

Antrag

Fraktion der SPD
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Hannover, den 17.06.2014

Wohnortnahe und flächendeckende Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherstellen - Krankenhausplanung neu ausrichten

Der Landtag wolle beschließen:

Entschießung

Der Landtag stellt fest:

In Niedersachsen existiert ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, das eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet. Hierbei ist der Anteil kleinerer Krankenhäuser überdurchschnittlich hoch. Die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung werden indes immer schwieriger. Die bundesgesetzlichen Vorgaben zur Betriebskostenfinanzierung und Qualitätssicherung setzen deutliche Anreize zur Konzentration von Krankenhäusern in größeren Einheiten. Hinzu kommt die demografische Entwicklung, die mittel- bis langfristig im Flächenland Niedersachsen regional sehr unterschiedliche Versorgungsbedarfe verursachen wird. Ein fairer Wettbewerb zwischen privaten Klinikkonzernen und freigemeinnützigen sowie öffentlichen Trägern ist darüber hinaus nicht mehr gegeben. Erschwerend kommt hinzu, dass bis zum Regierungswechsel 2013 seitens des Landes der Investitionsstau für Krankenhausbaumaßnahmen auf über 1,5 Mrd. Euro angewachsen ist. Diese vielfältigen Problemlagen stellen die Krankenhausplanung des Landes Niedersachsen vor neue und große Herausforderungen.

- I. Der Landtag begrüßt in diesem Zusammenhang
 1. die bisherigen Aktivitäten der Landesregierung, die Krankenhausversorgung durch Regionalgespräche zu optimieren. Die Regionalkonferenzen sind ein wichtiges Instrument, um eine zukunftssträchtige Neuordnung der Krankenhauslandschaft auf den Weg zu bringen. Sie sollen daher sukzessive auf alle Landesteile ausgeweitet werden.
 2. die Aufnahme von Gesprächen zur gemeinsamen, länderübergreifenden Krankenhausplanung mit dem Land Bremen. Weitere angrenzende Bundesländer sollten zur Vermeidung von Doppelstrukturen einbezogen werden.
 3. die Entwicklung eines Konzepts zur geriatrischen Versorgung in Niedersachsen. Weitere Fachgebiete, bei denen durch die demografische Entwicklung ein besonderer Handlungsbedarf absehbar ist, sollen ebenso einer gesonderten Analyse zugeführt werden.
 4. den flächendeckenden Aufbau von Gesundheitsregionen zur sektorenübergreifenden Verzahnung der ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgung.
- II. Der Landtag fordert die Landesregierung darüber hinaus auf,
 1. den Krankenhausplan des Landes so auszurichten, dass eine moderne, leistungsfähige und wohnortnahe Krankenhausversorgung auch in Zukunft sichergestellt werden kann. Folgende Punkte sind dabei insbesondere zu berücksichtigen:
 - a) Die Planung erfolgt regionalisiert und unter besonderer Beachtung der demografischen Entwicklung sowie der Ziele der Raumordnung und deren Grundsätzen. Sie richtet sich an Patientenbewegungen aus und nicht an kommunalen oder Landesgrenzen. Des Weiteren misst sich eine wohnortnahe stationäre Versorgung nicht an der nominellen Entfernung, sondern an der tatsächlichen Wegezeit des oder der Patienten zum erforderlichen stationären Angebot.

- b) Qualitätskriterien sind stärker als bisher bei der Krankenhausplanung einzubeziehen. Entsprechende Leistungs- und Qualitätsanforderungen sind vom Land festzulegen. Die ehemalige „Bettenpauschale“ ist entsprechend weiter zu entwickeln.
 - c) Zur Erhöhung des wirtschaftlichen Einsatzes von Fördermitteln sowie zur besseren Behandlungsqualität werden die stationären Behandlungsangebote mehr als bisher nach Schwerpunkten konzentriert. Dabei müssen in jeder Planungsregion im Rahmen der Grund- und Regelversorgung mindestens eine Fachabteilung für Innere Medizin und Chirurgie vorgehalten werden.
 - d) Für die Aufnahme von Maßnahmen der Einzelförderung in das Krankenhausinvestitionsprogramm sollen u. a. folgende Kriterien beachtet werden:
 - Berücksichtigung der wirtschaftlichen Folgen von Investitionsmaßnahmen,
 - Einhaltung von Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität,
 - Vorrang von Projekten mit integrierter Versorgung,
 - Vorrang von Fusions- und Kooperationsprojekten.
 - e) Die Notfallversorgung findet Eingang in die Krankenhausplanung. Die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung muss bei Planungs- und Förderentscheidungen ein gewichtiges Kriterium sein.
 - f) Untersuchungen zur Analyse der regional sehr unterschiedlichen Indikationszahlen für Operationen sollen in die Wege geleitet werden.
2. das Niedersächsische Krankenhausgesetz (NKHG) dahin gehend zu novellieren,
 - a) dass ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan genommen werden kann, wenn es seinen Versorgungsauftrag nicht mehr ausreichend wahrnimmt. Erfüllen die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser ihre Aufgaben nicht, wird geprüft, ob sie im Krankenhausplan verbleiben können.
 - b) dass der Begriff des Krankenhausträgers definiert wird, damit im Rahmen der Krankenhausplanung besser auf Veränderungen in der Gesellschafterstruktur des Trägers bzw. Eigentümers reagiert werden kann.
 - c) dass Einzelinvestitionsbewilligungen mit zeitlicher Befristung und einem Rückfallrecht versehen werden, wenn der Krankenhausträger innerhalb einer bestimmten Zeit mit den Baumaßnahmen nicht beginnt.
 - d) dass jedes Krankenhaus verpflichtet wird, Patientenbeauftragte zu berufen und ein Beschwerdemanagement aufzubauen.
 - e) dass jedes Krankenhaus eine Hygienebeauftragte bzw. einen Hygienebeauftragten bestellen muss.
 3. sich auf Bundesebene aktiv für eine Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen einzusetzen. Die Landesregierung soll im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Eckpunkten für die zukünftige Krankenhausfinanzierung insbesondere auf eine Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung von Krankenhäusern in Flächenländern und auf die Präzisierung für die Voraussetzungen eines Sicherstellungszuschlags hinwirken.
 4. sich für eine schnelle Erhöhung des Landesbasisfallwertes in Niedersachsen einzusetzen.
 5. darauf hinzuwirken, dass bei den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser zielgenauer berücksichtigt wird.
 6. sich für eine Anpassung des DRG-Systems stark zu machen, sodass Universitätskliniken und andere Krankenhäuser der Maximalversorgung bei Hochkostenfällen sachgerecht finanziert werden. Auch im Bereich der Notfallversorgung und der pädiatrischen Versorgung ist eine Anpassung der Vergütung an den tatsächlich entstehenden Aufwand in den Krankenhäusern erforderlich.

Begründung

Während die Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, wird die Verantwortung für die Krankenhausplanung durch die Bundesländer wahrgenommen. Um eventuelle Doppelstrukturen, Reibungsverluste und unnötige Kosten zu vermeiden, wird es zukünftig unerlässlich sein, auf Landesebene die übergreifende Planung zu verstärken. Darüber hinaus will Niedersachsen künftig stärker auf Gesundheitsregionen setzen, in denen niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste sektorenübergreifend zusammenarbeiten. Das begrüßen wir sehr. Genauso wie die Regionalgespräche, die ein guter Anfang sind, um vor Ort, in den Regionen Niedersachsens, nach Lösungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur zu suchen. Um jedoch auch langfristig eine moderne, leistungsfähige und wohnortnahe Krankenhausversorgung sicherstellen zu können, sind weitergehende Veränderungen notwendig. So erfordern der demografische Wandel, die unterschiedliche Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen und die sich ausdifferenzierenden regionalen Gegebenheiten eine neue, aktive Krankenhausplanung seitens des Landes.

Der niedersächsische Krankenhausplan, der auf das Jahr 1985 zurückgeht, wird nunmehr jährlich fortgeschrieben und entspricht damit nicht länger den aktuellen Gegebenheiten. Die Landesregierung weist im Krankenhausplan in einer Aufstellung die Krankenhäuser pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt aus. Diese Einteilung beruht auf den kommunalen Strukturen in Niedersachsen. Um den heutigen Anforderungen an eine Krankenhausplanung gerecht zu werden, müssen jedoch vermehrt Patientenbewegungen betrachtet werden, die bekanntlich nicht an Landkreisgrenzen halt machen. Eine wohnortnahe Versorgung soll sich künftig an der Erreichbarkeit orientieren, die als die Zeit definiert wird, die ein Patient im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten aufwenden muss, um ein Angebot der stationären Grundversorgung zu erreichen. Der Plan soll sich darüber hinaus an der demografischen Entwicklung und den Zielen der Raumordnung ausrichten.

Die regional unterschiedliche demografische Entwicklung in Niedersachsen, insbesondere die zunehmende Multimorbidität der Bevölkerung in den südlichen und östlichen Regionen, macht es erforderlich, verstärkt Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung zu verankern. Zudem sollen die knappen Mittel der Krankenhausförderung nicht mehr für jedwede Krankenhausbehandlung in unmittelbarer Wohnortnähe eingesetzt oder eingeplant werden. Auch unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Behandlung sind bestimmte Konzentrationen und Schwerpunktbildungen sinnvoll. Dabei handelt es sich um die Bildung von Kompetenzzentren, die sich auf die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder oder auf bestimmte Behandlungen konzentrieren. Eine gewisse Konzentration (und damit Spezialisierung) sichert und verbessert die Versorgungsqualität. Etwas anders verhält es sich bei der Notfallversorgung. Während Patientinnen und Patienten für planbare Behandlungen auch eine längere Wegezeit in Kauf nehmen können, kommt es bei Notfällen auf jede Minute an. Deshalb sollte es eine vorrangige Aufgabe der Krankenhausplanung sein, eine ausreichende stationäre Notfallversorgung zu gewährleisten.

Des Weiteren sollte im niedersächsischen Krankenhausrecht explizit die Möglichkeit geschaffen werden, ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Eine solche gesetzliche Regelung würde für die Krankenhausplanungsbehörde mehr Rechtssicherheit schaffen, um Kapazitäten oder Krankenhäuser, die nicht mehr ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen, durch einen spezialgesetzlich verankerten Widerrufsbescheid in der Konsequenz aus der Förderung herauszulösen. Dadurch können Mittel eingespart oder für andere, bedarfsgerechte, wirtschaftliche und leistungsfähige Häuser eingesetzt werden.

Bisher kommt es nur im Fall eines Trägerwechsels i. S. d. KHG zum Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan. Ein Trägerwechsel i. S. d. KHG liegt jedoch nur vor, wenn sich die rechtliche Identität des Trägers ändert. Der Träger ist dabei die natürliche oder juristische Person, die das Krankenhaus betreibt. Als Träger des Krankenhauses gelten somit nicht die Gesellschafter des Trägers, selbst wenn sie Mehrheits- oder Alleingesellschafter sind. Träger ist, wer im eigenen Namen Krankenhausleistungen erbringt; eine ausschließlich gesellschaftsrechtliche Position (Mehrheits- oder Alleingesellschafter) verleiht noch nicht den Charakter eines Trägers oder Betreibers. Eine bloße Veränderung in der Trägerstruktur, insbesondere bei Änderung der Mehrheitsverhältnisse (sogenannter Share Deal), lässt die rechtliche Identität des Trägers danach unangetastet bzw. erfüllt nicht die Voraussetzungen eines Trägerwechsels. In der Praxis findet der Ver-

kauf eines Krankenhauses häufig ohne einen Trägerwechsel i. S. d. KHG statt. So können beispielsweise von der bisherigen Gesellschaft alle oder die Mehrheit der Gesellschafts- oder Stimmrechtsanteile an einen neuen Gesellschafter veräußert werden (z. B. einen privaten Investor). Dadurch, dass ein Trägerwechsel nur bei Änderung der Identität des Trägers angenommen wird, ist es dem Sozialministerium als zuständiger Krankenhausplanungsbehörde in einem solchen Fall grundsätzlich verwehrt, ein Krankenhaus aus dem Plan herauszunehmen. Ähnliches gilt im Fall der „Vermietung“ eines Krankenhauses. Das soll sich mit der Novellierung des NKHG ändern. Ebenso soll bei der Novelle des NKHG die verpflichtende Einführung von Patientenbeauftragten berücksichtigt werden, die in den Krankenhäusern als Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner Anregungen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten oder deren Bezugspersonen entgegennehmen. Angesichts der Zunahme multiresistenter Keime und Antibiotikaresistenzen soll zur Verbesserung der Hygiene im Krankenhaus die Bestellung von Hygienebeauftragten in allen Kliniken Aufgabe werden.

Für eine gute Krankenhausversorgung ist auch der Bund gefragt. Die Entwicklung in den anderen Bundesländern macht sehr deutlich, dass die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser nicht nur in Niedersachsen unzureichend ist. Die Landesregierung soll sich daher in der durch den Koalitionsvertrag des Bundes geschaffenen Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Eckpunkten für die zukünftige Krankenhausfinanzierung u. a. für eine Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung einsetzen. Hierbei sollte insbesondere die Erhöhung des niedersächsischen Landesbasisfallwertes Ziel sein. Gegenwärtig klafft zwischen den Landesbasisfallwerten eine beträchtliche Spanne. Niedersachsens Landesbasisfallwert liegt mit 3 117 Euro im unteren Bereich. Obwohl eine Angleichung der Landesbasisfallwerte bis 2014 vorgesehen ist, wird zwischen den Landesbasisfallwerten voraussichtlich eine Spanne bestehen bleiben.

Aber auch die angemessene Berücksichtigung von Kostensteigerungen in den Krankenhäusern bei der Budgetvereinbarung ist ein wichtiges Handlungsfeld. In der Vergangenheit klafte zwischen der Budgetsteigerungsrate und der tatsächlichen Kostenentwicklung eine große Lücke. Die Folge war, dass die Krankenhäuser in existentielle wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten sind. Zudem ist anzuzweifeln, ob die DRGs die Behandlungskosten angemessen finanzieren. Obwohl das diagnoseorientierte Vergütungssystem einen sehr differenzierten Grad der Abbildung von Krankenhausleistungen erreicht hat, kommt von den Hochschulkliniken und anderen Krankenhäusern der sogenannten Maximalversorgung die Forderung nach besseren Vergütungen für die teils mit hohem Aufwand verbundenen Leistungen. Das Land soll sich deshalb dafür einsetzen, dass die Vergütung der Hochschulkliniken über die DRG verbessert wird und die Besonderheiten der Universitätsmedizin angemessen berücksichtigt werden. Auch bei der Notfallversorgung und der pädiatrischen Versorgung ist dringender Handlungsbedarf erkennbar. So erhält ein Krankenhaus für eine ambulante Notfallbehandlung durchschnittlich 50 Euro, die nicht ansatzweise ausreichen, um die Kosten im Krankenhaus abzudecken. Dabei ist seit vielen Jahren ein starker Zuwachs der Notfallbehandlung im Krankenhaus zu verzeichnen. Dieses Problem wird sich weiter verschärfen, wenn zukünftig insbesondere in ländlichen Regionen Vertragsarztsitze nicht wiederbesetzt werden können. Anders als bei den Vertragsärzten wird von Krankenhäusern eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit Fachärzten und der erforderlichen apparativen Ausstattung erwartet. Diese Vorhaltung ist sehr kostenintensiv, weshalb die Notaufnahmen in den Krankenhäusern in der Regel defizitär arbeiten. Ähnlich problematisch verhält es sich mit der überwiegenden Zahl der pädiatrischen Abteilungen in Krankenhäusern. Auch sie arbeiten defizitär, da die Vergütung über die Fallpauschalen nicht ausreicht, um die Kosten dieser Abteilungen zu decken. In der Folge ist zu erwarten, dass zukünftig pädiatrische Abteilungen schließen werden. Dass würde insbesondere für das Flächenland Niedersachsen eine wohnortnahe Versorgung von Kindern gefährden.

Für die Fraktion der SPD

Johanne Modder
Fraktionsvorsitzende

Für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Helge Limburg
Parlamentarischer Geschäftsführer