

An das
MSGIV
.....

Anschreiben

Stellungnahme der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. (LKB) zum Entwurf des Textteils für den Vierten Krankenhausplans im Rahmen der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020 vom 20.12.2019

Sehr geehrter Herr Zaske,

mit E-Mail vom 20. Dezember 2019 haben Sie der LKB und den Mitgliedern der Begleit-AG den hausintern noch nicht abgestimmten Entwurf des MSGIV für den Textteil des neuen Krankenhausplans übermittelt, verbunden mit der Bitte, Rückmeldungen zu Hinweisen, Anregungen und Verbesserungsvorschlägen bis zum 31. Januar 2020 an das MSGIV zu übermitteln. Dieser Bitte kommen wir hiermit gerne nach.

Bereits in den Stellungnahmen der LKB vom 28. November 2018 zum Entwurf des Grundlagenpapiers zur gemeinsamen Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 als auch mit den Ihnen mit Schreiben vom 30. Oktober 2019 übermittelten Positionen, Hinweisen und Vorschlägen der LKB zum methodischen Vorgehen, zur Bedarfsanalyse sowie zu Leistungs- und Versorgungsgebieten, hatten wir die aus Sicht der LKB wesentliche Positionen und Anforderungen an die aktuelle gemeinsame Krankenhausplanung 2020 Brandenburg und Berlin formuliert und ausführlich begründet. Leider nimmt der nunmehr vorliegende Entwurf des Textteils, diese Positionierungen und Forderungen der LKB - wie auch schon das letzte Papier des MSGIV zu den Vorstellungen zur Methodik der Bedarfsanalyse (Stand: 14.11.2019) - nur in Teilen auf.

Die in der Anlage beigefügten Hinweise, Anmerkungen und Forderungen der LKB konzentrieren sich insbesondere auf diejenigen Inhalte und Kapitel des Entwurfs, die bislang entweder noch nicht beraten wurden bzw. zu denen die LKB noch keine bzw. noch keine umfassende schriftliche Positionierung abgegeben hat. Insofern legen wir Wert auf die Feststellung, dass die Ausführungen zu einzelnen Kapiteln des Entwurfs als Ergänzung zu den bereits übermittelten Grundsatzpositionen und Forderungen (z.B. zu den Planungsgrundsätzen, zur Planungstiefe, zur sektorenübergreifenden Versorgung oder auch zu einzelnen Fachgebieten) aufzufassen sind und die schon übermittelten Positionen und Forderungen weiter unverändert fortbestehen.

Insbesondere mit Blick auf Kapitel 17 des Textentwurfs zur Entwicklung in den einzelnen Fachgebieten, weisen wir darauf hin, dass der weitere Planungsprozess für den Monat Februar 2020 die Durchführung der Gebietskonferenzen in den fünf Versorgungsgebieten und ab März 2020 sich ggf. anschließende hausindividuelle Gespräche der Planungsbehörde mit den Kliniken vorsieht. Diese fünf Gebietskonferenzen und die Gespräche mit den Kliniken stellen einen wesentlichen Kernpunkt des Krankenhausplanaufstellungsverfahrens dar, in dem sich alle Krankenhäuser mit ihren Vorstellungen einbringen bzw. Positionen

zu den Planvorstellungen des MSGIV darlegen können. Vor diesem Hintergrund betrachtet die LKB insbesondere die Darstellungen in Kapitel 17 weiterhin als vorläufigen Stand dar.

Zu Kapitel 11 „Notfallversorgung“ muss angemerkt werden, dass zwischenzeitlich ein erster Referentenentwurf des BMG (Stand: 8. Januar 2020) zur ambulanten Notfallversorgung bekannt geworden ist. Dieser basiert auf einem im Sommer 2019 vom BMG veröffentlichten Diskussionsentwurf. Der Referentenentwurf sieht u.a. vor, dass entgegen des ursprünglichen Konzepts, der zentrale Beitrag der Kliniken zur Sicherstellung der Notfallversorgung in nicht nachvollziehbarer Weise nunmehr den Interessen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen preisgegeben werden soll. Diese sollen nun dominant die Leistungen, die die Krankenhäuser bislang im Rahmen ihrer ambulanten Notfalleinrichtungen erbracht haben, bestimmen. Zu kritisieren ist auch, dass ambulante Notfalleistungen in Zukunft grundsätzlich nur noch in Integrierten Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhäusern erbracht werden sollen. Bei der Entscheidung, welche Krankenhäuser das sein sollen, haben nach dem Gesetzentwurf die Krankenkassen und die KVen die Mehrheit. Damit könnten die Krankenkassen und die KVen über die Zukunft der Krankenhausstrukturen maßgebliche Entscheidungen treffen. Dieses steht in Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Zuordnung der Zuständigkeit des Landes für die Krankenhausplanung. Unverständlich ist auch, dass Krankenhäuser für Leistungen zugunsten von Menschen, die medizinische Hilfe suchen und die in Zukunft Leistungen für Notfallpatienten erbringen, ohne dass sie eine INZ-Zulassung haben, nur noch die Hälfte der Vergütung erhalten sollen. Da der Referentenentwurf nach Auffassung der LKB den im Textentwurf zum Krankenhausplan dargestellten Zielsetzungen zuwiderläuft, bitten wir das Land Brandenburg, alle politischen Einflussmöglichkeiten auf Bundes- und Landesebene zu nutzen um auf eine sachgerechte Veränderung des Gesetzentwurfes hinzuwirken.

Im Hinblick auf die Verwendung des Wortes „Standort“ im Textteil des Krankenhausplans, weisen wir auf die Notwendigkeit einer unmissverständlichen Bezeichnung oder einer Angleichung an das Standortverzeichnis nach § 293 SGB V bzw. der Definition der Standorte hin. Hiermit zusammenhängend wären auch die bislang ausgewiesenen Anzahlen der Standorte zu prüfen. Auch ist die gesamte Textierung nochmals mit Blick auf die neue Berufsausbildung „Pflegefachfrau/-mann“ zu prüfen. Die Bezeichnungen Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpflegern sind entweder um diese Berufsauszeichnung zu ergänzen oder man wählt die Bezeichnung „Pflegepersonal“.

Angesichts der Tatsache, dass der Entwurf im MSGIV hausintern noch nicht abgestimmt ist, der Textteil noch nicht vollständig vorliegt bzw. Platzhalter beinhaltet, einzelne Textpassagen noch offen sind oder aktualisiert werden müssen, behält sich die LKB weitere Stellungnahmen und Ergänzungen im weiteren Planungsprozess vor.

Für die Berücksichtigung unserer Hinweise und Änderungsvorschläge wären wir Ihnen dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

Anlage

zur Stellungnahme der LKB zum Entwurf des Textteils für den Vierten Krankenhausplans im Rahmen der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020 vom 20.12.2019

Die folgenden Ausführungen lehnen sich an der vom MSGIV vorgeschlagenen Gliederung an:

Zu 1. Ziele der Krankenhausplanung

In Absatz 3 wird ausgeführt, „Bewährte Strukturentscheidungen, wie beispielsweise die Planung der Bettenkapazitäten und [...] wurden beibehalten.“ Gerade bei der Planung der Bettenkapazitäten ergeben sich gegenüber der bisherigen Planung jedoch Unterschiede (z.B. verweildauerabhängige Soll-Auslastung). An dieser Stelle ist insoweit eine sprachliche Anpassung vorzunehmen oder die Textpassage zu streichen.

Zu 2. Rechtsgrundlagen

Hinweis zu Absatz 1: Das KHG wurde zwischenzeitlich erneut geändert und wird sich bis zum Ende des Planungsprozesses vermutlich nochmals ändern. Insoweit empfiehlt sich statt der Formulierung „das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I. S. 646) geändert worden ist“ aktuell einen Platzhalter aufzunehmen.

Zu 9.1 Vorgaben für die Krankenhausplanung

Richtig ist, dass die Schnittstellen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung bei der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden müssen und auch berücksichtigt wurden. Das Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V kann hierzu Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben, die auch in die Beratungen mit einbezogen wurden. Vor diesem Hintergrund schlägt die LKB vor, dies entsprechend so zu formulieren und den folgenden Satz zu den weiteren zusätzlichen Aufgaben des Landesgremiums nach § 90a SGB V ersatzlos zu streichen, um ggf. neuen gesetzlichen Regelungen weder inhaltlich noch sprachlich vorwegzugreifen. Auch ist klarzustellen, dass die Schnittstellen nicht nur, sondern „auch“ mit der KVBB erörtert wurden.

Zu 9.2 Datenmaterial und Auswertungen

Das Kapitel 9.2 als auch die Kapitel 16.3 und 16.6 beschreiben die der Planung für den neuen Brandenburger Krankenhausplan zugrundeliegende Datenbasis und die wesentlichen methodischen Ansätze (Planungstiefe, Standortscharfe Planung, Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, Festlegung der Soll-Auslastung, ...). Wir nehmen dies zum Anlass nochmals explizit auf die bereits mit Schreiben vom 30. Oktober 2019 hierzu übermittelten Positionen, Hinweise und Vorschläge der LKB hinzuweisen, ohne diese an dieser Stelle nochmals darzustellen. Dies betrifft auch die Kapitel 16.3 (Systematik der Ausweisung von Kapazitäten) und 16.6 (Standortscharfe Planung). Die LKB gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, ob die Kapitel 16.3 und 16.6 nicht unter Kapitel 9 „besser aufgehoben“ wären. Auch bitten wir das Wort „funktionsfähige“ in Absatz 3 letzter Satz zu streichen (eine funktionsfähige Planung hatten wir auch bisher!) und erlauben uns den Hinweis, dass der bisherige Kapitelverweis in diesem Satz richtigerweise „16.3“ statt „15.3“ lauten müsste.

Das Bedarfsberechnungsmodell des MSGIV sieht vor, dass die Berechnungstage des jeweiligen Krankenhauses in den Fachabteilungen und insofern auch die hausindividuellen Verweildauern, als auch die auf das Land Brandenburg insgesamt bezogenen Soll-Auslastungen die Grundlage für die Berechnungen darstellen. Um dies auch mit Blick auf zukünftige Einzelfortschreibungen eindeutig zum Ausdruck zu bringen wird vorgeschlagen den drittletzten Absatz wie folgt zu ändern: *„Um die tatsächliche Versorgungsrealität im Land Brandenburg auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser darzustellen und zu berücksichtigen, sind die im jeweiligen Krankenhaus beobachteten **Berechnungstage und Verweildauern sowie die auf das Land Brandenburg insgesamt bezogenen Soll-Auslastungen für die Festlegung der Soll-Auslastung** maßgebend. Folglich kann es Abweichungen für bestimmte Fachabteilungen zwischen den krankenhausbezogenen ~~Soll-~~Auslastungen und den auf das Land Brandenburg insgesamt bezogenen Soll-Auslastungen geben.“*

Zu 10 Das vorhandene Angebot

Im Hinblick auf die Verwendung des Wortes „Standort“ auch in der folgenden Kapiteln verweisen wir auf die Notwendigkeit einer unmissverständlichen Bezeichnung bzw. eine Angleichung an das Standortverzeichnis nach § 293 SGB V bzw. der Definition der Standorte durch den G-BA und der Prüfung der jeweiligen Anzahl der Standorte. Beispielhaft lässt sich dies am Klinikum Westbrandenburg festmachen. Auch ist zu beachten, dass einige Kliniken nunmehr auch mehrere Standorte in derselben Stadt haben (z.B. EvB Potsdam Charlottenstr. und In der Aue, MGKH im WFKH und am Hauptstandort, ...).

Zu 10.1 Trägerschaft der Krankenhäuser

Die Darstellungen zur Trägerschaft der Kliniken sollte im Sinne des Grundsatzes der Trägervielfalt ausgewogen sein und auf die Hervorhebung besonderer Trägergruppen verzichten. Insofern bitten wir um eine Darstellung in Analogie zum bisherigen Krankenhausplan und um den Verzicht der vorgenommenen Ergänzungen in den Absätzen 5 und 6.

Zu 10.3 Versorgungsstufen

In Kapitel 10.3 wird unter Überschrift Grundversorgung folgender Satz aufgenommen: *„Zur Erstellung einer gesicherten Erstdiagnose sollen Kooperationen mit Krankenhäusern einer höheren Versorgungsstufe eingegangen und telemedizinische Strukturen geschaffen sowie ausgebaut werden.“* Für die LKB ist inhaltlich nicht ersichtlich, warum eine Einschränkung auf die „Erstellung einer gesicherten Erstdiagnose“ vorgenommen wurde und schlägt vor, die Worte *„Zur Erstellung einer gesicherten Erstdiagnose“* durch die Worte *„Zur Sicherung einer hohen Qualität der Versorgung und zum Wissenstransfer“* zu ersetzen. Entsprechendes gilt für den Satzbaustein unter der Überschrift „Regelversorgung“.

Darüber hinaus bittet die LKB um eine Begründung, warum der letzte Satz im bisherigen Krankenhausplan an dieser Stelle („In Einzelfällen können Disziplinspiegel und Leistungsumfang von Grundversorgungskrankenhäusern das Niveau eines Regelversorgungshauses erreichen“) gestrichen wurde. Im Zweifel spricht sich die LKB für die Beibehaltung aus. Die Formulierung, dass Standorte von Krankenhäusern der Grundversorgung in ambulant-stationäre Gesundheitseinrichtungen umgebaut oder weiterentwickelt werden können ist in dieser Form ohne inhaltliche Unterlegung weder falsch noch richtig, jedoch zumindest an dieser Stelle nicht sachgerecht.

Unter der Überschrift Schwerpunktversorger wird vorgegeben, dass „die Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung ~~sollen~~ alle Krankenhäuser des eigenen Versorgungsgebietes in einem Netzwerk vereinen ~~sollen~~, um einen regelmäßigen Austausch zu gewährleisten.“ Angesichts der unterschiedlichen Gegebenheiten, der tatsächlichen Möglichkeiten der Etablierung solcher Netzwerke und insbesondere der nicht konkretisierten Zielsetzung, schlägt die LKB vor, die Formulierung zu streichen, ersatzweise zumindest dahingehend zu ändern, dass die Etablierung solcher Netzwerke angestrebt werden sollte und eine für alle beteiligten Träger tragfähige Lösung und Umsetzung voraussetzt.

Zu 11. Notfallversorgung

In Kapitel 11 wird u.a. ausgeführt, dass das Land „Um auch weiterhin eine flächendeckende Notfallversorgung im Land Brandenburg sicherzustellen, ~~[kann das Land]~~ unabhängig davon, in welcher Stufe des Systems der Notfallversorgung sich ein Krankenhaus befindet, feststellen ~~[kann]~~, dass einzelne Krankenhäuser für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind.“ Die LKB schlägt vor, die Worte „unabhängig davon, in welcher Stufe des Systems der Notfallversorgung sich ein Krankenhaus befindet“ durch die Worte „für Kliniken, die keiner Stufe der Notfallversorgung zugeordnet werden können“ zu ersetzen.

Hinsichtlich des zitierten G-BA-Beschlusses zu einem gestuften System der Notfallstrukturen bedarf es der Klarstellung, dass es sich hierbei um eine finanzierungstechnische Regelung handelt und dieser keine krankenhausplanerische Bindungswirkung entfaltet.

Zu 12. Fachkräftesicherung als wichtige Aufgabe der Zukunftssicherung

Die LKB schlägt folgende Änderung in Satz 6 vor: „Dies umfasst nicht nur die Kooperation bei der Mediziner Ausbildung mit der Charité ~~und der Medizinischen Hochschule Brandenburg~~. Hier geht es auch um die Einbindung ~~und Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg und der~~ weiteren Hochschulinitiativen in Brandenburg in Cottbus und Potsdam.“

Zu 12.1 Staatlich anerkannte Ausbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens

Die LKB schlägt vor in Absatz 1 folgenden Satz anzufügen: „Darüber hinaus gibt es weitere Ausbildungsstätten für die Fachberufe des Gesundheitswesens (Schulen für Gesundheitsberufe im Sinne von § 35 Abs. 1 Nr. 3 BbgKHEG).“ In Absatz 2 sind die Worte „mit pflegesatzfähigen Ausbildungsgängen“ durch die Worte „nach § 2 Nr. 1a KHG“ zu ersetzen. In Absatz 3 sind die Worte „im Rahmen der Budgetvereinbarung“ durch die Worte „nach dem KHG und PflBG“ und das Wort „Krankenkassen“ durch das Wort „Kranken- und Pflegekassen“ zu ersetzen.

Zu 12.4 Pflegeberufe

Absatz 1 ist das Wort „Einrichtungen“ durch das Wort „Pflegeeinrichtungen“ zu ersetzen. In Absatz sollte der letzte Satz wie folgt geändert werden: „~~Das erhöht~~ Durch verbesserte Rahmenbedingungen soll die Attraktivität der neuen beruflichen Ausbildung ~~erhöht werden~~.“

Zu 12.6 Begrenzung von Leasingquoten zur Stärkung von Kernbelegschaften

Die einleitenden Ausführungen des MSGIV zum Einsatz von Leasing-Kräften (insbesondere in der Pflege) und die hiermit verbundenen Problematiken für die Brandenburger Kliniken trägt die LKB mit. Die Formulierungen, dass der Anteil (unter Benennung eines entsprechenden Anteils) an Leasing-Kräften in den Kliniken als Zeichen einer stärkeren Leistungsfähigkeit (mit sich hieraus ggf. ergebenden krankenhausesplanerischen Konsequenzen) zu werten sei, sollten schon angesichts der faktisch kaum möglichen Vergleichbarkeit von Versorgungsangeboten, wird von der LKB nicht mitgetragen und sollte gestrichen werden.

Zu 13. Kooperation und Vernetzung

Die LKB stimmt den Darstellungen grundsätzlich zu, verweist jedoch nochmals auf die einleitenden Ausführungen in Kapitel 1 des Textentwurfs. Die Kliniken sind der Anker der Gesundheitsversorgung in der Region. Dies sollte auch an dieser Stelle im Hinblick auf den Ausbau bzw. der Etablierung sektorenübergreifender bzw. integrierter Konzepte nochmals deutlicher zum Ausdruck gebracht werden. Auch spricht sich die LKB dafür aus, zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung die gegebenen und sich zukünftig ergebenden Möglichkeiten der Digitalisierung und Telemedizin (weiter) zu nutzen.

Sowohl der Umbau von oder zu sektorenübergreifenden Strukturen als auch die verstärkte Nutzung von Telemedizin und Digitalisierung kosten (viel) Geld. Vor diesem Hintergrund schlägt die LKB vor, im Textteil des Krankenhausplans ausdrücklich zu verankern, „dass neben dem Engagement der im Gesundheitsbereich Tätigen und Verantwortlichen und dem Ausbau von Kooperationen, umfangreiche Investitionen in die Infrastruktur notwendig und zwingend sind.“ Um die notwendigen Investitionsmittel zu generieren bedarf es der Nutzung aller Möglichkeiten (Beteiligung der Kliniken am 1-Mrd-Zukunftsinvestitionsfonds, Nutzung des Struktur- und Innovationsfonds und Erhöhung der Investitionsmittel des Landes).

Im Hinblick auf die Textierung wird auch vorgeschlagen, den vorletzten Satz wie folgt zu ändern: Darin wird der Einsatz neuer Technologien durch Telemedizin die schnelle qualitativ hochwertige wohnortnahe Erstdiagnose Diagnostik und Therapie unterstützen.“

Zu 13.2 Digitalisierung und Telemedizin

Wir schlagen vor Absatz 2 Satz 3 wie folgt zu ändern: „In diesem Zusammenhang gibt es hohe Informations- und Kommunikationsbedarfe, die ohne die möglichst rasche Nutzung digitaler Vernetzungen, die interoperablen Standards entsprechen müssen, nicht zu bewältigen sind ~~und interoperablen Standards entsprechen müssen.~~“ und folgenden Satz anzufügen: „Das Land wird durch den Ausbau der digitalen Infrastruktur die erforderlichen Voraussetzungen für die Nutzung der digitalen Möglichkeiten schaffen.“

Zu 13.3 Zentren nach Krankenhausentgeltgesetz

Der Absatz 3 ist wie folgt zu ändern: „Die krankenhausesplanerische Ausweisung von Zentren mit der Zuweisung von besonderen Aufgaben durch die Länder nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntG ist demnach die Grundvoraussetzung für die Vereinbarung von Zuschlägen im Rahmen der Budgetverhandlungen.“

Darüber hinaus sollte geprüft werden, an welchen Stellen bei der Formulierung „Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie“ entweder die Präteritumsform notwendig oder aber die Formulierung „MSGIV“ gewählt werden soll.

Zu 14. Sektorenübergreifende Versorgungsansätze

Wie im Text richtig formuliert wird, kann das Landesgremium nach § 90a SGB V weder die Krankenhausplanung noch die ambulante Bedarfsplanung ersetzen, aber eine qualifizierte sektorenübergreifende Gesamtschau ermöglichen. Vor diesem Hintergrund müssen die Worte „sollten diese auch krankenhauserisch umgesetzt werden“ durch die Worte „sollten diese den Gremien der Krankenhausplanung zur weiteren Diskussion zugeleitet werden“ ersetzt werden.

Zu 14.1 Medizinische Versorgungszentren nach Sozialgesetzbuch Fünf

Die LKB begrüßt ausdrücklich die neu aufgenommenen Darstellungen zum Umfang und zur Rolle der krankenhausgetragenen MVZ (nach den Ausführungen des MSGIV 60% aller MVZ) im Rahmen der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung insbesondere im ländlichen Bereich. Zusammen mit dem Bereich der ambulanten Notfallversorgung spiegeln diese die Rolle der Kliniken als Anker der Versorgung nicht nur für den stationären, sondern zunehmend auch für den ambulanten Bereich wider.

Jedoch weisen wir bezüglich der Textierung im vorletzten Absatz daraufhin, dass es sich bei MVZ nicht mehr um eine „neue“ Organisationsform handelt und die Formulierung „[...], die naturgemäß eine andere betriebswirtschaftliche Perspektive zur Grundlage haben als niedergelassene Ärzte, die eine flächendeckende Versorgung stabil aufrecht zu erhalten.“ unklar („andere betriebswirtschaftliche Perspektive“) bzw. nicht korrekt (es gibt keine flächendeckende Versorgungsplanung) ist und gestrichen bzw. zumindest neu zu formulieren ist.

Darüber hinaus bitten wir in Absatz 2 Satz 1 das Wort „regulär“ und Satz 3 das Wort „grundsätzlich“ zu streichen.

Zu 14.3 Sozialpädiatrische Zentren

Folgende Änderung wird vorgeschlagen: „Das „Sozialpädiatrisches Zentrum Potsdam ~~der Klinikum Ernst von Bergmann~~der Klinikum Westbrandenburg gGmbH.“

Zu 14.5 Herausforderungen / Öffnungsklausel

Wir nehmen Bezug auf unsere Ausführungen zu Kapitel 13. Die LKB unterstützt den Ausbau bzw. die Etablierung sektorenübergreifender bzw. integrierter Konzepte. Hierbei geht es aber primär nicht um die Umwandlung stationärer in ambulante Angebote, wie es in Kapitel 14.5 zum Ausdruck gebracht wird. Mögliche neue gesetzliche Rahmenbedingungen sollten diesbezüglich geprüft und - wo sinnvoll - genutzt werden. Wir schlagen vor Satz 2 wie folgt zu ändern: „Hier geht es um ~~die Umwandlung stationärer Leistungen in ambulante Angebote~~ enge Verzahnung stationärer und ambulanter Leistungen, Pflege und weiterer Versorgungsangebote. Der Aufbau solcher Leistungsangebote an Kliniken schafft den Raum für ggf. notwendige Neuausrichtungen zu Krankenhausstandorten als ambulanz-stationäre Versorgungszentren“ (siehe u.a. auch Beschreibung des Projektes Strukturmigration in Templin).

Zu 16.3 Systematik der Ausweisung von Kapazitäten

In Absatz 1 Satz 3 sind nach dem Wort „**Psychotherapie**“ die Worte „**Psychosomatische Medizin**“ einzufügen.

Wie bereits in Kapitel 9.2 ist auch hier in Absatz 2 das Wort „**funktionsfähige**“ zu streichen (eine funktionsfähige Krankenhausplanung hatten wir auch bisher). Gemeint scheint an dieser Stelle wohl eher „**rechtssichere**“.

Hinweise:

- Der Entwurf entspricht, den bisherigen Positionen in der Begleit-AG.
- Da sowohl das Kapitel 16.3 als auch 16.6 keine weiteren Hinweise zur praktischen Umsetzung der Flexibilisierungsmöglichkeiten enthält, sollte davon ausgegangen werden, dass dies in der jeweiligen Hoheit der Kliniken liegt und kein formelles Verfahren vorgesehen wird.
- Insofern wird auch vorgeschlagen, dies an dieser Stelle nicht von Seiten der LKB zu thematisieren.

Zu 16.4 Belegärztliche Tätigkeit

Belegärztliche Tätigkeiten erfolgen nicht außerhalb des Versorgungsauftrages des Krankenhauses, sondern sind Teil des Versorgungsauftrages. Absatz 1 Satz 1 ist somit zwingend wie folgt zu korrigieren: „Belegärztliche Tätigkeiten erfolgen ~~außerhalb des Versorgungsauftrages des Krankenhauses und~~ sind an den Vorgaben des § 121 **SGB V Sozialgesetzbuch Fünft** und § 18 **KHEntgG** auszurichten“.

Zu 16.6 Standortscharfe Planung

Auch an dieser Stelle verweisen wir auf die Notwendigkeit eines konsistenten Umgangs mit dem Standortbegriff und der sich hieraus ergebenden Anzahlen. Die Beschreibung, dass insgesamt neun Krankenhausbetriebe über zwei oder mehrere Krankenhausstandorte verfügen stimmt nur, wenn nicht der Begriff des Standortes lt. G-BA-Definition genutzt wird. Entweder man ändert die Formulierung in „Standorte für vollstationäre Versorgung“ oder man übernimmt die Standortdefinition des G-BA, was zur Folge hätte, dass mehr als neun Kliniken über mehr als einen Standort verfügen.

Zu 17.2.4 Gefäßchirurgie

Die LKB hatte in ihrer Stellungnahme vom 30. Oktober 2019 bereits den Formulierungen zum Bereich Gefäßchirurgie des Positionspapiers des MSGIV zu den Vorstellungen zur Methodik der Bedarfsanalyse mit Stand 11. September 2019 zugestimmt. Im MSGIV-Positionspapier vom 14. November 2019 und nunmehr auch im Textentwurf wurden jedoch erneut folgende bereits im MSGIV-Positionspapier Stand 30. August 2019 enthaltene Ergänzungen aufgenommen: „*Sie sollen gebündelt und zentralisiert werden und nur an wenigen spezialisierten Krankenhäusern erfolgen. Elektive gefäßchirurgische Eingriffe sollen nur von Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung oder der qualifizierten Regelversorgung vorgenommen werden.*“ Die LKB hat dies bereits im Rahmen der Beratungen der Begleit-AG kritisch angemerkt, da aus Sicht der LKB bereits Konsens hinsichtlich der Formulierungen des MSGIV-Positionspapiers vom 11. September 2019 bestand. Die Formulierungen bergen angesichts der erheblichen Interpretationsspielräume die Gefahr konfliktärer Auseinandersetzungen in den Budgetverhandlungen bzw. bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen.

Zu 17.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Wir bitten dringend auf nationalitätsbezogene Darstellungen in diesem Kapitel zu verzichten und somit die Ausführungen zur sehr hohen Geburtenhäufigkeit von geflüchteten Frauen aus Syrien und Afghanistan ersatzlos zu streichen.

Zu 17.6 Innere Medizin

In Absatz 5 dieses Kapitels ist das Wort „pädiatrische“ durch das Wort „palliativmedizinische“ zu ersetzen.

Zu 17.6.1 Geriatrie

Wie bereits in unserer Stellungnahme vom 28. November 2018 dargelegt, können die Ergebnisse der Zukunftswerkstätten - wie auch die Erkenntnisse aus anderen Foren, Beiträgen, Studien, Expertenmeinungen oder Forschungserkenntnisse - als ein Impuls- oder Ideengeber für die im Rahmen des Planungsprozesses zu führenden Erörterungen sein. Angesichts der Legitimation, Struktur und Zielsetzung der Zukunftswerkstätten plädiert die LKB dafür, die Textierungen im Krankenhausplan dementsprechend angemessen zu formulieren.

Insofern schlägt die LKB folgende Anpassungen in Absatz 2 vor: *„Hier wurden entstanden erste neue Versorgungsansätze unter anderem in den Bereichen Prävention, sektorenübergreifende Versorgungsketten, Schnittstellen- und Entlassmanagement sowie in der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Geriatrie erörtert. Hier wurde erarbeitet, dass geriatrische Leistungen immer in eine altersmedizinische Versorgungskette eingebettet sein sollten müssen.“*

Aus Sicht der LKB ist die Vorgabe im weiteren Textverlauf, dass jede einzelne Berufsgruppe neben einer umfassenden Berufsausbildung zusätzliche geriatrische Fachkompetenz benötigt, nochmals hinsichtlich der OPS-Vorgaben zu prüfen. Die LKB schlägt vor, nicht einzelne Berufsgruppen zu benennen, sondern darauf hinzuweisen, dass dies diejenigen Berufsgruppen betrifft, die nach dem jeweils gültigen OPS entsprechende Vorgaben erfüllen müssen.

Darüber hinaus wird angeregt, die Formulierung *„Als Grundlage eignet sich beispielsweise der ZERCUR Geriatrie-Basislehrgang. (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/zercur.html>)“* ersatzlos zu streichen. Beispielhafte Empfehlungen, wie und in welcher Form die Aneignung geriatrischer Fachkompetenz erfolgen sollte, sind nicht Aufgabe der Krankenhausplanung.

Hinsichtlich der dargelegten Kooperations-Anforderungen weisen wir darauf hin, dass diese, zumindest was die Kooperation zu anderen Kliniken betrifft, in der vorgesehenen Form in Teilen nicht umgesetzt werden können, da die jeweiligen hausindividuellen Gegebenheiten dies faktisch nicht zulassen. Die geriatrischen Fachabteilungen sind weit gestreut. Ggf. haben allen in geografisch in Frage kommenden Kliniken eine eigene Fachabteilung Geriatrie; auch geriatrischen Konsile werden in diesem Fall nicht umsetzbar sein. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die geriatrischen Fachabteilungen/Fachkliniken in Brandenburg ihre Leistungen auf höchstem Niveau erbringen. Meist sind diese in ein größeres Haus der Akutversorgung integriert, das über ein Behandlungsangebot verfügt, welches für die Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten notwendig ist bzw. es werden die notwendigen konsiliarischen Dienste sichergestellt. Eine enge Zusammenarbeit der geriatrischen Fachabteilungen erfolgt nicht nur mit den übrigen Fachbereichen des Krankenhauses, sondern auch mit den ambulanten medizinischen und

sozialen Betreuungsdiensten vor Ort. So wird eine lückenlose geriatrische Versorgung bis zur Entlassung, möglichst in die Selbstständigkeit gewährleistet.

Die Ergänzung in Absatz 8, dass bspw. bei „internistischen, neurologischen, psychiatrischen oder orthopädischen Erkrankungen die Behandlung sofort in der geriatrischen Fachabteilung oder Fachklinik begonnen werden kann, da hier die entsprechend notwendige Diagnostik und Therapie ebenfalls etabliert ist“, ist kritisch, in vielen Fällen vermutlich auch nicht richtig. Zumindest muss das Wort „da“ durch das Wort „sofern“ ersetzt werden.

Beim Einzelblatt der Evangelischen Kliniken Luise-Henrietten-Stift Lehnin soll - wie bisher - unter der Rubrik „Besondere Einrichtungen“ auf die Besonderheit eines Angebotes „Geriatric im Rahmen einer Einrichtung nach § 111 SGB V“ hingewiesen werden. Der Klammerzusatz im vorletzten Absatz muss sich demzufolge hierauf beziehen. Nach Auffassung der LKB müsste dieser weiterhin „(7055 vollstationäre und 10 tagesklinische Plätze)“ lauten. Wir bitten dies zu prüfen.

Zu 17.6.3 Kardiologie

Der Textentwurf hebt hervor, dass ein Krankenhaus mit einem 24/7 zur Verfügung stehenden Linksherzkathetermessplatz als für die Herzinfarktversorgung geeignetes Krankenhaus angesehen wird und dieses vom Rettungsdienst möglichst bevorzugt angefahren werden sollte. Diesbezüglich schlägt die LKB vor, die Textierung dahingehend zu ändern, dass die Daten für die Rettungsdienste bezüglich der Anfahrt eines Linksherzkathetermessplatzes durch die Echtzeitmeldungen des IVENA-Systems über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten geliefert werden.

Zu 17.8 Kinder- und Jugendmedizin

Der Textvorschlag des MSGIV sieht u.a. vor, dass von „*Kinderkliniken mit einem relativ geringfügigen Leistungsgeschehen, in der Regel unter 20 Betten, [wird] erwartet [wird], dass sie sich mit einer räumlich nah gelegenen größeren Kinderklinik im Land Brandenburg zu einem Kooperationsverbund zusammenschließen. Ein solcher Kooperationsverbund muss zumindest die gemeinsame Aus- und Weiterbildung und die Abstimmung des Behandlungsspektrums beinhalten. Der Nachweis eines solchen Kooperationsverbundes durch die kleinere Kinderklinik ist Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan, es sei denn, die Gründung eines solchen Kooperationsverbundes ist der kleineren Kinderklinik aus Gründen, die diese nicht zu vertreten hat, trotz eines Vermittlungsversuches durch das MSGIV nicht möglich.*“

Aus Sicht der LKB ist es zwingend erforderlich, dass sofern die o.g. Vorgabe Eingang in den neuen Krankenhausplan finden sollte, in diesem selbst und/oder im Feststellungsbescheid für die Klinikträger umsetzbare Übergangsregelungen/Fristen vorzusehen sind.

Zu 17.8.1 Perinatologische Versorgung und Neonatologie

Der Entwurf des MSGIV sieht u.a. vor, dass die Aufnahme als (reine) Geburtsklinik (Level 4) im Sinne des Versorgungsstufenkonzepts des G-BA den Nachweis einer Kooperation mit einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 voraussetzt. Der bisherige Krankenhausplan sah vor, dass eine Kooperationsbeziehung mit der nächst höheren Versorgungsstufe eingegangen wird. Die QFR-RL selbst gibt für Geburtskliniken (Level 4) lediglich vor, dass die Kriterien für eine Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal zu beachten sind.

Bislang wurde seitens des Ministeriums bislang weder vorgetragen noch ist anderweitig ersichtlich, warum im Zuge der Krankenhausplanung, über die Anforderungen des G-BA hinausgehend, Festlegungen getroffen werden sollen. Gerade weil durch den G-BA-Beschluss entsprechende Vorgaben zu Aufnahme- und Zuweisungskriterien bestehen, mithin die Verlegungsnotwendigkeiten bei Vorlage der jeweiligen Voraussetzungen feststehen, ist kein Raum für weitergehende Anforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung. Sollte diese dennoch Eingang in den neuen Krankenhausplan finden ist es zwingend erforderlich, dass in diesem selbst und/oder im Feststellungsbescheid für die Klinikträger umsetzbare Übergangsregelungen/Fristen vorzusehen werden.

Wir erlauben uns den Hinweis, dass es korrekterweise „Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und ~~Neugeborene~~Reifgeborene (QFR-RL)“ heißen muss.

Zu 17.12.1 Neurologische Frührehabilitation Phase B Erwachsene

Die Anforderung, dass eine Verlegung in eine Klinik mit einem Versorgungsauftrag Neurologische Frührehabilitation Phase B „zum frühestmöglichen medizinisch sinnvollen Zeitpunkt“ erfolgen soll, bedarf der ergänzenden Klarstellung, „dass Kliniken ohne expliziten Ausweis der Neurologischen Frührehabilitation Phase B, die Patienten aus medizinischen Gründen noch nicht verlegen können bzw. eine Verlegung medizinisch nicht sinnvoll ist, diese Leistungen erbringen und abrechnen können. Ungeachtet dieser planerischen Vorgaben zur Neurologischen Frührehabilitation Phase B soll gemäß § 39 SGB V die Frührehabilitation zum frühestmöglichen Zeitpunkt beginnen. Damit gehören Leistungen der Neurologischen Frührehabilitation zum Versorgungsauftrag jedes Krankenhauses mit einer Fachabteilung Neurologie.“

Zu 17.14 Onkologische Versorgung

Das MSGIV wird gebeten klarzustellen, was mit den folgend gekennzeichneten Worten in der Formulierung „Aus diesen Onkologischen Schwerpunkten haben sich Onkologische Zentren herausgebildet, die die in einem weiteren Zentrum spezialisierte Versorgung in dem jeweiligen Versorgungsgebiet beziehungsweise in der Versorgungsregion flächendeckend gewährleisten.“ ausgedrückt werden soll.

Zu 17.15 Psychiatrie und Psychotherapie

Im letzten Satz des vorletzten Absatzes sind nach dem Wort „teilstationär“ die Worte „vor stationsäquivalent“ einzufügen. Im letzten Absatz Satz 1 schlägt die LKB vor, nach dem Wort „Bevölkerung“ das Wort „auch“ einzufügen.

Zu 17.16 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Im bisherigen Krankenhausplan wurde klargestellt, dass durch die Ausweisung spezifischer Behandlungseinheiten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Versorgungsauftrag der Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie nicht eingeschränkt wird und die spezifische Ausweisung des Fachgebietes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keinen Ausschlusscharakter für die Erbringung psychosomatischer Leistungen innerhalb der bestehenden Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie entfaltet. Diese Festlegung sollte im Rahmen einer Evaluation im Jahr 2019 einer Prüfung

unterzogen werden. Die Evaluation wird nunmehr für das Jahr 2021 vorgesehen. Vor diesem Hintergrund ist es weiterhin notwendig die o.g. Textierung auch im neuen Krankenhausplan beizubehalten.

Wie bereits im bisherige Krankenhausplan werden im jetzigen Textentwurf für drei Krankenhäuser die jeweiligen Kooperationspartner explizit benannt. Die LKB hat - wie schon im Rahmen des erstmaligen Ausweises im Jahr 2015 - weiterhin Zweifel an der Erforderlichkeit der konkreten Benennung der Kooperationspartner im zukünftigen Textteil des Krankenhausplans. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Schreiben vom 26. August und 9. Oktober 2015. Die LKB schlägt vor, die tatsächliche Notwendigkeit der weiteren Benennung zwischen dem Ministerium und den betroffenen Kliniken abzustimmen.

Zu 17.19.1 Schmerz

Die LKB empfiehlt für die Überschrift des Kapitels die Bezeichnung „Schmerzmedizin“ zu nutzen und den letzten Satz wie folgt zu ändern: „Für eine Schmerzbehandlung ist eine langfristige Behandlungsstruktur mit einem abgestuften Konzept zur sektorenübergreifenden Verzahnung von ambulanter hausärztlicher und tagesklinischer multimodaler Versorgung ~~erforderlich~~ anzustreben“.

Zu 17.19.2 Weaning

Wir bitten die pauschalierenden Ausführungen in Absatz 3 Satz 1 zu den in den Kliniken nicht ausgeschöpften Möglichkeiten der Beatmungsentwöhnung und das Wort „entsprechend“ in Absatz 3 Satz 2 ersatzlos zu streichen.

Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass bereits in den Beratungen der Begleit-AG deutlich wurde, dass es komplizierte Weaning-Konstellationen auch in nicht pneumologischen Kliniken in Brandenburg gibt. Hierbei handelt es sich z.B. um Patientinnen und Patienten, bei denen die Ursache der Beatmungspflicht z.B. in Störungen des Zentralen Nervensystems liegt und die nicht primär eine Lungenerkrankung haben. Daher sind zumindest die Anforderungen, die an die Zertifizierung gestellt werden, nicht ausschließlich an der Deutsche Gesellschaft der Pneumologen anzulehnen. Die gleichwertige Zertifizierung pneumologischer und nicht-pneumologischer Fachabteilungen muss möglich bleiben. Vor diesem Hintergrund bitten wir, den letzten Satz des Kapitels wie folgt zu fassen: „Krankenhäuser, welche das prolongierte Weaning erbringen wollen, sollen sich durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) zertifizieren lassen oder eine gleichwertige Zertifizierung nachweisen.“