

KLEINE ANFRAGE

des Abgeordneten Torsten Koplín, Fraktion DIE LINKE

Krankenhausplanung für Mecklenburg-Vorpommern

und

ANTWORT

der Landesregierung

Diese Kleine Anfrage versteht sich als Fortschreibung der Kleinen Anfrage und Antwort der Landesregierung „Bertelsmann-Studie ‚Zukunftsfähige Krankenhausversorgung‘“ auf Drucksache 7/3897 vom 5. August 2019.

1. Inwieweit sieht die Landesregierung die Notwendigkeit für eine über die jährliche Aktualisierung hinausgehende grundlegende Überarbeitung der aus dem Jahr 2012 stammenden Krankenhausplanung für Mecklenburg-Vorpommern bzw. mit welcher Begründung sieht die Landesregierung dafür keine Notwendigkeit und lehnt eine grundlegende, zeitgemäße Überarbeitung ab?

Die Krankenhausplanung Mecklenburg-Vorpommern ist ein kontinuierlicher Prozess. Die mehrjährigen Planungszyklen der Vergangenheit wurden bereits mit der Novelle des Landeskrankenhausgesetzes Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2011 zugunsten einer ständigen Fortschreibung weiterentwickelt. Die Krankenhausplanungsbehörde aktualisiert den Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern und folgt zeitnah der tatsächlichen Entwicklung in der Bedarfsentwicklung, Medizin und Rechtssetzung. Seit Erstveröffentlichung im Mai 2012 ist der Krankenhausplan in Teilen insgesamt neunmal aktualisiert worden. Anlass dafür sind und waren die Anpassung der Krankenhauskapazitäten, Qualitätsstrukturplanungen, fachliche Entwicklungen aufgrund von Leitlinien aus den Fachgesellschaften, Vorgaben aus dem Bundesrecht sowie Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Es ist davon auszugehen, dass noch in diesem Jahr weitere Überarbeitungen folgen werden.

2. Mit welcher Begründung lehnt die Landesregierung eine differenziertere Beschreibung der Planung, wie sie zum Beispiel in der Krankenhausplanung des Freistaates Sachsen vorgenommen wird, ab?
 - a) Mit welcher Begründung werden im aktuellen Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern lediglich Fachkrankenhäuser und Zentren definiert und onkologische, pädiatrische und keine weiteren Zentren ausgewiesen?
 - b) Welche Kriterien sind Grundlage für die Einstufung eines Krankenhauses mit besonderen Aufgaben, wenn eine Zertifizierung keine Voraussetzung ist, diese allein für die Zuerkennung dieser Eigenschaft jedoch nicht ausreichend ist?
 - c) Mit welcher Begründung finden sich im aktuellen Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern telemedizinische Einlassungen lediglich in Bezug auf die Kinder- und Jugendmedizin?

Die Krankenhausplanung ist gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 des Landeskrankenhausgesetzes Mecklenburg-Vorpommern als Rahmenplanung angelegt. Das Land verzichtet bei der Rahmenplanung grundsätzlich darauf, den Versorgungsauftrag für die hiervon umfassten Krankenhäuser bis ins Detail festzulegen.

Zu a)

Im Rahmen der Krankenhausplanung hat sich das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit mit den Beteiligten über die Ausweisung von Zentren und besonderen Versorgungsangeboten verständigt und Festlegungen zur Ausweisung im Krankenhausplan getroffen.

Die Krankenhausplanungsbehörde legt dabei besonderes Gewicht auf die Bildung von Netzwerken unter den Plankrankenhäusern. Zentren werden mit der Zuweisung von besonderen Aufgaben definiert. Verabschiedet wurden die Bedingungen für Pädiatrische sowie Onkologische Zentren. Weitere Themen werden derzeit mit den Planungsbeteiligten beraten, insbesondere die Herz- und Traumazentren. Entsprechende Beschlussvorlagen, die telemedizinische Einlassungen enthalten werden, befinden sich in Vorbereitung oder stehen kurz vor einer Beschlussfassung.

Zu b)

Die für die jeweilige Zentrumsfunktion spezifischen Anforderungen werden in Zusammenarbeit mit den Planungsbeteiligten erarbeitet. Hierbei gibt unter anderem die aus dem Krankenhausentgeltrecht und durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgesetzte Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG vom 8. Dezember 2016 Hinweise. Auch der G-BA hat inzwischen Arbeiten zur Definition bestimmter Zentrumsbegriffe aufgenommen.

Zu c)

Auf die Antwort zu Frage a) wird verwiesen.

3. Inwieweit sind die Rahmenvorgaben zur Strukturqualität im Landeskrankenhausplan für Mecklenburg-Vorpommern identisch mit den Vorgaben „in einschlägigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Operationen- und Prozedurenschlüsseln des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information“ bzw. in welchen konkreten Vorgaben weicht der Landeskrankenhausplan mit welcher Begründung davon ab?

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) jährlich herausgegeben. Der Krankenhausplan beinhaltet daher keine inhaltlichen Vorgaben zu den OPS. OPS können in einzelnen Fällen auch Strukturmerkmale zur Erbringung von Leistungen festlegen. Diese beschreiben quasi die Voraussetzungen, zu denen zugelassene Krankenhäuser berechtigt sind, Leistungen zu erbringen. Die Prüfung der Einhaltung dieser Bedingungen obliegt den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden durch die Krankenhausplanung nicht geändert.

4. Auf welche „einschlägigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ hat die Landesregierung bei der Beantwortung der Frage 7 in Drucksache 7/3897 Bezug genommen?

Der G-BA hat in einer Vielzahl von Beschlüssen und Richtlinien Bedingungen für die akutstationäre Versorgung geschaffen. Mit Bezug auf die Herzinfarktversorgung sei beispielsweise auf § 28 „Modul Durchblutungsstörungen am Herzen“ aus dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V hinzuweisen. Dort werden Details zu Räumen, Apparaten, Diagnostik Therapie, Organisation und Personal festgelegt. Das Modul Schlaganfallversorgung (§ 27) verweist auf Stroke Units.

5. Inwieweit sind die Qualitäts- und Erreichbarkeitsstandards des Gemeinsamen Bundesausschusses Grundlage der Krankenhausplanung für Mecklenburg-Vorpommern?
 - a) In welchen Punkten weicht die Krankenhausplanung für Mecklenburg-Vorpommern von Qualitäts- und Erreichbarkeitsstandards des G-BA mit welcher Begründung ab?
 - b) Welche landesweit einheitlichen bzw. einrichtungsspezifischen Kriterien liegen der Krankenhausplanung in abweichenden Fällen zugrunde?
 - c) Wo sind diese fixiert und veröffentlicht?

Die Fragen 5, a), b) und c) werden zusammenhängend beantwortet.

Der G-BA hat für Zwecke der Krankenhausplanung keine Erreichbarkeitsstandards festgelegt.

Lediglich in den Regelungen des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) finden sich Kriterien, die bei der Gewährung eines Sicherstellungszuschlages zur Vermeidung der möglichen Schließung eines Standortes durch die Kostenträger zur Anwendung kommen. Hierdurch soll vermieden werden, dass unverzichtbare Krankenhausstandorte dauerhaft durch Unwirtschaftlichkeit in der Existenz gefährdet werden.

6. Welche landesweit einheitlichen bzw. einrichtungsspezifischen Kriterien legt die Landesregierung für die Definition der jeweiligen Versorgungsebenen und deren Erreichbarkeit im Rahmen der Krankenhausplanung zugrunde (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunkt- bzw. Maximalversorger, Innovationszentren, Notfallversorgung etc.)?
 - a) Wo sind diese fixiert und veröffentlicht?
 - b) Für wie viele Einwohnerinnen und Einwohner von Mecklenburg-Vorpommern werden die Richtwerte für die Erreichbarkeit in Bezug auf Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung (30 Pkw-Minuten) bzw. in Bezug auf Krankenhäuser der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung (60 Pkw-Minuten) eingehalten bzw. nicht eingehalten?
 - c) Wie viele potenzielle Patientinnen und Patienten müssen Fahrwege von 60 bis 120 Pkw-Minuten oder von mehr als 120 Pkw-Minuten in Kauf nehmen?

Die Fragen 6 und a) werden zusammenhängend beantwortet.

Die in der Frage genannten „Versorgungsebenen“ sind landesrechtlich nicht definiert. Versorgungsstufen sieht das Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg-Vorpommern nicht vor.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V sieht ein gestuftes System der Notfallversorgung vor und unterscheidet im Wesentlichen drei Stufen:

Die Basisnotfallversorgung, die erweiterte Notfallversorgung und die umfassende Notfallversorgung. Mit den Bestimmungen werden die Grundlagen für die Vertragspartner nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG zur Verhandlung von Zu- und Abschlägen für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen festgelegt. Die Einstufung erfolgt daher nicht krankenhauserplanerisch, sondern im Rahmen der Budgetvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern.

Fragen b) und c) werden zusammenhängend beantwortet.

Das Landesrecht sieht keine in PKW-Minuten definierten Erreichbarkeitskriterien vor. Die Fahrzeit ist insbesondere davon abhängig, welche Versorgungsform aufgesucht werden soll. Spezialisierte Angebote sind aufgrund von Expertise, Vorhaltung und Fallzahl nicht an jedem Standort eingerichtet, es resultieren größere Distanzen. Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie sind regelmäßig an allen Plankrankenhäusern (mit Ausnahme der Fachkliniken und Psychiatrischen Einrichtungen) vorhanden.

7. Inwieweit finden welche landesweit einheitlichen bzw. einrichtungsspezifischen Kriterien für die Personalplanung im Rahmen der Landeskrankenhausplanung Anwendung?
 - a) Inwieweit sieht die Landesregierung für die Sicherstellung der Qualität in den Krankenhäusern die Notwendigkeit, Kriterien für die Personalplanung in Anwendung zu bringen?
 - b) Mit welcher Begründung lehnt die Landesregierung die Aufnahme landesweit einheitlicher bzw. einrichtungsspezifischer Kriterien für die Personalplanung im Rahmen der Landeskrankenhausplanung ab?

Die Fragen 7, a) und b) werden zusammenhängend beantwortet.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt. Als pflegesensitiv gelten demnach Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie. Verstöße werden nach der Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 5 SGB V bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG sanktioniert, d. h. durch die Krankenkassen.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V enthält u. a. Vorgaben für die Pflegerische Versorgung.

Deren Einhaltung wird auf Grundlage von § 8 der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene im Klärenden Dialog im Lenkungsgremium nach § 14 Absatz 1 Satz 1 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern bewertet. Hier wird u. a. ausgewertet und eingegriffen, wenn von Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern die Personalschlüssel in der neonatologischen ITS nicht eingehalten werden (können).

Im Übrigen fällt dieser Bereich in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Die Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege wurde 1997 durch das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz außer Kraft gesetzt.

8. Wer führt in Mecklenburg-Vorpommern das anlassbezogene bzw. regelmäßige und systematische krankenhausbezogene Versorgungsmonitoring durch?

Die Krankenhausplanungsbehörde wertet zur Krankenhausplanung die ihr vorliegenden Daten aus der Krankenhausstatistik gemeinsam mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten sowie die Daten nach § 21 KHEntgG aus. Aufträge hierzu an Dritte wurden nicht vergeben.

Die Krankenkassen kontrollieren die Leistungserbringung darüber hinaus durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

9. Welche Auffälligkeiten bzw. Feststellungen haben zu welchen Änderungen am Krankenhausplan 2012 in der aktualisierten Fassung vom Juli 2019 geführt?

Mit der Aktualisierung im Juli 2019 wurde die akut-stationäre geriatrische Versorgung transparenter dargestellt, zugleich im Konsens mit den Planungsbeteiligten die Anforderungen an eine geriatrische Einheit im Krankenhaus definiert.

Die Bedingungen für die Einrichtung von Linksherzkathetermessplätzen wurden in Anlehnung an eine Richtlinie der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern krankenhausplanerisch präzisiert. Hierbei wird insbesondere die Einhaltung fachärztlicher Präsenz gefordert. Hierzu war in der Vergangenheit festzustellen, dass nicht an allen Krankenhäusern jederzeit eine fachärztliche Präsenz sichergestellt war. Daher die Festlegung im Krankenhausplan.

10. Welche Prognosen gibt es aufgrund der aktuellen Verweildauer, der aktuellen Einwohnerzahl sowie des Auslastungsgrades und der Verteilung der Kliniken im Land aus Sicht des mit dem Monitoring beauftragten Unternehmens bzw. der damit beauftragten Einrichtung für die aktuell 37 Krankenhäuser, die im aktuellen Krankenhausplan aufgeführt sind, sowie für welche zusätzlichen Bedarfe an Krankenhäusern oder Krankenhausstandorten im Land?

Die Krankenhausplanungsbehörde hat keinen Auftrag zu einem solchen „Monitoring“ erteilt.