

Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens



Nds. Städte- und Gemeindebund * Arnswaldtstr. 28 * 30159 Hannover

An die Damen und Herren Abgeordneten des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Niedersächsischen Landtages
- Landtagsverwaltung -
Hannah-Arendt-Platz 1
30159 Hannover

Hannover, 18.02.2022

Ansprechpartner: Oliver Kamlage

Durchwahl -54

Aktenzeichen 53 12-052096-ka-mm

per E-Mail an:
norbert.horn@lt.niedersachsen.de

Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes - Drs. 18/10578

Ihr Schreiben II/714 - 0103 - 01/08 vom 20.01.2022

Sehr geehrte Damen und Herren Ausschussmitglieder,

wir bedanken uns für die Gelegenheit, zu dem Entwurf des Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes der Fraktionen der SPD und der CDU Stellung nehmen zu können.

I. AG KSV hält mündliche Anhörung für notwendig

Angesichts der weitreichenden Auswirkungen dieses umfassenden Gesetzgebungsvorhabens sind wir allerdings befremdet, dass der federführende Ausschuss auf eine mündliche Anhörung der betroffenen Verbände verzichtet. Dies gilt insbesondere für die Kommunalen Spitzenverbände als Vertretung der Landkreise, kreisfreien Städte und der Region Hannover in ihrer Rolle als Träger des Sicherstellungsauftrags für die stationäre Krankenhausversorgung in Niedersachsen. Die Novelle des NKHG ist ein tiefgreifendes und wichtiges Thema für alle Bürgerinnen und Bürger unseres Landes, für die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten sowie die Krankenträger. Für uns ist nicht nachvollziehbar, dass derart tiefgreifende Veränderungen nicht mit den Betroffenen in einer öffentlichen Anhörung diskutiert werden sollen. Aus unserer Sicht macht auch der Bericht der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (EKmedV), der erkennbar Grundlage des Gesetzentwurfs ist, eine öffentliche Anhörung nicht entbehrlich. Auch wenn sich die EKmedV über zwei Jahre intensiv mit der Thematik beschäftigt hat, vermag ihr Bericht nicht die notwendige Diskussion mit der Öffentlichkeit sowie den Adressaten des Gesetzentwurfes zu ersetzen.

II. Grundsätzliche Vorbemerkungen

Wir anerkennen ausdrücklich die Notwendigkeit, die gesetzlichen Grundlagen der stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen neu zu regeln. Den daran zu stellenden Anforderungen wird der Gesetzentwurf aber in weiten Teilen nicht gerecht. Die Regeldichte des Gesetzentwurfs ist relativ gering. Seine Regelungen schaffen allenfalls einen groben gesetzlichen Rahmen und delegieren einen Großteil der Regelungsbefugnis an den Verordnungsgeber. Auch die Gesetzesbegründung ist wenig detailliert und begnügt sich oft mit einem Hinweis auf die Ergebnisse der EKmedV. Dies wird nach unserer Auffassung der Bedeutung der stationären medizinischen Versorgung in unserem Bundesland in keiner Weise gerecht, birgt aber auch erhebliche rechtliche Risiken. Zumindest die in Aussicht genommene Regelung in § 5 Abs. 3 NKHG, nach der jedes Allgemeinkrankenhaus in eine von drei Versorgungsstufen einzuordnen ist, dürfte nach unserer Rechtsauffassung gegen die vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) entwickelte Wesentlichkeitstheorie verstoßen. Welche Krankenhäuser den einzelnen Stufen zugeordnet werden oder welche Voraussetzungen zum „Erreichen“ der einzelnen Stufen erfüllt sein müssen, wird in § 5 Abs. 3 NKHG nicht festgelegt. Vielmehr soll nach § 32 Abs. 2 NKHG das zuständige Ministerium die nähere Ausgestaltung und die Voraussetzungen für die Versorgungsstufen regeln. Auch aus der Begründung zum NKHG ergeben sich keinerlei weitere Hinweise. Eine Regelung dieser Fragen durch den Gesetzgeber wäre aber aus unserer Sicht zwingend erforderlich.

Die Krankenversorgung stellt einerseits ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut dar, für dessen Schutz der Staat von Verfassung wegen (auch im Hinblick auf das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG) zu sorgen hat. Andererseits gewährt Art. 12 I GG dem einzelnen das Recht, jede Tätigkeit, für die er sich geeignet glaubt, als Beruf zu ergreifen und zur Grundlage seiner Lebensführung zu machen. In diesem weiten Sinne ist das Betreiben eines Krankenhauses als Beruf anzusehen und geschützt. Art. 12 I 2 GG erlaubt Eingriffe in die Berufsfreiheit nur auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung, die Umfang und Grenzen des Eingriffs deutlich erkennen lässt. Dabei muss der Gesetzgeber selbst alle wesentlichen Entscheidungen treffen, soweit sie gesetzlicher Regelung zugänglich sind (vgl. BVerfGE 73, 280 (295) = NJW 1987, 887; BVerfGE 80, 1 (20) = NVwZ 1989, 850).

Diesen Anforderungen genügt das NKHG auch insofern nicht, da der Gesetzgeber in Niedersachsen mit § 5 Abs. 3 NKHG rechtliches „Neuland“ betritt. Eine Vorgeschichte der Regelung oder allgemeine in diesem Zusammenhang bestehende Auslegungsgrundsätze gibt es nicht. Schließlich müsste im NKHG auch ein Auswahlverfahren in einer Weise geregelt werden, die der Eingriffsintensität Rechnung trägt. Denn die Verwirklichung der Berufsfreiheit fordert eine dem Grundrechtsschutz angemessene Verfahrensgestaltung (vgl. BVerfGE 73, 280 (296) = NJW 1987, 887 m. w. Nachw.). Auch insoweit ist das NKHG zu beanstanden, da es keine Mindestvorgaben enthält.

Der Gesetzentwurf enthält zudem Regelungen, die zu einer weiteren Belastung des ohnehin überbürokratisierten Krankensektors führen.

Für die künftige Krankenhausplanung in Niedersachsen und für eine flächendeckende hochwertige qualitative stationäre Versorgung entscheidende Fragen bedürfen wie oben ausgeführt auch aus verfassungsrechtlichen Gründen einer Entscheidung durch den Landesgesetzgeber selbst. Dies gilt insbesondere für die Anzahl und den Zuschnitt der Versorgungsregionen. Auch vermischen wir Aussagen darüber, nach welchen vorausschauenden Kriterien eine prospektive Krankenhausplanung erfolgen soll.

Wir bezweifeln, dass damit der Rechtsprechung des Niedersächsischen Oberverwaltungsgerichts an der mangelnden Krankenhauszielplanung nachgekommen wird. Weiterhin ist keine länderübergreifende Krankenhausplanung insbesondere mit den Stadtstaaten Hamburg und Bremen vorgesehen.

Der Gesetzentwurf dient auch der Umsetzung der EntschlieÙung des Niedersächsischen Landtages „Qualitativ hochwertige und wohnortnahe Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherstellen – niedersächsische Krankenhauslandschaft weiterentwickeln“, welche im Wesentlichen auf den im Abschlussbericht der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (EKmedV) dargestellten Handlungsempfehlungen für die flächendeckende Sicherung und weitere Optimierung der Versorgungsqualität basiert. Diese werden mit dem Gesetzentwurf allerdings nur unzureichend umgesetzt.

Die von der EKmedV geforderte und durch die Erfahrungen der Corona-Pandemie dringend gebotene Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen im Rahmen der Krankenhausplanung spiegelt sich im Entwurf allenfalls rudimentär wider. Einer gesetzlichen Konkretisierung bedürfen z.B.

- die Planung niedrigschwelliger ergänzender Strukturen, um in Krisenfällen schnell Kapazitäten bereitstellen zu können,
- die Entwicklung eines flächendeckenden, gestuften Versorgungsnotfallkonzeptes, um medizinische Kompetenz, apparative Ausstattung und organisatorische Einheiten zu konzentrieren und
- die Gewährleistung von Isolationsmöglichkeiten, insbesondere im Intensivbereich.

Auf der anderen Seite leidet der Gesetzentwurf an Überregulierung, die die vielfach beklagte Bürokratisierung des Krankenhausbetriebes weiter verstärken. Dies gilt für die §§ 22 (Demenzbeauftragte oder Demenzbeauftragter), 27 (Aufnahme von Patientinnen und Patienten) und 29 (Anzeige- und Berichtspflichten). Wir fordern, diese Regelungen ersatzlos zu streichen.

In dem Gesetzentwurf wird nicht hinreichend deutlich, dass die regionalen Gesundheitszentren ein sektorenübergreifendes Angebot sichern sollen und kein adäquates Angebot im Rahmen der stationären Versorgung darstellen. Der Gesetzgeber muss bezüglich der regionalen Gesundheitszentren die Ausgestaltung, die qualitativen Mindestanforderungen, die Förderung und die Steuerungsoptionen des Krankenhausplanungsausschusses und letztendlich auch deren Finanzierung außerhalb des NKHG regeln. Eine lediglich modellhafte Erprobung der regionalen Gesundheitszentren trägt dieser Zielsetzung in keinsten Weise Rechnung.

Die in ähnlicher Weise bisher in § 21 Satz 3 LKHG enthaltene und nunmehr in § 28 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfs vorgesehene Ermächtigung für das zuständige Ministerium, durch Verordnung seine Zuständigkeit für die Aufgaben als Aufsichtsbehörde ganz oder teilweise auf eine andere Stelle zu übertragen, durchbricht systemwidrig den Grundsatz der Zweistufigkeit des Verwaltungsaufbaus in Niedersachsen und ist vor dem Hintergrund erweiterter Möglichkeiten des Fachministeriums als Aufsichtsbehörde erst recht abzulehnen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände hat mit Unverständnis und Bedauern und großer Sorge anlässlich der Vorstellung des Gesetzentwurfs die Fokussierung der Diskussion auf die Schließung von Krankenhausstandorten zur Kenntnis genommen. In dem aktuellen Gesetzgebungsverfahren, das die Weichen für die Krankenhausplanung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten stellt, muss die drängende Frage beantwortet werden, wie die Krankenhausversorgung insbesondere auch in der Fläche Niedersachsens und den ländlichen Räumen sichergestellt wird. Wir erinnern in diesem Zusammenhang an die von der Enquetekommission einmütig geforderte Einrichtung eines landeseigenen Strukturfonds für die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft und weisen erneut darauf hin, dass allein für die Umsetzung der vorliegenden, auf breite Zustimmung gestoßenen, Zentralisierungsvorhaben sowie die weiteren bekannten notwendigen Erhaltungs- und Strukturmaßnahmen bei bestehenden Krankenhäusern Investitionsmittel in Höhe von mind. 2 Mrd. Euro benötigt werden.

Die Mitspracherechte der Kommunalen Spitzenverbände im Krankenhausplanungsausschuss müssen vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrags und der anteiligen Finanzierungspflicht deutlich gestärkt werden. Insbesondere für die Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern bedarf es zudem sachgerechter, nachvollziehbarer und einvernehmlicher Kriterien durch den Krankenhausplanungsausschuss. Die Aufblähung des Krankenhausplanungsausschusses um weitere Mitwirkende lehnen wir entschieden ab.

III. Zu den Regelungen im Einzelnen

Diese grundlegenden Anmerkungen vorangestellt nehmen wir zu den Regelungen des NKHG-E im Einzelnen wie folgt Stellung:

§ 1 Errichtung und Erhaltung von Krankenhäusern, Anwendungsbereich

Die Vorschrift ist in dieser Form nicht geeignet, die angestrebte europarechtliche Sicherheit zu vermitteln. Zur Vermeidung von Missverständnissen regen wir an, in Absatz 1 Satz 3 zu streichen. Hilfsweise sollte sonst in einem vierten Satz klargestellt werden, dass innerhalb des geltenden Rechts es zulässig ist, hiervon abzuweichen.

§ 2 Ziele

Mit der in Absatz 2 vorgesehenen Förderung und modellhaften Erprobung von regionalen Gesundheitszentren wird eine Empfehlung der Enquetekommission aufgegriffen. Allerdings wird nicht hinreichend deutlich, dass die regionalen Gesundheitszentren ein sektorenübergreifendes Angebot sichern sollen und kein adäquates Angebot im Rahmen der stationären Versorgung darstellen. Die Ausgestaltung, die qualitativen Mindestanforderungen, die konkrete Finanzierung und die Steuerungsoptionen des Krankenhausplanungsausschusses sind dringend im Gesetz zu regeln. Insbesondere ist zwingend zu definieren, was konkret unter einer „bettenführenden Pflegeeinheit“ i. S. d. § 3 Nr. 12 zu verstehen ist.

Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Sicherstellungsauftrag für diesen Bereich nicht bei den Kommunen liegt. Die Errichtung und das Betreiben Regionaler Gesundheitszentren ist keine kommunale Aufgabe. Darauf haben die kommunalen Vertreter bereits in der EKmedV deutlich hingewiesen. Aufgrund der Ausführungen der kommunalen Vertreter in der EKmedV wurde im Rahmen der Kommissionsberatungen der ursprüngliche Begriff „kommunale Versorgungszentren“ durch den Begriff „regionale Versorgungszentren“ ersetzt. Die niedersächsischen Kommunen stehen damit auch nicht in der Verantwortung, Regionale Gesundheitszentren über das NKHG investiv (mit) zu finanzieren. Derartige Regelungsansätze, die möglicherweise noch im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens Eingang in das NKHG finden könnten, lehnen wir bereits heute strikt ab.

§ 4 Mitwirkung der Beteiligten

Vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrags und der bedeutsamen anteiligen Finanzierungspflicht müssen die Mitspracherechte der Kommunalen Spitzenverbände im Krankenhausplanungsausschuss deutlich gestärkt werden. Die Aufblähung des Ausschusses um weitere Mitwirkende lehnen wir entschieden ab. Wir halten schon die gegenwärtige Struktur des Planungsausschusses für zu umfänglich und sprechen uns für eine Verkleinerung auf die wesentlichen Akteure aus. Der Krankenhausplanungsausschuss hat eine bestimmte, gesetzlich eng fixierte Aufgabe und eignet sich nicht als Diskussionsforum der an der stationären Krankenversorgung in irgendeiner Weise (auch) Beteiligten. Gerade das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel einer besseren Steuerung des Planungsprozesses verlangt eine Konzentration auf die für die Sicherstellung der Versorgung unmittelbar in der Verantwortung stehenden Beteiligten.

§ 5 Krankenhausplan

Gem. § 5 Abs. 3 Satz 2 soll der Krankenhausplan künftig in acht statt bisher vier Versorgungsregionen gegliedert werden. Innerhalb der neuen Versorgungsregionen ist die Zuordnung in drei Versorgungsstufen (Grund- und Regelversorgung sowie Fachkrankenhäuser, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung) vorgesehen. Sowohl die Ausweitung der Anzahl der Versorgungsregionen als auch die erstmalige Stufung der Versorgung bilden einen der zentralen Reformansätze des neuen NKHG und greifen eine der wesentlichen Empfehlungen der Enquetekommission auf. Daher bedürfen grundlegende Eckpunkte, wie der Zuschnitt der Versorgungsregionen und der Rahmen für die Zuordnung zu einer der drei Versorgungsstufen einer Entscheidung durch den Landesgesetzgeber selbst und sollten nicht dem Verordnungsgeber überlassen bleiben.

Dabei bitten wir zu beachten, dass die Zuordnung zur Maximalversorgung nicht an einer statischen Bettenziffer festgemacht werden sollte. Allein die Zahl der Betten ist kein ausreichendes Qualitätsmerkmal und würde hochqualifizierte Krankenhäuser in Kooperationen von dieser höchsten Versorgungsstufe per se ausschließen. Die gleiche Problematik stellt sich bei den Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung. Die bisherige Krankenhausplanung stellt aus Gründen der Qualität und zur Stärkung bestehender Standorte gerade dieses Strukturmerkmal hervor und fordert zu Kooperationen zwischen benachbarten Krankenhäusern auf. Wenn benachbarte und gewollte Kooperationen von zwei Krankenhäusern bei den Indikatoren für die Zuordnung zur Schwerpunktversorgung oder Maximalversorgung nicht berücksichtigt werden, wird es in den Versorgungsregionen zukünftig keine Abstimmungen mehr geben. Dies muss im Interesse der ausdrücklichen Zielsetzung der Krankenhausplanung, z. B. durch Aufnahme eines Ausnahmetatbestandes, unbedingt verhindert werden. Auch sollten Krankenhäuser, die als Uni-Campus mit einer Universitätsklinik zusammenarbeiten, nach unserem Verständnis dem Sonderstatus der Universitätskliniken unterliegen und aus diesem Grund Maximalversorgern gleichgestellt werden.

Strikt abgelehnt wird hingegen der Automatismus hinsichtlich der Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses (Absatz 2 Satz 4). Hier sollte im Interesse der eigenen Krankenhausplanung und landesrechtlichen Steuerungsverantwortung über die Anwendung eines entsprechenden G-BA-Beschlusses nach Prüfung der Sinnhaftigkeit durch das Fachministerium in jedem Einzelfall entschieden werden.

Weiterhin ist nicht erkennbar, nach welchen Kriterien oder Indikatoren neue vorausschauende Planungskriterien oder eine Bedarfsprognose realisiert werden sollen.

§ 6 Aufnahme in den Krankenhausplan

Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 erfolgt „die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ... auf Antrag des Krankenhausträgers“. Hier ist zu klären, für welche Dauer das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird. Auch ist eine Definition erforderlich, ob und in welcher Form Bestandssicherheit für Krankenhäuser besteht.

§ 7 Ausscheiden aus dem Krankenhausplan

Mit dieser Regelung soll das zuständige Fachministerium weitreichende Kompetenzen für die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan erhalten. Angesichts der drastischen Rechtsfolgen bedürfen die Voraussetzungen für das Ausscheiden aus dem Krankenhausplan dringend einer Konkretisierung. Insbesondere bedarf es für die Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit durch den Krankenhausplanungsausschuss sachgerechter und nachvollziehbarer Kriterien.

Für die automatisch an einen Trägerwechsel, welcher zudem inhaltlich weitergefasst worden ist, geknüpfte Folge des Ausscheidens aus dem Krankenhausplan bitten wir als für die Si-

Herstellung der Versorgung verantwortliche Ebene dringend eine Ausnahme vorzusehen. Sofern ein Trägerwechsel aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten erfolgt, muss es dem Fachministerium im Einzelfall möglich sein, dem neuen Träger eine Zusage über den Fortbestand bzw. Verbleib im Krankenhausplan zu machen, weil andernfalls das Risiko für den neuen Träger zu hoch ist. Angesichts der bekannten, weitgehend durch die unzureichenden finanziellen Rahmenbedingungen auf der Bundesebene geprägten Situation vieler Kliniken bitten wir dringend, von der Regelung in der beabsichtigten Form Abstand zu nehmen.

§ 8 Aufbringung der Finanzierungsmittel

Grundsätzlich sind die Finanzierungsmittel für die Förderung von Investitionskosten zu 60 vom Hundert vom Land und zu 40 vom Hundert von den kreisfreien Städten, Landkreisen und der Region Hannover aufzubringen. Darüber hinaus leisten Kommunen, und zwar auch die kreisangehörigen Städte, Gemeinden und Samtgemeinden aber erhebliche weitergehende finanzielle Unterstützung bspw. durch Betriebsmittelkredite, Absicherungen (Bürgschaften) und sonstige freiwillige finanzielle Leistungen im Zusammenhang mit Krankenhausinvestitionen. Es verbleibt also nicht allein bei dem 40%igen Investitionsanteil für die Kommunen. Der Anteil wächst vielmehr stetig weiter an – und belastet damit zunehmend die kommunalen Haushalte. In diesem Zusammenhang weisen wir auch darauf hin, dass zur Verbesserung der CO²-Bilanz bei Krankenhäusern erhebliche zusätzliche Investitionen erforderlich sein werden.

Aufgrund der gegenwärtig sehr angespannten finanziellen Situation der Krankenhäuser ist bei der Umsetzung des vorgelegten Entwurfs eine Expansion im investiven Bereich zwingend erforderlich.

§ 11 Pauschale Förderung

Die Regelung in § 11 Abs. 2 Satz 1 soll eine „Doppelförderung“ verhindern. Die Pauschalmitel können und dürfen nicht wegen einer Investitionszusage gekürzt werden. Dies würde zu einer zusätzlichen Kosten- und Liquiditätsbelastung der ohnehin finanziell angeschlagenen Krankenhäuser führen. Mit § 11 ist eine gänzlich andere Art der Förderung beabsichtigt, die mit den Investitionserfordernissen nichts zu tun hat. § 11 Abs. 2 Ziffer 1 benennt die „besonders hohen Vorhaltekosten“. Diese Kosten entstehen zum Teil erst nach einer Investition. Durch eine Investition können diese nicht kompensiert werden. Es handelt sich also um komplementäre und nicht substitutive Belastungen.

§ 18 Notfallversorgung

Dass die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten Vorrang vor nicht dringend medizinisch notwendigen Behandlungen und Eingriffen hat, wird selbstverständlich nicht in Frage gestellt. Sofern mit der Regelung in der Folge die Vorhaltung von Notfallplätzen verbunden wird, muss es hierfür eine Finanzierungsregelung wie bspw. eine „Freihaltepauschale“ geben.

§ 18 Abs. 3 Satz 2 stellt hingegen einen nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die Zuständigkeit der Ärzte und Leitstellen nach dem NRettdG dar. Mit der Steuerung der Zuweisung von Notfallpatienten wird in die etablierten Versorgungsschienen eingegriffen. Es ist zu befürchten, dass Krankenhäuser aus der Notfallversorgung herausgenommen werden. Insbesondere vor dem Hintergrund einer wohnortnahen Versorgung in einem Flächenland wie Niedersachsen halten wir eine derartige Entwicklung für äußerst bedenklich. Notwendig ist hingegen die Verpflichtung der Krankenhäuser, an einem zentral vom Land betriebenen System zur zeitnahen Darstellung der Behandlungskapazitäten teilzunehmen. Dies könnte analog im NRettdG für den Rettungsdienst geregelt werden. Hierzu bitten wir, das entsprechende Papier des Landesausschusses Rettungsdienst aus 2017 (Anlage, Nds MBI. 2017, S. 1316 ff)

zu berücksichtigen und den Landesausschuss Rettungsdienst vor Gesetzesbeschluss einzubinden.

§ 20 Fehlermeldesystem

Neben der kostenintensiven Etablierung eines Fehlermeldesystems und für dessen Bedienung sind zur Steuerung der Maßnahmen und letztlich auch zur Überwachung der umzusetzenden Maßnahmen administrative Kräfte wie Risikomanager notwendig. Eine Refinanzierung der damit in Zusammenhang stehenden Kosten sieht der Gesetzentwurf nicht vor.

§ 21 Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Die Gewinnung ehrenamtlicher Personen, insbesondere wenn die Ehrenamtlichkeit auch noch gesetzlich zwingend vorgeschrieben wird wie bei der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher, für derart zeitintensive Aufgabe ist für die Krankenhausträger eine große Herausforderung. Das Gesetz sieht kein Ersatzverfahren vor, wenn es nicht gelingt, derartig engagierte ehrenamtlich Tätige zu finden, wohl aber benennt es dies in § 33 als Ordnungswidrigkeit. Wir bitten davon abzusehen.

§ 22 Demenzbeauftragte oder Demenzbeauftragter

Die Krankenhäuser leiden in vielfältiger Form unter einer bürokratischen Überregulierung. Vor diesem Hintergrund werden neue und darüber hinaus nicht finanzierte Reglementierungen, wie die Berufung einer/eines Demenzbeauftragten abgelehnt. Die Aufgabenzuweisung steht im Widerspruch mit dem Anforderungsprofil, dass in ehrenamtlicher Funktion nicht zu erfüllen ist. Folglich müsste die Aufgabe von eigenem Personal der Krankenhäuser übernommen werden. Die Kosten sind nicht im bisherigen Finanzierungssystem enthalten und ein Kostenausgleich ist im Gesetz nicht vorgesehen.

§ 25 Stationsapothekerin oder Stationsapotheker

Die Einführung der Stationsapotheken findet sich nicht in der Kalkulation der Fallpauschalen wieder, daher findet keine Refinanzierung über das DRG-System statt. Es fehlt eine Refinanzierung im Gesetzentwurf.

§ 27 Aufnahme von Patientinnen und Patienten

§ 29 Anzeige- und Berichtspflichten

Auch bei den Unterstützungsleistungen im Rahmen der Aufnahme handelt es sich um zusätzlichen Verwaltungsaufwand, der nicht Bestandteil der DRG-Finanzierung ist und die Krankenhäuser zusätzlich belastet. Dies gilt ebenfalls für den neuen Pflichtenkatalog der Krankenhäuser gegenüber der Aufsichtsbehörde. Den Krankenhäusern werde immer mehr bürokratische Pflichten ohne entsprechende Kostenregelung auferlegt.

§ 28 Aufsicht

Die in ähnlicher Weise bisher in § 21 Satz 3 NKHG enthaltene und nunmehr in § 28 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfs vorgesehene Ermächtigung für das Fachministerium, durch Verordnung seine Zuständigkeit für die Aufgaben als Aufsichtsbehörde ganz oder teilweise auf eine andere Stelle übertragen zu können, durchbricht systemwidrig den Grundsatz der Zweistufigkeit des Verwaltungsaufbaus in Niedersachsen und ist vor dem Hintergrund der erweiterten Möglichkeiten des Fachministeriums als Aufsichtsbehörde erst recht abzulehnen. Sofern eine Aufgabenübertragung auf den öffentlichen Gesundheitsdienst angedacht sein sollte, weisen wir vorsorglich auf die dort bereits bestehende Belastung und die Schwierigkeit der Gewinnung von fachlich qualifiziertem (ärztlichen) Personal hin.

Berücksichtigung der Erfahrungen der Corona-Pandemie

Bedauerlicherweise ist festzustellen, dass die von der Enquetekommission geforderte und durch die Erfahrungen der Corona-Pandemie dringend gebotene Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen im Rahmen der Krankenhausplanung sich im Gesetzentwurf allenfalls rudimentär wiederfinden. Die offenbar daraus resultierende Anknüpfung der Einzelinvestitionsförderung an die Ausstattung mit 2-Bett-Zimmern ist daher im Grundsatz richtig. Allerdings ist dieser Raumstandard in der bisherigen Krankenhausinvestitionsfinanzierung nicht berücksichtigt und führt bei den Krankenhäusern zu Ausfällen bei den Erlösen aus Wahlleistungen, die nicht kompensiert werden.

IV. Keine Krankenhausplanung ohne hinreichende Finanzierung

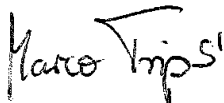
Darüber hinaus leiden die Krankenhäuser insgesamt unter einer chronischen Unterfinanzierung der notwendigen Baumaßnahmen und der von allen Seiten gewollten Strukturanpassung. Wir erinnern daher an die von der Enquetekommission einmütig geforderte Einrichtung eines landeseigenen Strukturfonds für die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft und weisen erneut daraufhin, dass allein für die Umsetzung der vorliegenden, auf breite Zustimmung gestoßenen, Zentralisierungsvorhaben sowie die weiteren notwendigen Erhaltungs- und Strukturmaßnahmen bei bestehenden Krankenhäusern Investitionsmittel in Höhe von mindestens 2 Mrd. Euro benötigt werden. Die Kommunalen Spitzenverbände fordern daher erneut eine dauerhafte Anhebung der Einzelinvestitionsmittel auf mindestens 250 Mio. Euro jährlich sowie eine regelmäßige, auskömmliche Dynamisierung der Mittel und ein aus Landesmitteln ausgestattetes Sonderinvestitionsprogramm von mindestens 1 Mrd. Euro als flankierende Maßnahme für die Umsetzung des neuen Krankenhausgesetzes. Die in § 11 vorgesehene Möglichkeit, im Falle einer Einzelfördermaßnahme die ebenfalls zu gering bemessenen pauschalen Fördermittel für einen bestimmten Zeitraum zusätzlich zu kürzen, ist schon vor diesem Hintergrund strikt abzulehnen.

Mit aller Deutlichkeit weisen wir darauf hin, dass die ehrgeizigen Ziele des Gesetzentwurfs ohne einen ausreichenden Finanzrahmen nicht realisierbar sind. Der Doppelhaushalt 2022 / 2023 weist keinerlei finanziellen Spielraum für dieses Vorhaben aus.

Auch wenn die Betriebskostenfinanzierung der Regelungshoheit des Bundes unterliegt, machen wir bei dieser Gelegenheit auf die ebenso dringend notwendige Anpassung des DRG-Vergütungssystems aufmerksam. Dies betrifft insbesondere den Fixkostendegressionsabschlag, der Sondersituationen, wie beispielsweise die Schließung mehrerer Krankenhäuser zugunsten eines zentralen Standortes, nicht berücksichtigt. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Finanzierung der Betriebskosten auf Bundesebene nicht mit der Planungshoheit der Länder übereinstimmen. Dies bedarf unbedingt einer Harmonisierung bzw. einer Berücksichtigung bei der Finanzierungsentscheidung auf Landesebene.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass die beabsichtigte Verbesserung der Behandlungsqualität und des Patientenschutzes einer zusätzlichen Förderung der Universitätskliniken bei der Ausbildung des medizinischen Personals bedarf. Dies ist für die personelle Ausstattung – gerade in den ländlichen Bereichen – die entscheidende Herausforderung der Politik zur medizinischen Versorgung im Hinblick auf den demografischen Wandel. Auch hier ist eine Aufstockung der Investitionsprogramme seitens des Landes erforderlich.

Mit freundlichen Grüßen
Für die Arbeitsgemeinschaft



Dr. Marco Trips