschieden worden. Baulich ist der Betrieb einer Urologie am neuen Standort möglich.

Die robotische Chirurgie wird eine weitere Steigung des operativen Leistungsspektrums induzieren. Durch die Verortung des Roboters im neuen Klinikum bleibt auch der chirurgische Bereich hier in seiner Entwicklung Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ungehemmt und attraktiv. Die Nutzung eines DaVinci Operationsroboters ist ein besonderes Herausstellungsmerkmal für ein Krankenhaus der Grund und Regelversorgung bzw. Level I.

Auch im Bereich der internistischen Diagnostik und Therapie wird den stetigen Leistungssteigerungen der letzten Jahre Rechnung getragen. Der etablierte Schwerpunkt Gastroenterologie mit Interventioneller Endoskopie wird durch einen Zuwachs an Untersuchungsräumen (fünf statt vier) aufgewertet. Der Bereich Pneumologie durch zusätzliche Behandlungs-(„Eingriffs“)-Räume ausgeweitet werden. Gerade der Bereich der Inneren Medizin war in den letzten Jahren ein wichtiger Garant der positiven Entwicklung der Somatik am Standort Lübbecke. All dies trägt zur Verbesserung des Leistungsspektrums, der Qualität und auch der Quantität in der Versorgung am neuen Standort bei.

Eine Verringerung der Bettenzahl ist nicht notwendigerweise mit einer Verringerung der Qualität oder des Leistungsspektrums gleichzusetzten Aufgrund der Erwartung einer zunehmenden Ambulantisierung ist es wichtig, Eingriffszahlen und innovative Diagnostik und Therapie mit ausreichender Kapazität vorzuhalten, Dieser Überlegung wird am Neubau in Bezug auf die Innere Medizin durchaus Rechnung getragen. In wieweit die bisher steigenden Patientenzahlen im Bereich Innere Medizin (hier besteht als Sonderfall ein Wachstum entgegen dem bundesweiten Trend) in der zukünftigen stationären Struktur abgebildet werden können muss in den nächsten Jahren sorgfältig beobachtet werden.

Abschließend sollte noch die Förderung durch das Land NRW gewürdigt werden. In Zeiten einer angespannten Wirtschaftslage und einem offensichtlich reformbedürftigen Gesundheitssystem, bei dem eher der „Abbau“ im Vordergrund steht, werden hier öffentliche Gelder freigegeben für Maßnahmen die anderweitig als gänzlich verzichtbar angesehen würden.

Fragenkomplex 2: Neubau vs. Sanierung

Frage:

1. Welche Vor- und Nachteile hat der geplante Neubau gegenüber einer Sanierung im Bestand in Lübbecke für die pflegerische Tätigkeit? a) Wie wirkt sich dies perspektivisch auf die Versorgungsqualität aus?

Antwort:

Die Mühlenkreiskliniken befinden sich – wie viele Krankenhäuser bundesweit – in einer strukturell herausfordernden Lage. Die hcb-Analyse prognostiziert, dass „Personal der Engpassfaktor in der gesamten Volkswirtschaft“ sein wird. Gleichzeitig zeigt das Dokument, dass die MKK an mehreren

Standorten mit baulichen Altstrukturen, hohen Wegezeiten, hohen Personalkostenquoten und zunehmender Ambulantisierung konfrontiert sind.
Vor diesem Hintergrund bietet ein Krankenhausneubau erhebliche Chancen, die Arbeitsbedingungen der Pflege zu verbessern und damit die Versorgungsqualität nachhaltig zu erhöhen.

1. Vorteile eines Krankenhausneubaus für die Pflege

1.1 Deutlich effizientere Arbeitsabläufe und kürzere Wege

Die hcb-Analyse zeigt, dass die MKK heute an mehreren Standorten arbeiten, darunter mehrere Altbauten mit ungünstigen Wegen und Doppelstrukturen.
Im Dokument heißt es:

„So wenige Doppelstrukturen im Verbund wie möglich (aber so viele wie für Erreichbarkeit nötig).“
Ein Neubau ermöglicht:

- kompakte Stationslayouts
- zentrale Materiallogistik
- kurze Wege zwischen Diagnostik, Pflege und Therapie
- klare Sichtachsen

Effekt:
Der AOK-Pflege-Report zeigt, dass Pflegekräfte in Altbauten bis zu 40 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Wegen und Suchen verbringen. Ein Neubau reduziert diese Zeiten erheblich, also mehr direkte Pflegezeit, weniger Fehler, bessere Reaktionszeiten.

1.2 Moderne Digitalisierung entlastet Pflege und erhöht Qualität

Die hcb-Analyse betont die Notwendigkeit, „Produktivitätsverbesserung und Strukturoptimierung“ zu erreichen.

Digitale Systeme sind dafür zentral:

- elektronische Kurven
- automatische Vitaldatenübernahme
- intelligente Rufsysteme
- Lokalisierung von Geräten und Patienten
- automatisierte Logistik

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) weist nach, dass digitale Systeme Medienbrüche reduzieren und Dokumentation beschleunigen.

Wirkung:
Pflegekräfte gewinnen Zeit für Mobilisation, Delir Prävention und Zuwendung – entscheidend für geriatrische und demenzsensible Versorgung.

1.3 Ergonomische, sichere und reizärmere Arbeitsumgebung

Die WHO und die Deutsche Alzheimer Gesellschaft betonen, dass Lärm, schlechte Lichtführung und enge Räume Fehler, Stress und Delir Risiken erhöhen.

Ein Neubau ermöglicht:

- tageslichtorientierte Beleuchtung
- akustisch beruhigte Bereiche
- ergonomische Arbeitsplätze
- größere Zimmer und Sanitärbereiche

Effekt:
Weniger körperliche Belastung, weniger Stress, höhere Pflegequalität.

1.4 Stärkung geriatrischer und demenzsensibler Versorgung

Der Standort Lübbecke verfügt bereits über einen demenzsensibel gestalteten Altbau. Ein Neubau kann diese Stärken flächendeckend und systematisch umsetzen.

Die hcb-Analyse zeigt, dass Lübbecke einen hohen Anteil geriatrischer Fälle trägt, z. B.: „29 % der Femurfrakturen“ und „37 % der Harnwegsinfektionen“ werden in Lübbecke behandelt.

Ein Neubau ermöglicht:

- klare Orientierungssysteme
- kurze Wege
- reizreduzierte Gestaltung
- sichere Mobilisationsflächen
- wohnliche Aufenthaltsbereiche

Fazit:
Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und die DGG betonen, dass solche Umgebungen Delir, Stürze und Funktionsverlust nachweislich reduzieren.

1.5 Herausforderungen eines Neubaus

Die Herausforderungen bei einem Neubau beziehen sich in der Regel auf den Umzug und die Startphase. Der DBfK weist darauf hin, dass Umzüge und parallele Betriebsphasen zu temporären Qualitätsrisiken führen können. Die Einführung mehrerer neuer Systeme bedingen Schulung und Prozessanpassung. Das DKI zeigt, dass Störungen in den ersten Monaten nach Inbetriebnahme häufig sind.

1.6 Personalausstattung als kritischer Faktor

Die internationale Pflegeforschung (u. a. Linda Aiken) zeigt: Schlechte Personalausstattung führt zu mehr Pneumonien, Delir, Stürzen und höherer Mortalität.

Ein Neubau verbessert die Qualität nur, wenn der Personalbedarf realistisch angepasst wird.

1.7 Gesamtwirkung auf die Versorgungsqualität an den MKK

Die Versorgungsqualität steigt deutlich, wenn ein Neubau:

- Wegezeiten reduziert
- digitale Systeme stabil integriert
- ergonomische Arbeitsplätze schafft
- pflegerische Präsenz erhöht
- interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtert
- die demenzsensiblen Stärken des Altbaus Lübbecke weiterentwickelt
- Personalausstattung realistisch anpasst

Die Evidenz ist eindeutig:
Bauliche und organisatorische Rahmenbedingungen sind zentrale Determinanten für Pflegequalität, Patientensicherheit und Outcomes, besonders in der Geriatrie und bei Demenz.
Ein Neubau der MKK bietet die Chance, diese Faktoren auf ein neues Niveau zu heben.

Frage:

2. Welche Vor- und Nachteile hat der geplante Neubau gegenüber einer Sanierung im Bestand in Lübbecke für die medizinische Tätigkeit? a) Wie wirkt sich dies perspektivisch auf die Versorgungsqualität aus?

Antwort:

Bei einer zu erwartenden, mehrjährigen Sanierungsphase sind erhebliche Belastungen für die Mitarbeiter und Patienten zu erwarten: Baubedingter Lärm, Belastung durch Schmutz und Stäube mit besonderen Herausforderungen an die Einhaltung der hygienischen Vorgaben sind belastend, außerdem führen Baulärm und veränderte Strukturen zu deutlichen Einschränkungen in der Kommunikation sowohl zwischen den Mitarbeitern als auch zwischen Mitarbeitern und Patienten. Hieraus resultieren Risiken für die Behandlungsqualität in erheblichem Maße. Aufgrund der schrittweisen erfolgenden Sanierung mit wiederholter Verlagerung von Arbeitsplätzen, muss mit einer deutlichen Verschlechterung der Logistik, der Arbeitsabläufe beim Verschieben der Sanierungsabschnitte gerechnet werden. Dies dann eben auch über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

Fragenkomplex 3: Baugebiet

Im Vergleich zum Hochbau des Krankenhauses Lübbecke wird der Neubau bewusst flächenorientiert errichtet.

Frage:

1. Wie wird dies fachlich begründet und welche Herausforderungen gehen damit einher?

Antwort:

Dies begründet sich hauptsächlich durch die städtebauliche Entwicklung des Baugebiets. Die Architektur des Gebäudes umfasst drei sichtbare Geschosse und überragt damit die umliegenden Bestandsbäume nicht. Dadurch fügt es sich unserer Ansicht nach harmonisch in die Umgebung ein. Bereits in der Leistungsphase 2 wurde eine alternative, fünfgeschossige Planung vorgestellt. Diese wirkte im Gesamteindruck deutlich dominanter und aufdringlicher.

Frage:

2. Welche positiven und negativen Auswirkungen hat diese Bauvariante des Neubaus im Vergleich zur Sanierung in Lübbecke auf die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität?

Antwort:

Im Vordergrund steht insbesondere die funktionale Anordnung der Abteilungen zueinander. So besteht eine direkte Anbindung der ZNA an die Intensivstation, die wiederum unmittelbar über einen Aufzug an den Zentral-OP angeschlossen ist. Darüber hinaus ist der Sektio-OP in die OP-Spange integriert und befindet sich in direkter Verbindung zur Entbindungsabteilung, welche wiederum unmittelbar an die Wöchnerinnenstation anschließt. Besonders hervorzuheben ist, dass im Erdgeschoss die diagnostischen Abteilungen, darunter ZNA, Endoskopie, Radiologie und Lungenfunktionsdiagnostik in unmittelbarer Nachbarschaft angeordnet sind. Dies ermöglicht kurze Wege und unterstützt eine effiziente medizinische Versorgung. Die Qualität der pflegerischen Versorgung zeigt sich vor allem in der Gestaltung der Stationen. Sämtliche Patientenzimmer (Ein- und Zweibettzimmer mit integrierter Nasszelle) sind mit Ausblick ins Freie geplant. Zudem sind die Stationen so organisiert, dass ein flexibler Einsatz von Pflegekräften jederzeit gewährleistet ist.

Fragenkomplex 4: Sanierung im Bestand

Es ist anzunehmen, dass es bei einer Sanierung im Bestand zu Lärmbelastungen und anderen „Baubelastungen“ kommt. Ebenso wurde kürzlich öffentlich über, für das Baujahr typische, Asbestbelastungen berichtet.

Frage:

1. Wie lange würde eine Sanierung perspektivisch dauern?

Antwort:

Die Sanierung wird von der Leistungsphase 2 bis zur Leistungsphase 7 voraussichtlich rund 36 Monate in Anspruch nehmen. Die Maßnahme erfolgt in insgesamt sieben Bauabschnitten, die jeweils eine Dauer von etwa 12 Monaten umfassen. Die Bauzeit im Bestand wäre demnach sieben Jahre. Während der einzelnen Bauphasen ist mit erheblichen Lärm- und Geruchsbelastungen zu rechnen.

Frage:

2. Welche Auswirkungen sind im Hinblick auf die gesamte Baubelastungen für die pflegerische und medizinische Tätigkeit zu erwarten?

Antwort:

In der Regel werden Sanierungen im Bestand von oben nach unten vorgenommen. Insbesondere bei Stationssanierungen sind umfangreiche Abbrucharbeiten erforderlich. Da viele Wände (wie für die Bauweise der 1970er Jahre üblich) in Mauerwerk ausgeführt sind, ist mit erheblichen Belastungen (Lärm/Schutt) der umliegenden Bereiche/Stationen zu rechnen. Zudem müssen die Hygieneanforderungen bei Sanierungen im Bestand kontinuierlich überwacht werden. Gerade in medizinischen sensiblen Bereichen (OP, Intensivstation, Endoskopie, Entbindung) sind Staubeinträge konsequent zu vermeiden. Beim Einsatz von Presslufthammern können hochkomplexe Operationen in der Regel nicht durchgeführt werden, da eine Schallübertragung nicht ausgeschlossen werden kann.

Frage:

3. Wie wirken sich diese Belastungen auf Genesungsprozesse und die Versorgungsqualität in dieser Zeit aus?

Antwort:

Resultierend aus den o. g. Bemerkungen wird es extrem herausfordernd sein, die qualitativen und quantitativen Ergebnisse in der medizinischen Versorgung während der Sanierungsphase stabil zu halten. Nach der Erfahrung des Ärztlichen Direktors (Sanierung eines ähnlich großen Krankenhauses im laufenden Betrieb), sind Leistungseinbußen praktisch unvermeidbar. Lärm und Unruhe, eventuell verbunden mit längeren Wartezeiten bei veränderten Abläufen und Patientenwegen sind für die Genesung kontraproduktiv. Viele kritische, zentrale Bereiche des Krankenhauses, wie OP-Säle, Intensivstation, Röntgendiagnostik und Endoskopie stellen bei räumlichen Veränderungen

allerhöchste Ansprüche an Hygiene und Patientensicherheit sowie Logistik dar. Patientengefährdende Situationen können durch technische Probleme bei der Anbindung dieser Kernbereich nach Verlagerung entstehen. Es resultieren Risiken für die Patientengesundheit. Für den Fall von Containerlösungen muss neben den sehr hohen Kosten auch die reibungslose technische und logistische Anbindung kritisch gesehen werden.

Fragenkomplex 5: Sonderbetrachtung – psychische Gesundheit, Geriatrie, Gerontologie und Geburtshilfe

Der demografische Wandel führt dazu, dass zunehmend ältere Menschen mit komplexer Multimorbidität behandelt werden müssen. Häufig liegen zudem demenzielle Erkrankungen vor, die spezifische, insbesondere pflegerische, Maßnahmen erfordern.

Fragen:

Wie wirkt sich ein Krankenhausneubau auf die Versorgungsqualität von Patient:innen mit Demenz in der Geriatrie und Gerontologie aus?

Welche Auswirkungen sind für diesen Personenkreis im Falle einer Sanierung im Bestand und der damit verbundenen Baubelastung zu erwarten?

Wie könnte sich dies auf den Krankheitsverlauf auswirken?

Antwort:

Insbesondere bei betroffenen Patientinnen mit Demenzerkrankungen besteht häufiger eine gesteigerte Vulnerabilität gegenüber unterschiedlichen Stresseinflüssen. PatientInnen mit Demenzerkrankungen haben häufig erhöhte Schwierigkeiten, sich an veränderte Umgebungen und Bedingungen einzustellen. Nicht selten stellt bereits die veränderte Versorgungsumgebung eines Krankenhausaufenthaltes per se eine erhebliche Stressbelastung dar. Durch die im Rahmen einer Krankenhaussanierung im Bestand zu erwartende Lärmbelastung und sonstige Baubelastungen, beispielsweise durch unruhigere Atmosphäre und häufiger wechselnde sonstige Eindrücke und Reize in der Umgebung kann davon ausgegangen werden, dass hierdurch erhebliche Beeinträchtigungen der Befindlichkeit dieser PatientInnen und auch des Krankheitsverlaufes bedingt sein können, insbesondere auch bezogen auf die psychische Symptomatik (z. B. Unruhezustände, Ängste, Verstärkung der kognitiven Störungen, Schlafstörungen, gesteigerte Reizbarkeit, Aggressivität). Dabei kann selbstverständlich vermutet werden, dass das Ausmaß der potentiellen Beeinträchtigungen von der Versorgungsorganisation während der Sanierung und des damit verbundenen Ausmaßes der direkten Beeinträchtigungen durch die Baumaßnahmen abhängen dürfte.

Fragen:

Gleichzeitig steigt seit Jahren der Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Viele therapeutische Maßnahmen zielen auf emotionale Regulation und Stressreduktion ab. Daher:

*Wie wirkt sich ein Krankenhausneubau auf die Versorgungsqualität von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen aus?*

Antwort:

In der derzeitigen Planung des Krankenhausneubaus können Vorteile gesehen werden, zunächst einmal für das Wohlbefinden der PatientInnen durch die moderne Gestaltung und einen übersichtlichen Aufbau der Stationen, und insbesondere durch die gegenüber dem jetzigen Standort in Teilen deutlich verbesserte, zeitgemäße Sanitärausstattung. Verbessert imponiert in der Neubauplanung ist auch das Raumangebot und die Raumorganisation in den medizinischen Therapie- und Diagnostikbereichen (z. B. eigenes EKT- und rTMS-Labor).

Weitere Vorteile:

- *Auf allen Stationen Nasszellen in den Zimmern integriert*
- *Time out- und Kriseninterventionsräume*
- *Höhere Anzahl an Einzelzimmern*
- *Direkter Zugang in die „Geschützten Gärten“ an den Akutstationen*
- *Übersichtliche, helle Stationen*
- *Moderne Milieugestaltung*
- *Schutzräume für Personal*
- *Bessere Sicherheitskonzepte (modernes Notrufsystem)*
- *Fortschrittliche Digitalisierung*

Frage:

Wie wirkt sich eine Sanierung im Bestand auf deren Gesundheit/Genesung, insbesondere auf Krankheitsverlauf und Aufenthaltsdauer, aus?

Antwort:

Ähnlich wie bei Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen besteht auch bei einem Teil von Patient*innen mit anderen psychischen Störungen eine erhöhte Empfindlichkeit und Irritabilität gegenüber verschiedener Stresseinflüsse. Aufgrund dessen zielen Gestaltung von psychiatrischen Abteilungen sowie milieutherapeutische Bemühungen in psychiatrischen Kliniken häufig darauf hin, eine ruhige, geborgene und verlässliche Atmosphäre auf den Stationen zu fördern. Im Rahmen einer Krankenhaussanierung im Bestand kann daher davon ausgegangen werden, dass während der Bauphase auch für Patient*innen mit psychischen Störungen im besonderen Maße

Belastungen durch Baulärm und sonstige Baubelastungen wie unruhige und wechselnde Umgebungseinflüsse oder auch provisorische reduzierte Raumnutzungsmöglichkeiten bedingen können. Hierdurch können bei entsprechend vulnerablen Patientinnen und Patienten durchaus auch eine Beeinträchtigung des Genesungsprozesses sowie gesundheitliche Belastungen resultieren, nicht zuletzt auch durch möglicherweise vorzeitige Beendigung des Aufenthaltes.

Des Weiteren wird angenommen, dass im Rahmen der Sanierung im Bestand zumindest zeitweise eine Reduktion der Bettenzahlen notwendig werden könnte. Hierdurch könnte es auch zu verlängerten Wartezeiten bis zum elektiven Aufnahmetermin im Medizinischen Zentrum für Seelische Gesundheit kommen, was im Einzelfall möglicherweise auch mit einer weiteren gesundheitlichen Belastung ver-bunden sein könnte.

Die Umgebung in der Psychiatrie dient als therapeutisches Instrument (Milieutherapie), daher greift alles wie z.B. Faktoren wie Lärm, Unruhe direkt in den Genesungsprozess ein.

Bei einer Sanierung im Bestand ist auch zu bedenken, dass bauliche Grundstrukturen erhalten bleiben, da es keine Möglichkeiten gibt, die Stationen im ZSG zu erweitern. Ein Einbau von Nasszellen auf den geschützten Stationen, der dringend erforderlich wäre, würde bedeuten, dass sich die Anzahl der Patientenzimmer nach der Sanierung deutlich reduziert und wir ggf. um unserem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, Stationen überbelegen müssten, was sich wiederum negativ auf den Genesungsverlauf auswirkt.

Zudem ist zu bedenken, dass die Dauer einer Sanierung mehrere Jahre in Anspruch nehmen würde, was die Belastung von den Mitarbeitenden allen Berufsgruppen deutlich erhöhen würde und es vermehrt zu Krankmeldungen oder auch Kündigungen führen könnte.

Spezifische Risken bei Baumaßnahmen im laufenden Betrieb für die Patient*innen

- Zunahme von Zwangsmaßnahmen
- Krankheitssymptome können verstärkt werden
- Verlust von Rückzugsmöglichkeiten
- Therapieausfälle
- Reduzierung von Räumlichkeiten
- Entspannungs -oder Gesprächsgruppen aufgrund von Lärmbelästigungen zeitweise nicht möglich
- Sicherheitsrisiken
- Baustellen bieten Gefährdungspotential (z.B. Suizidversuche, Entweichungen, Desorientiertheit)
- Therapieabbrüche aufgrund der Umgebungsbelastungen

Spezifische Risken bei Baumaßnahmen im laufenden Betrieb für das Personal

- Erhöhtes Aggressionspotenzial der Patienten, dadurch erhöhter Deeskalationsbedarf und Betreuungsaufwand
- Erschwerte Deeskalationsmöglichkeiten

- Erhöhter Stresspegel
- Lärmbelästigung

Auch die Geburtshilfe verdient eine gesonderte Betrachtung, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Entscheidung zur Geburtshilfe in Bad Oeynhausen.

Frage:

Wie wirkt sich ein Krankenhausneubau auf die Versorgungsqualität aus?

Eine geburtshilfliche Abteilung ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Grund- und Regelversorgung und muss auch innerhalb des Neubaus zwingend ein Leistungsprofil erhalten.

Die durch die von Kreißsaal-Schließungen in der Umgebung (z.B. Melle, Bünde, zukünftig auch Bad Oeynhausen) betroffenen Frauen, haben eine deutlich schlechtere Anbindung für die noch vorhandenen Kreißsäle, insbesondere bei Notfällen. Eine Erreichbarkeit von geburtshilflichen Abteilungen innerhalb von 40 Minuten Fahrtweg ist politisch gewünscht.

Eine gute Versorgungsqualität in der Geburtshilfe bedeutet nicht nur medizinische Sicherheit, sondern auch eine respektvolle, individuelle und evidenzbasierte Betreuung, so wir es bereits leben. Dies kann sich durch den geplanten Neubau für Schwangere, Gebärende und junge Familien durch deutlich optimalere Rahmenbedingungen und durch ein effizienteres Nutzen von räumlichen Ressourcen definitiv auch noch verbessern. Insbesondere durch höhere Raumvakanzen, Kreißsäle mit eigenen integrierten WCs, 2 Gebärwannen statt zurzeit nur einer, ein gesonderter Überwachungsraum, und ein eigener, nur für geburtshilfliche Notfälle vorbehaltener Sectio-OP, sind in der Bauplanung integriert. Die Mutter-Kind-Station wäre vom Kreissaalbereich direkt angrenzend, das bedeutet sehr kurze Wege für Patientinnen und Personal.

Die Versorgungsqualität würde durch den geplanten Neubau, allein durch das verbesserte und gesteigerte Raumkonzept deutlich optimiert, und zukunftsfähiger und effizienter gestaltet.

Frage:

*Wie wirkt sich eine Sanierung im Bestand perspektivisch auf die Gesundheit der Patient*innen auf den Stationen der Geburtenhilfe aus?*

Antwort:

Der Kreissaalbereich im Krankenhaus Lübbecke wurde zuletzt im Jahr 2018 renoviert und innerhalb des vorhandenen begrenzten Raumangebotes neugestaltet. Hier ist keine Sanierung in den nächsten Jahren geplant.

Eine Sanierung im Bestand auf der Mutter-Kind-Station muss zwingend eine Integration der Bäder auf den Patientenzimmern umfassen. Dies aktuelle Situation ist in keiner Weise mehr zeitgemäß.

Ein Umbau wäre mit hohem technischem Aufwand und sehr viel Staub- und Lärmbelästigung für unsere Patientinnen verbunden. Zimmer müssten teilweise geschlossen werden und durch die fehlende Bettenkapazität müssten junge Mütter mit ihren Neugeborenen auf andere Stationen im Haus verteilt werden, die auf dieses Patientenklientel gar nicht ausgelegt sind. Im Wochenbett sollen Frauen nach der Geburt „zur Ruhe“ kommen, dies wäre bei einem Umbau im Bestand über Jahre nicht mehr gegeben.

Der Neubau ist in jeder Hinsicht einer Sanierung vorzuziehen.

Quellen:

- hcb Ergebnispräsentation Kreistag 04.09.2023 („Personal ist der Engpassfaktor“, „So wenige Doppelstrukturen wie möglich“, „Wirtschaftliche Verschlechterung 2023 erwartet“)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAlzG) – Empfehlungen zu demenzsensiblen Krankenhäusern – Stellungnahmen zu Delir, Orientierung und Umgebungsgestaltung
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) – Positionspapiere zu Delir Prävention, Frailty und Krankenhausaufenthalten im Alter
- AOK-Pflege-Report – Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personalausstattung und Outcomes
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) – Studien zu Digitalisierung, Prozessqualität und Personalbelastung
- WHO – Patient Safety / Healing Environment – Evidenz zu Lärm, Licht, Architektur und Fehler-/Delir Risiko
- NICE-Guidelines Demenz – Empfehlungen zur Krankenhausumgebung und Delir Prävention
- Internationale Pflegeforschung (u. a. Linda Aiken) – Evidenz zu Personalausstattung und Mortalität
- Bschor, Tom, et al., Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung; Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung,
- IT-NRW, Bevölkerungsentwicklung
- Müller, Michael, Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich
- Osterkamp, Rigmar, Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich: Bewertung und Reformalternativen
- State of Health in the EU Germany Country Health Profile 2025; OECD
- Preusker, Uwe K., et al., Höhere Versorgungsqualität durch mehr Konzentration und Spezialisierung
- Albrecht, Martin, Konzentrationsentwicklung in der stationären Versorgung, IGES Institut

Beste Grüße



(Ali Doğan)
Landrat