



Neuordnungsversuch der Spitallandschaft

Der Entwurf des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes in der Kritik

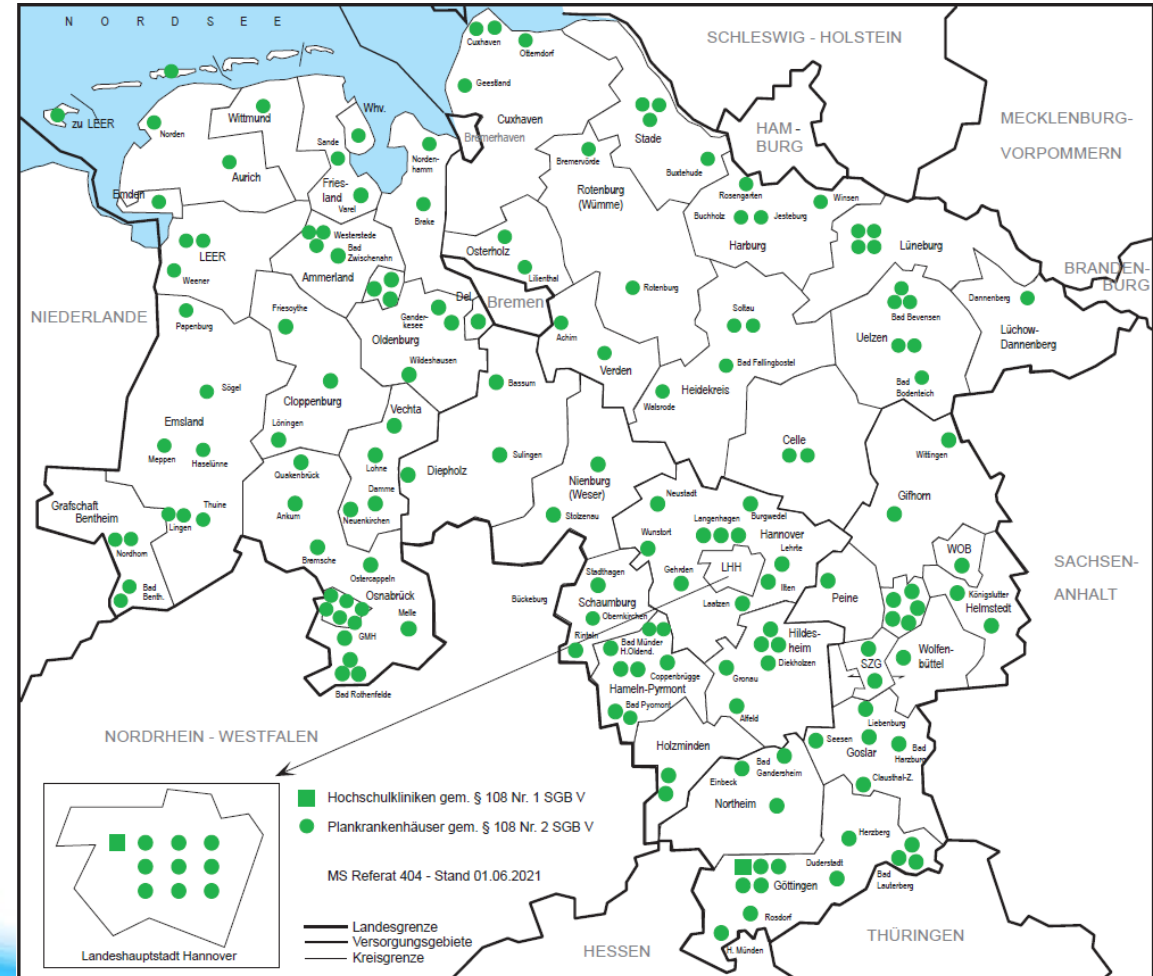
Health Insurance Days 2022, Interlaken am 29. April 2022

Peter Rowohlt, Bürgermeister der Samtgemeinde Ilmenau

Die Herausforderungen der Kliniklandschaft sind grundsätzlich bekannt und nicht besonders



- 170 Kliniken (2 Hochschulen)
- 530 Betten /100.000 EW
- 55 % d. Kliniken < 200 Betten
- Unterfinanziert
- Nicht abgestimmt mit Hamburg, Bremen, NRW
- Personalmangel
- Abgegrenzter Sektor
- Digitalisierung hinkt
- Mangelnde Wertschätzung



Die Ziele des NKHG sind per se nicht schlecht



1. Auflösung der strikten Sektorentrennung
2. Verfeinerung der KH-Planung
3. Konzentration von Kompetenzen und Kapazitäten durch Anreize für Schließungen
4. Etablierung neuer Funktionen mit einem „Patientenfürsprecher“ und „Demenzbeauftragten“
5. Besondere Honorierung der Kliniken, die an der Notfallversorgung teilnehmen



Die Ziele des NKHG sind per se nicht schlecht



1. Auflösung der strikten Sektorentrennung



Eine neue Versorgungsform entsteht: Das „Regionale Gesundheitszentrum (RGZ)“




- ➔ Eine „alternative Versorgungsform zur Sicherstellung wohnortnaher Versorgung; interdisziplinär und interprofessionell“
- ➔ Erreichbarkeit 24 / 7 mit Notfallversorgung
- ➔ Verfügbarkeit einer bettenführenden Pflegeeinheit
- ➔ Ambulantes Facharztangebot
- ➔ Vorhandene Leistungserbringer einschl. Ärzte können sich einbringen

Pflicht

Problematisch am RGZ ist so einiges



- 
- **Zuständigkeit:** Warum Regelung eines ambulanten Angebots im KHG? Kernkritik: Arztrecht ist Bundesrecht !
 - **Erreichbarkeit / Angebot:** Wer kann im ambulanten Umfeld 24/7, Notfallversorgung, Facharztpräsenz und Betten sicherstellen?
 - **Trägerschaft:** Ungeregelt! Um was handelt es sich im Sinne des Niederlassungsrechts? Wer kann die Vorhaltekosten tragen bei ambulanter Vergütung?
 - **Formulierung:** Bedeutet „alternative Versorgungsform“ als Alternative für ein Krankenhaus? Bedeutet: Da, wo eine Klinik schließt, muss ein RGZ entstehen?

Die Ziele des NKHG sind per se nicht schlecht



2. Verfeinerung der KH-Planung



Die Krankenhausplanung wird atomisiert



➔ Aus vier **Planungsbezirken** werden acht, um der jeweiligen Regionalität im Hinblick auf

- Ambulante Versorgungsangebote
 - Fallzahl und Inzidenzen
- Rechnung zu tragen


➔ Jede Klinik wird in eine von drei neuen **Versorgungsstufen** eingeteilt:

- Grund- und Regelversorgung (u.a. alle Fachkrankenhäuser)
- Schwerpunktversorgung
- Maximalversorgung

➔ Ein neuer **Begleitausschuss** aller Beteiligten hält die Planung lfd. nach

Warum wird die hochwertige Versorgung in Nachbar-Bundesländern ausblendet ?



- 
- Regionalität: Warum fehlt die unterschiedliche demographische Entwicklung, einhergehend mit der Morbidität in den Kriterien? Die Versorgung in benachbarten Bundesländern wird kpl. ausgeblendet.
 - Versorgungsstufen: Die Einteilungskriterien sollen in einer Verordnung, also durch die Exekutive geregelt werden. Fachkrankenhäuser sind keine homogene Gruppe (Bsp: Augenklinik mit neun Betten vs. Psychiatrie mit 600 Betten)
 - Begleitausschuss: Kann ein Gremium mit 20 zu beteiligenden Verbänden / Ministerien / Kammern, u.a. dem „Unternehmerverband“ arbeitsfähig sein?

Die Ziele des NKHG sind per se nicht schlecht



3.

Konzentration von Kompetenzen und Kapazitäten u.a. durch Anreize für Schließungen



Das Land zahlt, wenn ein Krankenhaus schließt. Trägerwechsel führt zum Wegfall aus dem KH-Plan



➔ Krankenhäuser, die für die Versorgung entbehrlich sind, werden bei der Schließung gefördert. Dies umfasst:

- Kosten aus Abwicklung von Verträgen
- Kosten des Sozialplanes
- Kosten besonderer wirtschaftlicher Härten der Beschäftigten
- Investitionen einer Umwandlung für andere med. oder soz. Aufgaben

Achtung: Nur im Rahmen der bereitstehenden Haushaltsmittel!

➔ Ein Trägerwechsel führt ausnahmslos zur Streichung aus dem Krankenhausplan

Zitat: „Strukturplanung ist mehr als Schließung von Krankenhäusern“



In der Vorstellung des Entwurfes kam es zu dieser Aussage:

„Schließt einfach 40 Krankenhäuser, baut vier neue und kauft zehn Hubschrauber.“

Skandal oder „auf den Punkt“ ?





Skandal oder „auf den Punkt“ ?

Berechtigt ist dabei durchaus

- Allokation von Fachkräften in den Städten nimmt zu
- Stark ersetzt schwach, Neu ersetzt Alt, Groß ersetzt Klein
- Konzentration von Investitionsmitteln des Landes auf wenige Projekte
- Endlich einmal ausgesprochen: Den ländlichen Raum kann man kaum noch medizinisch hochwertig versorgen

Unberücksichtigt bleibt dabei

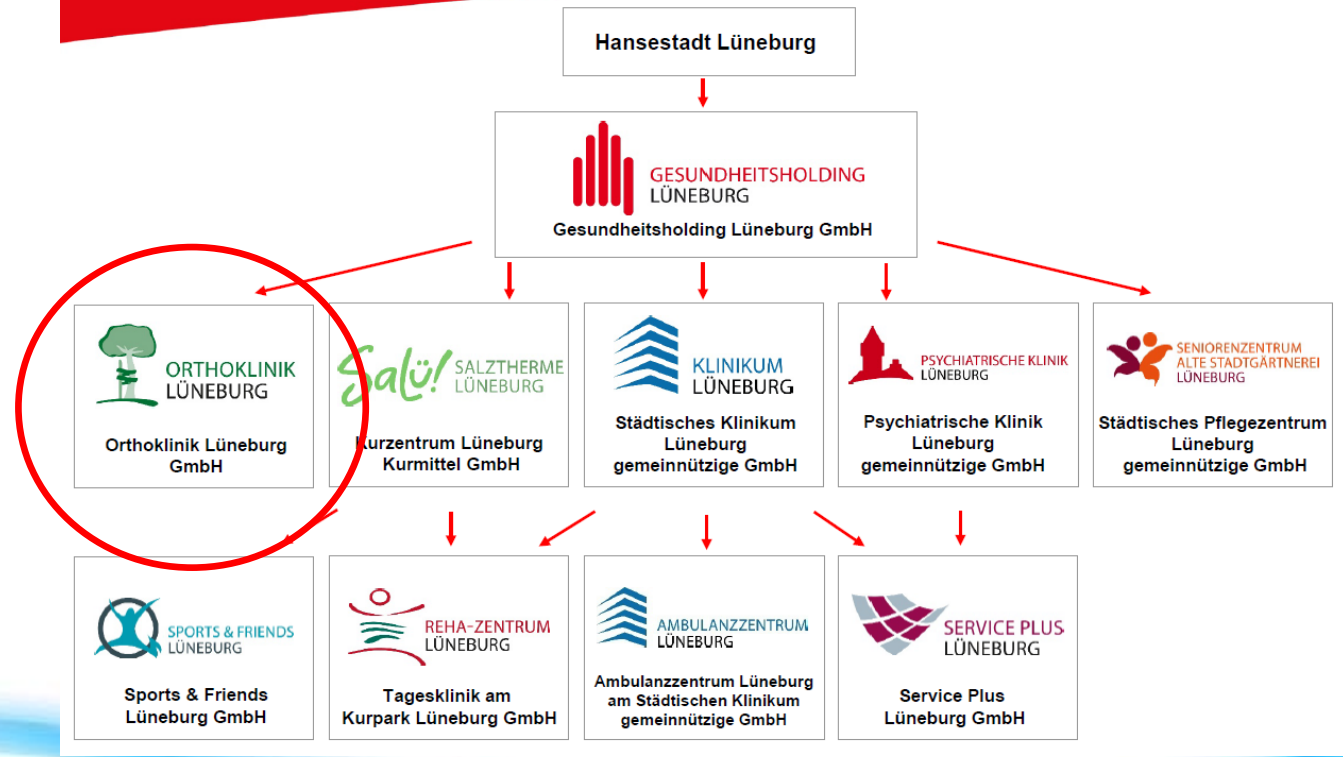
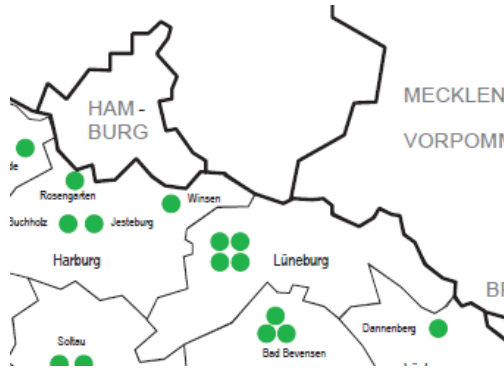
- Die Erreichbarkeit eines Krankenhauses steigt auch im Notfall auf bis zu 30 Minuten!
- Krankenhäuser sind auch regionale Arbeitgeber und Ausbilder
- Nicht jeder im Krankenhaus beschäftigte Berufszweig, bspw. im Niedriglohnsektor wird in die Städte folgen (können).

Weder noch, eher eine nicht mehr umkehrbare Entwicklung...

Ein Trägerwechsel führt ausnahmslos zur Streichung aus dem Krankenhausplan



Hochproblematischer Eingriff in Eigentumsrechte und die Zweckbindung / den Versorgungsauftrag.



Die Ziele des NKHG sind per se nicht schlecht



4.

Etablierung neuer Funktionen mit einem „Patientenfürsprecher“
und „Demenzbeauftragten“

Patientenfürsprecher und Demenzbeauftragte: Notwendig in einer alternden Gesellschaft?



Patientenfürsprecher

- Muss natürliche Person sein
- Ist ehrenamtlich tätig
- Muss Erfahrung im Sozial- und Gesundheitswesen haben
- Schnittstelle zwischen Patienten und KH bei Beschwerden, Missständen, Unklarheiten
- Berichtet dem MS bei gravierenden Fällen direkt und unverzüglich
- Hält regelm. Sprechstunden im KH ab



Demenzbeauftragter

- Muss natürliche Person sein
- Im Ehrenamt oder aus dem KH-Personal berufen
- Aus dem KH berufene Person unterliegt in dieser Funktion „keiner Weisung“
- Nachweis von Zuverlässigkeit und Fachkunde
- Ansprechpartner der Angehörigen von dementen Personen im KH
- Hält regelm. Sprechstunden im KH ab, soll Schulungen und Qualitätszirkel initiieren

Die Reaktionen reichen von Beifall bis zur Aufforderung zum Streichen



Sozialverbände: Dringend überfällig: Lotsen- und Vertrauensfunktion!



Stark zunehmender Anteil dementer Personen in stat. Aufnahme



Ärztekammer: Beauftragter für Transplantationen fehlt

Krankenhausgesellschaft:



- Bürokratiemonster und Misstrauensvotum zugleich!
- Gesetz unterstellt, dass das Krankheitsbild nicht adäquat versorgt wird.
- Die Forderung nach „Zuverlässigkeit“ ist beleidigend und diskreditiert das KH-Personal
- Wer finanziert die Stelle?

Ein fader Beigeschmack bleibt auch an anderer Stelle: Deutliche Verschärfung der Kontrolle



§ 15 – Überwachung der Verwendung der Fördermittel

Zitat aus Absatz 2:...“Die von der zuständigen Behörde mit der Überwachung beauftragte Person ist befugt...die Ärztinnen und Ärzte und das Krankenhauspflegepersonal zu befragen.“



Absatz 5: Das Krankenhaus hat die Maßnahmen nach Abs. 1-4 zu dulden. Das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG) wird insoweit eingeschränkt.



Das Fazit

Die Anzahl und Schwere der Fehler bis hin zu Verfassungsverstößen sucht seinesgleichen. Ist es ein Gesetzentwurf oder ein Arbeitspapier?

Die RGZ werden praktisch weder umsetzbar noch auf Dauer finanzierbar sein

Die Förderung von Schließungen und die daraus resultierende Neuschaffung von Kapazitäten war bislang ebenfalls nicht finanzierbar.

Die gesamte Tenorierung drückt Misstrauen gegen die Krankenhauslandschaft aus

 Gestern noch als Retter in der Pandemie beklatscht. Heute vom Paulus zum Saulus degradiert. Dieser Entwurf wird Spuren hinterlassen.

DANKE !!



Lüneburger Heide