



Vorlage	115
zu Drs.	2351

Niedersächsischer Städtetag \* Prinzenstraße 17 \* 30159 Hannover

**An  
die Mitglieder  
der Enquetekommission**

Hannover, 14.01.2020  
Ansprechpartner: Frau Teuber  
Durchwahl: 0511 / 36894-17  
Aktenzeichen: 50.11.01:042

[patricia.rothofer@gesundheit-nds.de](mailto:patricia.rothofer@gesundheit-nds.de);  
[norbert.horn@lt.niedersachsen.de](mailto:norbert.horn@lt.niedersachsen.de)

### ***Positionspapier zur Krankenhausversorgung in Niedersachsen***

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Joumaah,  
Sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission,

die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG) und die Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände (AG KSPV) haben bereits in der 27. Sitzung der Enquetekommission am 4. November 2019 eine gemeinsame Stellungnahme zum Thema „Krankenhausversorgung in Niedersachsen“ abgegeben. An dieser Vorgehensweise möchten wir festhalten und legen der Enquetekommission unsere gemeinsamen Positionen zur Krankenhausversorgung aus Sicht der Leistungserbringer vor. Diese Positionen wurden in unseren Gremien abgestimmt und sind unsere Antwort auf die Fragestellungen der Enquetekommission zur stationären medizinischen Versorgung der Landtagsdrucksache 18/2012 (Einsetzungsbeschluss der Enquetekommission).

Neben den im Einsetzungsbeschluss der Enquetekommission genannten Fragestellungen gibt es weitere Themenbereiche, die von großer Bedeutung für die NKG und die AG KSPV sind. Dazu gehört zunächst das Thema Fachkräftemangel. Wir fordern alle Seiten auf, hierzu gemeinsam Lösungen zu erarbeiten und diese ergebnisorientiert umzusetzen. Außerdem fordern wir die Errichtung eines Strukturfonds III, der explizit auch Mittel für Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit enthält, oder eines weiteren Sondervermögens in auskömmlicher Höhe, um u.a. die notwendigen strukturellen Veränderungen der Krankenhauslandschaft zu unterstützen.

Niedersachsen ist ein Flächenland. Die individuellen Anforderungen vor Ort sind sehr unterschiedlich. Diese Vielfalt sollte bei der Beratung über die Krankenhausversorgung berücksichtigt werden. Eine Veränderung der Krankenhausstruktur ist für uns nur mit einer weiterhin flächendeckenden und wohnortnahen Krankenhausversorgung möglich. Landkreise und kreisfreie Städte haben einen Sicherstellungsauftrag; Krankenhausversorgung ist Daseinsvorsorge. Diesen Sicherstellungsauftrag nehmen wir gemeinsam mit der NKG sehr ernst.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Jan Arning



Prof. Dr. Hubert Meyer



Dr. Marco Trips



Helge Engelke

## Positionen zur Krankenhausversorgung aus Sicht der Leistungserbringer\*

### **Ausgangslage**

Die Krankenhausstrukturen in Niedersachsen sind historisch gewachsen. Strukturveränderungen wurden und werden im Spannungsfeld zwischen einer guten regionalen Erreichbarkeit von Krankenhäusern und den vorhandenen finanziellen bzw. räumlichen Restriktionen geplant. Eine wichtige Rolle haben hierbei stets Regionalgespräche gespielt, in die die Akteure vor Ort, insbesondere die kommunalen Verantwortungsträger, eingebunden waren.

### **Rolle der Leistungserbringer**

Die Träger der Krankenhäuser (Kommunale Spitzenverbände und NKG) unterstützen aktiv alle Diskussionen über die regionale und strukturelle Neuordnung der Krankenhausplanung. Sie tragen sowohl in den Regionalgesprächen als auch im Krankenhausplanungsausschuss schwierige Entscheidungen mit. Die Erhaltung, Stärkung und Weiterentwicklung von Standorten in Regionen mit Versorgungsdefiziten sind wesentliche Elemente der Strukturentwicklung. Dazu gehören ausdrücklich auch der Abbau von nicht bedarfsnotwendigen Kapazitäten, Standortzusammenführungen und im Einzelfall auch Standortschließungen.

### **Kernaspekte der Krankenhausplanung**

Erhaltenswerte Kernpunkte der Krankenhausplanung sind:

- gesicherte Qualität
- Leistungsfähigkeit
- Erreichbarkeit
- geringe Wartezeiten
- Wahlfreiheit der Versicherten
- Trägervielfalt

Zu vermeiden sind zufällig entstehende, nicht kalkulierbare Wechselwirkungen, vor allem durch

- undifferenzierten Kapazitätsabbau, verursacht durch wirtschaftlichen Druck
- immer restriktivere Regulierungen und Vorgaben
- undifferenzierte Ausweitung von Qualitätsanforderungen

---

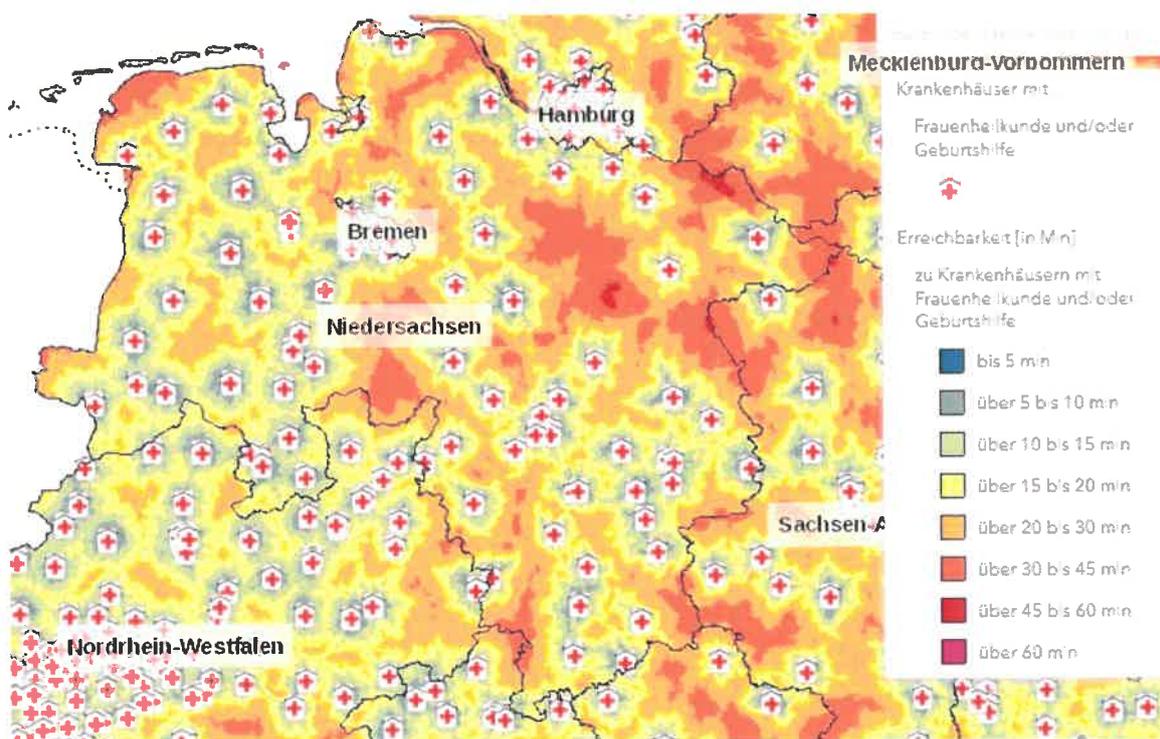
\* Kommunale Spitzenverbände und Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

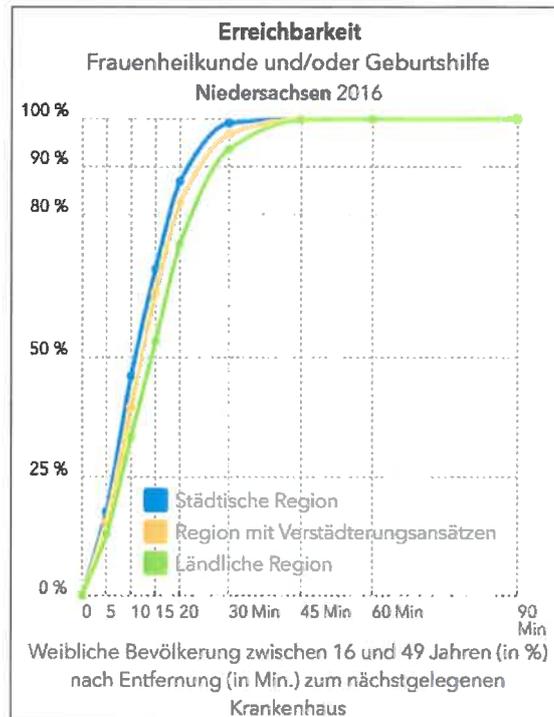
## Definition von Grund- und Regelversorgung sowie von Erreichbarkeit

(Frage 1)

Im niedersächsischen Krankenhausplan wird keine Definition von Grund-/Regel-/Schwerpunkt- und Maximalversorgung vorgenommen. Bundesweit gibt es hierzu sehr unterschiedliche Vorgehensweisen.

Konsens im Planungsausschuss war bislang, dass eine flächendeckende Grundversorgung für die Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie in Niedersachsen gewährleistet sein soll. Ebenso wird eine gute Erreichbarkeit der Geburtshilfe angestrebt. Diese Abteilungen sollten in maximal 30 Minuten zu erreichen sein. Schon heute gibt es in Niedersachsen Regionen, in denen beispielsweise die Geburtshilfe nicht mehr innerhalb dieses Zeitraums erreicht werden kann (siehe nachfolgende Abbildungen: Erreichbarkeit der Fachabteilungen Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe in Niedersachsen 2016).





Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Krankenhausatlas, Deutschland, 2018, Online.

Seit 2016 hat sich die Zahl der Krankenhäuser mit einer Geburtshilfe um 6 reduziert, die Zahl der Betten um 40 (Stand 2019: 977). Somit wird sich auch die Erreichbarkeit weiter verschlechtert haben. Schwangere Frauen müssen zum Geburtszeitpunkt im Zweifelsfall längere Strecken zurücklegen.

Weitere Abgrenzungskriterien für eine Grundversorgung (z.B. Bettenzahlen, medizintechnische Ausstattung o.ä.) müssten auf ihre Praktikabilität und Umsetzbarkeit hin überprüft werden, bevor am grünen Tisch darüber entschieden wird.

Ein gestuftes System der Versorgung im Bereich der psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung wurde im Landespsychiatrieplan vom Mai 2016 festgelegt. Die besondere Herausforderung dieser Versorgungsform besteht in einem enormen Versorgungsbedarf, der insbesondere an den Schnittstellen von ambulant und stationär dynamisch wächst. Das Netz der Tageskliniken ist schon sehr umfangreich, muss aber an einigen Orten dennoch deutlich weiter ausgebaut werden.

### **Ermittlung der Bedarfskennziffern**

Der Bedarf an Krankenhausleistungen wird gemäß höchstrichterlicher Rechtsprechung an der Summe der mit den Krankenkassen abgerechneten stationären Krankenhausleistungen im Sinne des § 39 SGB V gemessen. Auf dieser Grundlage wird dann, unter Einbeziehung demographischer und morbiditätsorientierter Faktoren, der zukünftige Bedarf an Krankenhausleistungen prognostiziert. Regionale und sektorenübergreifende Aspekte hingegen werden in der Bedarfsanalyse derzeit noch nicht ausreichend berücksichtigt. Auch ist unklar, wie neue Bedarfe aufgrund veränderter medizinischer Vorgehensweisen ermittelt werden sollen. Da die entsprechenden Leistungen noch nicht von Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden, sind sie auch noch nicht messbar.

Die aktuelle Bedarfsermittlung geht von einem differenzierten Bettenauslastungsgrad aus, der nach Versorgungsbereichen unterschiedlich definiert ist. Die einzelnen Auslastungsgrade werden aktuell diskutiert. Problematisch sind die zu hohen Quoten, die insbesondere für Belegabteilungen zugrunde gelegt werden. Diese Abteilungen werden, aufgrund der guten Planbarkeit der Leistungen, an Wochenenden und Feiertagen oft nur sehr eingeschränkt belegt. Aus diesem Grunde liegen die durchschnittlichen Auslastungen unter denen von „normalen“ Abteilungen. Wenn mithilfe von zu hohen vorgegebenen Quoten versucht wird, Leistungsangebote bzw. ihre Inanspruchnahme zu begrenzen, droht eine Fehlsteuerung.

## **Einbeziehung von Qualitätsaspekten in die Bedarfsplanung**

(Frage 2)

Bei der Auswahl von Qualitätssicherungsinstrumenten ist darauf zu achten, dass sie wissenschaftlich akzeptiert sind. Auch sind die bereits erwähnten Grundsätze der Bedarfsplanung (flächendeckende Erreichbarkeit, Deckung des Bedarfs usw.) zu berücksichtigen. Aufgrund einer kaum erreichbaren objektiven Definition von Qualität wird jedoch häufig mit umstrittenen Behelfs-Parametern, z.B. Strukturvoraussetzungen, gearbeitet.

Als ein erster Versuch, von solchen Parametern wegzukommen und Ergebnisqualität in die Planung einzubeziehen, wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erste sogenannte planungsrelevante Qualitätsindikatoren entwickelt. Diese sind jedoch nach herrschender Meinung aktuell kaum für konkrete planungsrelevante Qualitätsanforderungen geeignet. Es handelt sich um elf Indikatoren, die sich lediglich auf die beiden Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe beziehen. So beruht beispielsweise in 53 von deutschlandweit 62 Krankenhäusern, denen im Jahr 2019 „unzureichende Qualität“ bei einem Qualitätsindikator bescheinigt wurde, die fragliche Bewertung auf einem einzigen, zwei oder drei Behandlungsfällen. Auf der Basis eines einzigen oder einer sehr geringen Zahl von Fällen Rückschlüsse auf die gesamte Behandlungsqualität zu ziehen, ist kaum nachvollziehbar. Die derzeitige Darstellung der Qualitätsindikatoren suggeriert eine mangelnde Versorgungsqualität einer Fachabteilung oder gar eines ganzen Krankenhauses, allein weil die Anforderungen bei einem einzigen oder einigen wenigen Qualitätsindikatoren nicht vollständig erfüllt werden konnten. Es zeigt sich, dass es nicht möglich ist, aufgrund weniger Indikatoren die Qualität einer Fachabteilung zu beurteilen. Die ausführlichen Erläuterungen zum Verfahren bestätigen dies. Die Qualitätsindikatoren bilden vielmehr in ihrer derzeitigen Ausgestaltung einen Einstieg, um das Verfahren an sich zu testen. Die Erfahrungen aus den ersten Jahren der Anwendung (2018 u. 2019) zeigen jedoch bereits, dass dieses Instrument nur äußerst sorgfältig und behutsam eingesetzt werden sollte.

Inwiefern Strukturvorgaben aus dem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) für spezifische Leistungen zusätzlich in krankenhausplanerische Überlegungen einbezogen werden können und sollten, bedarf noch einer eingehenden Analyse. Insbesondere die Klagewellen der Krankenkassen in den Leistungsbereichen Neurologie und Geriatrie haben gezeigt, dass dieses Instrument anfällig für gegensätzliche strategische Interessen ist (kurzfristige Rechnerkürzungspotenziale versus Sicherstellung der Versorgung).

Mit dem Gesetz zur Reform der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK-Reformgesetz) sollen hier neue Mechanismen und konkretisierende Strukturen etabliert

werden, etwa die Deutungshoheit des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sowie die OPS-Strukturprüfungen. Deren Wirksamkeit ist jedoch sorgfältig zu prüfen.

**Ziel muss es sein, Versorgung zu planen und nicht zu verhindern.**

## **Mindestmengen**

(Frage 3)

Mit der Änderung der gesetzlichen Grundlagen für Mindestmengen wurde, bezogen auf die Qualitätsorientierung, der umgekehrte Weg eingeschlagen: Der wissenschaftliche Ansatz, d.h. der Nachweis, dass sich Mindestmengen tatsächlich auf die Qualität auswirken, trat mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) vom Dezember 2015 in den Hintergrund. Der Bundesgesetzgeber hat damit die Zielsetzung von Mindestmengen geändert. Es soll in erster Linie um Strukturbereinigung gehen. Vor dem Hintergrund, dass Mindestmengen – ebenso wie Kennzahlen der Strukturqualität – als Ersatz-Parameter für Qualitätsdefinitionen dienen, erscheint dieser Weg zwar konsequent, ist allerdings überaus kritisch zu beurteilen.

Die Auswirkungen auf die Krankenhausstruktur werden daher gezielt stärker ausfallen als in der Vergangenheit. Wie auch bei den übrigen Qualitätsparametern ist das Wechselspiel mit den weiteren Faktoren der Bedarfsplanung (s.o.) zu beachten. Erste Auswirkungen dieser Änderung werden für Niedersachsen spürbar, wenn die Mindestmengen für die Frühgeborenenversorgung – wie derzeit von den Krankenkassen im G-BA beantragt – ausgeweitet werden. Die bisherige flächendeckende Versorgung in Niedersachsen könnte damit, je nach (neuer) Mindestmenge, künftig nicht mehr gewährleistet sein. Änderungen der übrigen sowie die Einführung weiterer Mindestmengenregelungen sind daher ebenfalls sorgfältig zu analysieren. Die entsprechenden technischen Voraussetzungen hierzu liegen vor.

Die Landespolitik wird sich im Ergebnis fragen müssen, ob sie weiterhin planerisch tätig sein will, wenn (Bundes-)Vorgaben die Versorgungsstrukturen negativ beeinflussen. Der G-BA selbst hat erkannt, dass eine Prüfung und Anpassung vor Ort essenziell ist, denn es ist nicht möglich, von Berlin aus in einer Richtlinie verbindliche und passgenaue Regelungen für jeden Kreis und jede Gemeinde in Deutschland zu treffen, die in ihrer Struktur völlig unterschiedlich sein können.

## **Medizinische Versorgungszentren oder Portal-Krankenhäuser**

(Frage 4)

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) erbringen ausschließlich ambulante Leistungen. Sie sind den Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung unterworfen und in den vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrag eingebunden.

Ein MVZ erbringt somit keine stationären Krankenhausleistungen. Es bietet sich aber an, ein MVZ in direkter Nähe eines ländlichen Krankenhauses zu betreiben und so die Wege für Patientinnen und Patienten möglichst kurz zu halten. Krankenhäuser sind zentrale Orte der

regionalmedizinischen Versorgung. Eine sektorenübergreifende Planung kann und sollte dies berücksichtigen, indem neben den stationären Versorgungsmöglichkeiten ambulante medizinische und pflegerische Leistungen auch an Krankenhäusern als niedrigschwellige Leistungsangebote angesiedelt werden. Dies sollte vor allem bei ambulanten medizinischen Versorgungsangeboten geschehen, zum Beispiel in Form von fachärztlicher Versorgung sowie von medizinisch-pflegerischen Versorgungszentren, wofür entsprechende Verbindungen zwischen dem SGB V und dem SGB XI zu schaffen sind.

Unter dem Begriff der Portalkliniken werden in der Literatur stationär geprägte Einrichtungen verstanden. Sie sollen mit einer eher geringeren Bettenzahl eine stationäre Basisversorgung mit örtlich begrenzter Reichweite sicherstellen. Ziel soll die Vorhaltung der – stationären – Notfallversorgung sein. Inwiefern das Notfallstufenkonzept des G-BA diese Konzeption jedoch in Frage stellt, ist kritisch zu prüfen.

### **Spezialisierungsmöglichkeiten in den ländlichen Regionen**

(Frage 5)

Erstes Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Grund- und Regelversorgung insbesondere auch in ländlichen Regionen zu gewährleisten. Aus diesem Grund ist im Koalitionsvertrag „Gemeinsam für ein modernes Niedersachsen“ festgehalten, dass eine flächendeckend gut erreichbare Krankenhausversorgung zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge gehört und die Wohnortnähe eines Krankenhauses insbesondere in den ländlichen Regionen unseres Landes eine bedeutende Rolle spielt. In einer Region kann es daher notwendig sein, die medizinische Versorgung in voller Breite anzubieten, da es nur wenige andere Leistungserbringer gibt.

Aber auch die Erreichbarkeit von Einrichtungen der Spezialversorgung in den ländlichen Regionen sollte bei Planungsentscheidungen berücksichtigt werden. Diese im Koalitionsvertrag verankerte Option steht im Gegensatz zum „Dänischen Modell“ einer vollständigen Zentralisierung, das von einzelnen Akteuren propagiert wird. Beispiele für aktuelle Spezialversorger in Niedersachsen sind das Diabeteszentrum Bad Lauterberg, die Waldklinik Jesteburg mit Behandlungen der Neurologischen Frührehabilitation oder das Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen. Qualität und Notwendigkeit der Versorgung sind bei diesen Leistungserbringern unstrittig.

Zusätzlich zu den gewachsenen Strukturen der bisherigen Spezialversorger wäre eine Zielplanung notwendig, welche Angebote in welcher Erreichbarkeit angestrebt werden und wie Spezialisierung – insbesondere auch in der Fläche – definiert werden kann. Neben Psychiatrie und Geriatrie (die bereits in Konzepten des Landes beschrieben sind) wären weitere Versorgungsbereiche wie Adipositas-Behandlung oder Neurologische Frührehabilitation erforderlich. Schließlich ist auch zu berücksichtigen, dass der Betrieb eines Krankenhauses – mit wenigen Ausnahmen – auf das Zusammenspiel unterschiedlicher Fachdisziplinen angewiesen ist. Nicht zielführend wäre aber, zusätzliche „Spezialisierungsmöglichkeiten“ zu definieren, nur um an Krankenhausstandorten festzuhalten, deren Leistungs- und Zukunftsfähigkeit insgesamt in Frage steht. Schwerpunkt der flächendeckenden Versorgung bleibt eine umfassende Versorgungsplanung unter Berücksichtigung von regional unterschiedlichen Erreichbarkeitskriterien, die noch zu vereinbaren sind.

Die ersten Zentren, die nach den Vorgaben des G-BA im Krankenhausfachplan ausgewiesen worden sind, berücksichtigen diese geforderte Regionalität derzeit nicht. Im Gegenteil, das Kriterium einer Mindestbettenzahl von 400 beschränkt die Möglichkeiten, in ländlichen Regionen entsprechende Zentren auszuweisen. Hier sind weiterführende Definitionen und Entscheidungen notwendig.

### **Einbindung von Facharztkapazitäten und medizinisch-technischen Geräten der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung**

(Frage 6)

In den derzeit in der Bund-Länder-AG diskutierten Eckpunkten für eine sektorenübergreifende Versorgung wird eine Flexibilisierung sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Leistungserbringung angestrebt. Dabei soll das Versorgungsinteresse der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund gestellt werden.

Wenn ein ambulanter Versorgungsbedarf nicht durch Vertragsärzte gedeckt werden kann, sollen Krankenhäuser vom Land ermächtigt werden, die notwendigen ambulanten Leistungen im Rahmen ihrer Kapazitäten zu erbringen. Hierzu bietet es sich an, einen einheitlichen Kriterienkatalog zu erarbeiten, der diese „Unterversorgung“ objektiv definiert.

Ein weiterer Aspekt ist die Festlegung von gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereichen. Diese sollen sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich geöffnet werden – mit einheitlichen Rahmenbedingungen und Behandlungsleitlinien, die noch zu erarbeiten sind. Dadurch kann die Versorgung wesentlich patientenzentrierter gestaltet und können Leistungen flexibler dort erbracht werden, wo der Patient sie benötigt und wo es qualitativ sowie ökonomisch am sinnvollsten ist.

### **Sektorenübergreifende Kooperationen zur Optimierung ambulanter und stationärer Angebote**

(Frage 7)

Die bislang nicht abgestimmten Planungsverfahren von ambulanter und stationärer Leistungserbringung werden den Erfordernissen einer patientenorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung nicht gerecht. Hier müssen die beiden Sektoren bereits in der Planung enger verzahnt und aufeinander abgestimmt werden, insbesondere unter Berücksichtigung regionaler Aspekte.

Die Krankenhäuser bieten sich an, wo notwendig die ambulante fachärztliche Versorgung in ländlich geprägten Regionen an ihren Standorten im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu sichern. Bei den regionalen Strukturkonzepten ist zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser in der Regel zentrale Orte der regionalmedizinischen Versorgung sind. Dies sollte genutzt werden, indem verstärkt ambulante und pflegerische Leistungen als niedrighschwellige Leistungsangebote in der Nähe von Krankenhäusern angesiedelt werden. Dies könnten beispielsweise medizinisch-pflegerische Versorgungszentren sein. Hierzu ist eine entsprechende Verbindung zwischen dem SGB V und dem SGB XI zu schaffen.

Auch auf die besonderen Herausforderungen durch den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt sowohl in Ballungsräumen als auch in ländlichen Regionen muss eingegangen werden. Hierzu ist eine konkrete Beschreibung der Versorgungsbedarfe der Regionen notwendig. Auf der Grundlage eines Soll-Ist-Abgleichs sollten dann, je nach regionaler Bedarfssituation, einerseits Unterversorgungssituationen verbessert und andererseits hohe Versorgungsdichten reduziert werden. Eine realistische Zielplanung mit umsetzbaren Entwicklungsschritten zur Anpassung der Krankenhausstrukturen ist zwischen den Beteiligten der Krankenhausplanung abzustimmen.

Dem Land kommt bei dieser Zielplanung eine Schlüsselrolle zu. Dabei müssen alle betroffenen Akteure frühzeitig in einen transparenten Prozess eingebunden werden. Da es sich immer um individuelle Vor-Ort-Situationen handelt, ist auch der jeweilige Krankenhausträger frühzeitig aktiv zu beteiligen. Bei den Strukturentwicklungen können Regionalgespräche ein geeignetes Mittel sein.

### **Anreize für eine gute pflegerische und ärztliche Personalausstattung**

(Frage 8)

Krankenhäuser stehen mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen im Wettbewerb um Fachkräfte. Diese werden jedoch durch eine ungerechtfertigte Misstrauenskultur und Diskreditierung der Krankenhäuser zunehmend abgeschreckt. Bezahlung und Arbeitsbedingungen sowie das infrastrukturelle Umfeld sind weitere Faktoren, die von den Mitarbeitenden aufgrund der einseitigen öffentlichen Diskussionen als problematisch wahrgenommen werden.

Es reicht nicht, theoretische Versorgungsbedarfe und -strukturen am grünen Tisch zu entwickeln. Ausgangsgröße sind die bestehenden – und anzupassenden – Strukturen. Umfangreiche Anpassungen erfordern, wie in Niedersachsen an vielen Stellen bereits praktiziert, erhebliche Investitionen. Erfahrungen aus anderen Ländern wie Dänemark bestätigen dies.

Neben den aktuell zu niedrigen Investitionen durch das Land (Investitionsstau) behindern aber auch Fehlanreize des Fallpauschalensystems die Weiterentwicklungspotenziale in den Krankenhäusern. Solange es einem bedarfsnotwendigen Krankenhaus weiterhin nicht möglich ist, mit den Vergütungen für die Betriebskosten seinen definierten medizinischen Versorgungsauftrag zu erfüllen und Tariflöhne zu zahlen, sind auch Investitionen in Personal- und Betriebsstrukturen kaum möglich. Eine bessere Berücksichtigung struktureller Besonderheiten in den Fallpauschalen ist unerlässlich – beispielsweise durch eine Kombination der Vergütung von Behandlungs- und Vorhaltekosten. Weiterhin muss es ein Ziel sein, das Fallpauschalensystem stark zu vereinfachen. Auch die Ressourcenverschwendung und Demotivation der Mitarbeitenden durch ausufernde Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern müssen ein Ende haben.

Zentraler Ansatzpunkt zur Verbesserung der Situation ist eine Ausbildungsoffensive. Anlässlich der Reform der drei bisherigen Pflegeausbildungen hin zur generalistischen Ausbildung haben sich die Ausbildungsanbieter zur Ausbildungsallianz Niedersachsen zusammengeschlossen.

Ziel ist es, die Qualität der Ausbildung durch eine noch bessere Anleitung und Begleitung der Auszubildenden in den Ausbildungseinrichtungen und Pflegeschulen zu erhöhen. Hierfür werden Schulen und Betriebe noch enger zusammenarbeiten. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber Mindestanforderungen an Pflegeschulen festgelegt, die ein einheitliches Ausbildungsniveau sicherstellen sollen.

Dies ist ein erster Schritt, um mehr Interessierte für die Ausbildung in der Pflege zu gewinnen und so langfristig dem Fachkräftemangel aktiv zu begegnen.

### **Doppelkapazitäten an Landesgrenzen**

(Frage 9)

Die „AG Umlandversorgung“, in der neben der Hansestadt Bremen das Sozialministerium Niedersachsen sowie die Bremer Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen aktiv sind, tagt regelmäßig. Eine weitergehende Abstimmung mit den übrigen acht Bundesländern, die an Niedersachsen angrenzen, gibt es nicht. Das Bundesland Bremen hat aber auch eine gewisse „Sonderrolle“, da es geographisch „mitten“ in Niedersachsen liegt.

Mithilfe von Einzugsgebietsstatistiken werden Kapazitätsaspekte in der aktuellen Krankenhausplanung berücksichtigt. Dies spielte z.B. eine wichtige Rolle bei den Regionalgesprächen im Landkreis Osnabrück.

Eine „gemeinschaftliche“ Krankenhausplanung über die Bundesgrenze hinweg ist nicht möglich. Hiergegen sprechen die gesetzlichen Vorgaben. Die Krankenhäuser in Deutschland behandeln dennoch eine große Zahl von EU-Bürgern, ohne dass Kliniken hinreichend Zahlungssicherheit haben.

EU-Bürger können sich mit der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC bzw. PEB) in Deutschland medizinisch behandeln lassen, sofern dies während des Aufenthalts notwendig wird, also nicht bis zu ihrer Rückkehr ins Herkunftsland warten kann. Darunter fallen auch Sachleistungen im Zusammenhang mit chronischen oder bereits bestehenden Krankheiten sowie Schwangerschaft und Entbindung. Kommen sie jedoch für eine geplante Behandlung gezielt nach Deutschland, benötigen sie einen von der jeweiligen Krankenversicherung im Herkunftsland ausgestellten Anspruchsnachweis. Dieselben Regeln gelten auch für die Behandlung von deutschen Patienten im EU-Ausland.

### **Leistungen der Spezialversorgung bzw. Kapazitäten der Maximalversorgung**

(Frage 10)

Auch wenn es keine offizielle Definition für Krankenhäuser der sogenannten Maximalversorgung gibt, geht man derzeit davon aus, dass diese sowohl Leistungen der Grund-/Regel- und Schwerpunktversorgung als auch der hochspezialisierten Medizin anbieten. Die Berücksichtigung des Zusammenspiels der Versorgungsformen unter einem Dach stellt hierbei eine besondere Herausforderung dar. Insbesondere die universitären Standorte benötigen den Mix aus allen Versorgungsbereichen.

Für besondere Leistungsangebote wurden im Planungsausschuss bei (Einzel-) Entscheidungen auch längere Anfahrtswege bis zu 45 Minuten zugrunde gelegt.

Neben den „Versorgungsstufen“ sind im Krankenhausfachplan Zentren nach G-BA-Vorgaben ausgewiesen. Aktuell gibt es an 12 Krankenhausstandorten insgesamt 14 spezialisierte Zentren (Überregionale Traumazentren, Überregionale Stroke Units, Zentren für Pädiatrie und Neonatologie, Onkologische Zentren sowie ein Zentrum für pädiatrische Onkologie). Weitere Anträge auf Anerkennung als Zentrum sind gestellt und sollen im Herbst beraten und entschieden werden.

Auf die Ausführungen zu Frage 5 wird ergänzend verwiesen.