

Ausschussdrucksache
(03.07.2025)

Inhalt

Landesseniorenbeirat M-V e.V. –

Stellungnahme zum **Landeskrankenhausgesetz, Drs. 8/4870**



Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e.V.



LSB M-V

Landesseniorenbeirat M-V e.V., Perleberger Straße 22, 19063 Schwerin, ☎: 0385/ 5557970, Fax: 0385/5558961

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport
Vorsitzende Katy Hoffmeister
Lennéstr. 1
19053 Schwerin

Schwerin, 03.07.2025

Öffentliche Anhörung des Sozialausschusses zum Gesetzentwurf der Landesregierung „Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern“ (Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)

Sehr geehrte Frau Hoffmeister,

anliegend übersendet der Landesseniorenbeirat M-V e. V. seine schriftliche Stellungnahme gemäß Fragenkatalog des Sozialausschusses zu obigem Thema.

An der mündlichen Anhörung am Mittwoch, dem 9. Juli 2025, ab 15:30 Uhr im Demmler-Saal des Schweriner Schlosses nimmt Bernd Rosenheinrich teil.

Mit freundlichen Grüßen

Joachim Kießling
Vorsitzender

Fragenkatalog

zur schriftlichen Anhörung des Sozialausschusses

(Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)

Allgemein

1. *Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf grundsätzlich?*

Der Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern erkennt an, dass die Reform des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG M-V) aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen in der Krankenhausversorgung berücksichtigen soll. Öffentliche Aussagen von Medien und Verbänden zeigen jedoch, dass die Reform – eingebettet in das bundesweite Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – in Mecklenburg-Vorpommern zu intensiven Debatten geführt hat. Ziel der Reform ist es, die Krankenhausversorgung durch Spezialisierung und eine neue Finanzierungsstruktur zu verbessern. Die geplanten Änderungen stoßen jedoch auf viel Kritik, besonders von der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (KGMV) und verschiedenen Klinikleitungen. Kritisiert wird vor allem, dass die Reform zu wenig auf die speziellen Bedürfnisse von Flächenländern wie Mecklenburg-Vorpommern eingeht. Zum Beispiel wird die bestehende Unterfinanzierung der Kliniken nicht ausreichend behandelt, und es fehlen klare Regeln zur Sicherstellung der Grundversorgung in dünn besiedelten Regionen.

2. *Welche konkreten Handlungsbedarfe sehen Sie?*

Um von einem starren Leistungsgruppen-Korsett, auf Basis der erforderlichen Qualitätsvorgaben, abzurücken, müssen insbesondere Kooperationen und Verbünde von Krankenhäusern Berücksichtigung finden können. Kooperationen von Krankenhäusern bzw. ihren Standorten sind auch in telemedizinischer Form unter klaren Voraussetzungen zuzulassen.

Die ärztliche Aus- und Weiterbildung auch an kleineren Klinikstandorten und in „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ sowie Facharztpraxen sind sicherzustellen, mit dem Ziel, den ärztlichen Fachkräftemangel im ländlichen Raum nicht zu verschärfen, sondern zu verbessern.

Die geplanten und bereits gesetzlich umgesetzten Dokumentationspflichten und Bürokratieauflagen sind auf das Mindeste sowie auf die Patientensicherheit fokussierte Notwendigkeit zu beschränken, um so dem medizinischen Personal mehr Zeit für die Arbeit am Patienten zu geben.

Für eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung ist auch im Notfall die Erhaltung der Krankenhausstandorte wichtig – auch bei dort abnehmender Bettenzahl.

Der Bund will die Bundesländer bei der Finanzierung der Investitionen unterstützen. Dafür greift er aber auf finanzielle Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung zu. Dies ist eine Ungleichbehandlung von gesetzlichen und privatversicherten Bürgern. Da die Gesundheitsversorgung immer teurer wird, sollten auch Privatversicherte für den Umbau der Krankenhäuser zahlen, denn gegenwärtig zahlen allein die gesetzlich Krankenversicherten und somit steigen deren Zusatzbeiträge weiter an.

Zustimmung findet das Recht der Menschen mit Behinderung, wie die Mitnahme einer Begleitperson und die Einführung von Patientenfürsprecher, um die Perspektiven der Patientinnen und Patienten stärker in den Klinikalltag einzubringen.

Zusammengefasst:

1. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung
 - Mindestanforderungen an die Erreichbarkeit von Notfall- und Grundversorgungsstrukturen, insbesondere in ländlichen Regionen.
 - Stärkere Verzahnung mit Rettungsdienstplanung und Bedarfsplanung auf Kreisebene.
 - Förderung von Portalkliniken bzw. kleineren Grundversorgern mit telemedizinischer Anbindung an Maximalversorge
2. Pflege- und Fachkräftesicherung
 - Verpflichtung zur Vorlage eines Personalentwicklungsplans durch Krankenhausträger.
 - Verankerung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente, z. B. Anlehnung an PPR 2.0.
 - Stärkere Integration der akademisierten Pflegeberufe (Pflegefachpersonen mit Bachelor-/Masterabschluss).
3. Digitalisierung und IT-Sicherheit
 - Pflicht zur Nutzung digitaler Dokumentationssysteme (z. B. elektronische Patientenakte, sektorenübergreifend).
 - Regelungen zur IT-Sicherheitsarchitektur und Meldepflicht bei Ausfällen/Cyberangriffen.
 - Einbindung digitaler Versorgungsangebote, z. B. Videosprechstunden in ländlichen Gebieten.
4. Qualität und Transparenz
 - Veröffentlichungspflichten für Qualitätskennzahlen auf Landesebene.
 - Externe, unabhängige Qualitätssicherung und Evaluation aller Kliniken im 3-Jahres-Rhythmus.
 - Einführung eines Landes-Klinikatlas (analog zur Weißen Liste).
5. Klimaschutz und Nachhaltigkeit
 - Pflicht zur Erstellung von Klimaschutzkonzepten für Krankenhäuser.
 - Förderung energieeffizienter und nachhaltiger Bau- und Betriebsweisen.
6. Finanzierung und Investitionsförderung
 - Rechtlicher Anspruch auf Investitionsmittel (Klarstellung der Landesseite als Kostenträger für Infrastruktur).
 - Stärkere Zweckbindung von Fördermitteln, z. B. für Digitalisierung oder Personalbindung.
7. Sektorenübergreifende Versorgung
 - Stärkere Verknüpfung von ambulantem und stationärem Bereich, z. B. durch:
 - Tagesstationäre Behandlungen mit niedrighschwelliger Zugänglichkeit,
 - Gemeinsame Verantwortung für Versorgungspfade.

8. Stärkung der Patientenrechte

- Verankerung eines Landespatientenbeirats zur Mitwirkung an Krankenhausplanung.
- Pflicht zur Bereitstellung unabhängiger Patientenberatung (z. B. bei Entlassmanagement).

9. Krisen- und Notfallmanagement

- Verpflichtende Pandemie- und Notfallpläne für alle Krankenhäuser.
- Verpflichtung zur Mitwirkung an landesweiter Krankenhaus-Krisenstruktur (z. B. zentrale Steuerung im Katastrophenfall).

3. *Welche konkreten Änderungsvorschläge haben Sie für den Gesetzentwurf?*

Die Stellung der Patientenführsprecher in der Klinik und deren Rechte und Pflichten müssen deutlich formuliert werden. Dazu gehört auch die Informationspflicht gegenüber dem Patienten. Im Heliosklinikum Schwerin gab es ein Beschwerdemanagement. Darüber wurden vor Jahren die Patienten informiert. Dies erfolgt heute nicht mehr. Der Patient kennt diese Möglichkeit nicht.

4. *Welche Chancen und Herausforderungen sehen Sie bei der Umsetzung des Gesetzentwurfs insbesondere für kleine und mittlere Krankenhäuser im ländlichen Raum?*

Chancen

Gesetzliche Vorgaben zur flächendeckenden Versorgung könnten den Erhalt kleinerer Krankenhäuser sichern. Diese könnten zum Beispiel als Grundversorger oder Portalkliniken mit telemedizinischer Anbindung an Spezialkliniken arbeiten. Eine gesetzliche Öffnung für Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung würde ihre wirtschaftliche Lage stärken. Außerdem könnten gesetzliche Rahmenbedingungen die Zusammenarbeit mit medizinischen Versorgungszentren, niedergelassenen Ärzten oder Pflegeeinrichtungen erleichtern. Wenn das Gesetz klare Investitionszusagen vom Land vorsieht, hätten kleine Krankenhäuser bessere Planungsmöglichkeiten und könnten modernisiert werden. Zusätzlich könnte die Einführung von Personalentwicklungsplänen helfen, Mitarbeitende langfristig zu binden – zum Beispiel durch Weiterbildungsangebote im ländlichen Raum. Auch die Pflicht zur Einführung digitaler Systeme wäre sinnvoll, da sie die Versorgungsqualität verbessert und bei gezielter Förderung Standortnachteile ausgleichen kann.

Herausforderungen

Kleine Krankenhäuser haben oft nicht die nötigen Strukturen, um neue gesetzliche Anforderungen – wie Personalentwicklung oder IT-Sicherheit – schnell und vollständig umzusetzen. Besonders im ländlichen Raum verschärft der Fachkräftemangel die Situation und macht es schwer, die neuen Personalstandards

zu erfüllen. Höhere Anforderungen an Qualität und Spezialisierung, zum Beispiel durch Mindestmengen oder Strukturvorgaben, können für kleine Häuser sogar ihre Existenz gefährden, wenn es keine Ausnahmen oder Ausgleichsregelungen gibt. Die Einführung moderner IT-Lösungen ist technisch, personell und finanziell sehr aufwendig – vor allem für kleinere Krankenhäuser mit veralteter Technik. Ohne Unterstützung droht eine digitale Kluft zwischen Stadt und Land. Gesetzliche Anreize für Umstrukturierungen, etwa die Umwandlung in Portal- oder Tageskliniken, brauchen langfristige Planungssicherheit, ausreichende finanzielle Förderung und politische Begleitung. Wichtig für den Erfolg ist außerdem die Akzeptanz vor Ort – also bei Patienten, Kommunen und Mitarbeitenden.

5. *Gibt es aus Ihrer Sicht Aspekte der Krankenhausplanung oder -struktur, die im Gesetzentwurf nicht ausreichend berücksichtigt wurden?*

Keine Angaben

Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch

6. *Wird die Aufnahme von hebammengeleiteten Kreißsälen sowie die flächendeckende Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen im Sinne der Gleichstellung und Versorgungsrealität künftig verbindlich geregelt?*

§30 Absatz 7 Krankenhausträger mit einem Versorgungsauftrag für gynäkologische Leistungen sollen für schwangere Frauen ein Angebot zur Vornahme von rechtlich zulässigen Schwangerschaftsabbrüchen zur Verfügung stellen. Hiermit wird dies verbindlich geregelt.

7. *Welche Auswirkungen sehen Sie in Bezug auf die Gewährleistung der Gewissensfreiheit medizinischer Fachkräfte durch die Formulierung in § 30 zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen?*

Dies ist eine Frage der Stellenbeschreibung und des abgeschlossenen Arbeitsvertrages. Dies sollte deshalb vor einer Einstellung geklärt werden

Ärztliche Weiterbildung

8. *Warum wird die ärztliche Weiterbildung in der Krankenhausplanung (§ 5) nicht ausdrücklich als strukturprägendes Kriterium berücksichtigt, obwohl sie zentral für die Nachwuchssicherung ist – gerade im ländlichen Raum?*

Keine Angaben

Besondere Gefahrenlagen

9. Wie bewerten Sie die im Entwurf vorgesehenen erweiterten Befugnisse des Gesundheitsministeriums in besonderen Gefahrenlagen, insbesondere in Bezug auf Patientenzuweisung und Personalabordnungen?

Die im Entwurf vorgesehenen erweiterten Befugnisse des Gesundheitsministeriums bei besonderen Gefahrenlagen – wie Pandemien, Naturkatastrophen oder großflächigen IT-Ausfällen – sind aus gesundheitspolitischer Sicht nachvollziehbar. Gleichzeitig werfen sie aber wichtige Fragen zu Grundrechten, Ethik und Praxis auf, besonders für Krankenhäuser, Personal und Patienten. Diese Befugnisse sollten deshalb rechtssicher, transparent und angemessen sein, zeitlich klar begrenzt und unter parlamentarischer Kontrolle stehen. Wichtig ist auch, dass sie nicht dauerhaft genutzt werden, um bestehende Versorgungsprobleme zu lösen, sondern nur in echten Notlagen zum Einsatz kommen.

10. Halten Sie die im Gesetz verwendete Definition der „besonderen Gefahrenlage“ für ausreichend konkret und rechtlich klar abgegrenzt?

Die aktuelle Definition im Gesetzentwurf ist zu ungenau und zu allgemein, um als rechtssichere Grundlage für tiefgreifende Maßnahmen zu dienen. Begriffe wie „außergewöhnliche Ereignisse“ oder „besondere Gefahrenlagen für Leben oder Gesundheit“ sind sehr offen und können unterschiedlich ausgelegt werden. Es fehlt eine klare Abgrenzung zu alltäglichen Belastungen im Gesundheitswesen, wie etwa Grippewellen oder Personalmangel.

Finanzierung und Wirtschaftlichkeit

11. Wie wird sichergestellt, dass die neue Investitionspauschale ab 2028 dem tatsächlichen Versorgungsbedarf insbesondere kleinerer, spezialisierter oder ländlicher Krankenhäuser gerecht wird?

Die Einführung einer Investitionspauschale ab 2028 ist grundsätzlich ein Schritt in Richtung einer verlässlicheren und planbareren Krankenhausfinanzierung. Damit diese Pauschale aber wirklich dem tatsächlichen Versorgungsbedarf entspricht – vor allem bei kleineren, spezialisierten oder ländlich gelegenen Krankenhäusern – müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Es ist wichtig, dass regionale und strukturelle Besonderheiten berücksichtigt werden. Nur so kann flexibel auf Kostensteigerungen reagiert und gezielt Ausgleichszahlungen für besonders belastete Häuser ermöglicht werden. Ohne solche Schutzmechanismen besteht die Gefahr, dass die Pauschale zu einer rein rechnerischen Größe verkommt – und damit gerade die ohnehin schon unterfinanzierten Krankenhäuser noch stärker belastet.

12. Welche Wirkung erwarten Sie vom Gesetz für die Stabilität und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Belastungen des Systems?

Das Gesetz kann – wenn es klug ausgestaltet und konsequent umgesetzt wird – einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung und langfristigen Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung leisten. Gleichzeitig steht es jedoch im Spannungsfeld mit den realen Herausforderungen des Gesundheitssystems. Dazu gehören vor allem der Fachkräftemangel, steigende Betriebskosten, ein erheblicher Investitionsstau und der anhaltende wirtschaftliche Druck auf kleinere Kliniken. Um diese Probleme zu bewältigen, braucht es vor allem politische Unterstützung und zusätzliche finanzielle Mittel – sowohl vom Land als auch vom Bund.

13. Wie hoch beziffern Sie das derzeitige (jährliche) Delta bei der Investitionskostenförderung des Landes?

Die Investitionskostenförderung des Landes Mecklenburg-Vorpommern bleibt seit Jahren deutlich hinter dem tatsächlichen Bedarf zurück. Das sogenannte jährliche Delta – also die Differenz zwischen dem notwendigen Investitionsbedarf der Krankenhäuser und den tatsächlich vom Land bereitgestellten Mitteln – wird von vielen Seiten, unter anderem von Krankenhausgesellschaften und dem Bundesrechnungshof, als erheblich eingestuft.

Laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und einem Gutachten des RWI im Auftrag der Bundesregierung (2023) liegt der notwendige Investitionsbedarf bei etwa 6.000 bis 8.000 Euro pro Krankenhausbett und Jahr. Bei rund 11.000 Krankenhausbetten in Mecklenburg-Vorpommern ergibt sich daraus ein jährlicher Bedarf von rund 80 Millionen Euro. Tatsächlich stellt das Land aber seit Jahren nur etwa die Hälfte dieser Summe zur Verfügung.

14. Sehen Sie die Gegenfinanzierung für die zusätzlichen Aufgaben und Stellen (z.B. Patientenfürsprecher, Qualitätsbeauftragte, Stationsapotheker) gesichert bzw. wie bewerten Sie diese?

Mit Sorge sehen wir die steigenden Kosten, die mit den neuen Regelungen einhergehen. Auch wenn den Krankenhäusern keine völlig neuen Pflichten auferlegt werden, entsteht ein zusätzlicher Aufwand, den sie im Rahmen ihres Versorgungsauftrags leisten müssen.

Zu den Mehrkosten zählen unter anderem Ausgaben für die Leitung des Krankenhausalarms, die Beschäftigung von Stationsapothekerinnen und -apothekern, die Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten sowie für die Bestellung und Unterstützung von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern. Für ein

Krankenhaus mittlerer Größe summieren sich diese Ausgaben auf rund 200.000 Euro pro Jahr.

Doch wer soll diese Kosten tragen? Wir fordern daher mit Nachdruck, Lösungen zu finden, um zu verhindern, dass diese finanziellen Belastungen auf Patientinnen und Patienten – insbesondere ältere Menschen – abgewälzt werden. Die Krankenhäuser benötigen dringend finanzielle Anreize und Unterstützung vom Bund, um die geplanten Maßnahmen schnell und wirksam umsetzen zu können.

Datenverarbeitung, Digitalisierung und Bürokratieabbau

- 15. Wie wird sichergestellt, dass die durch das Gesetz angestrebte Digitalisierung tatsächlich wird, um sektorenübergreifende Versorgung und Versorgungssteuerung zu verbessern – etwa durch einheitliche IT-Schnittstellen, Datenstandards oder telemedizinische Infrastruktur?*

Die im Gesetz vorgesehene Digitalisierung ist bisher unzureichend geregelt – vor allem bei IT-Schnittstellen, einheitlichen Datenstandards und der telemedizinischen Infrastruktur. Damit die Digitalisierung wirklich funktioniert, braucht es klare Vorgaben für die Zusammenarbeit der Krankenhaus-Systeme, eine zentrale Steuerung durch das Land und eine langfristige Finanzierung.

- 16. Wie beurteilen Sie die im Gesetz vorgesehenen Regelungen zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten im Hinblick auf Datenschutz, Patientenschutz und Zweckbindung?*

Die vorgesehenen Regeln zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten sind klar formuliert. Der Patient hat davon aber keine Kenntnis. Deshalb hat er auch wenig Einflussmöglichkeiten zur Einhaltung dieser Vorgaben bzw. deren Überprüfung. Wird er über die Notfallversorgung eingeliefert, hat er oftmals wenig Kenntnisse über den Inhalt unterschriebener Dokumente.

- 17. Welche praktischen Folgen erwarten Sie von den im Entwurf enthaltenen Melde- und Nachweispflichten für die Krankenhausverwaltungen?*

Melde- und Nachweispflichten sind grundsätzlich sinnvoll, weil sie helfen, die Versorgung besser zu planen und die Qualität zu sichern. Für die Krankenhausverwaltungen bedeuten sie aber auch einen hohen Aufwand – besonders für kleinere Krankenhäuser und Einrichtungen im ländlichen Raum.

- 18. Führt der Gesetzentwurf tatsächlich zu einem Bürokratieabbau bei den Krankenhäusern?*

Der neue Gesetzentwurf wird voraussichtlich nicht zu weniger Bürokratie führen. Im Gegenteil: Viele Krankenhäuser müssen mit spürbar mehr Aufwand rechnen – vor allem bei der Dokumentation, bei Meldepflichten und beim Ausbau der digitalen Infrastruktur.

Versorgungsaspekte

19. Müsste im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung in die künftige Krankenhausplanung auch die ambulante Bedarfsplanung miteingeplant werden?

Eine moderne Krankenhausplanung muss auch die ambulante Versorgung mitdenken, um eine gute, bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung über alle Bereiche hinweg zu ermöglichen. Die bisherige strikte Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung passt nicht mehr zu den tatsächlichen Bedürfnissen – vor allem nicht im ländlichen Raum. Hier bietet sich im ländlichen Raum gerade bei kleinen Kliniken unter Einbeziehung weiterer Partner die Entwicklung von Gesundheitszentren an.

20. Welche konkreten Durchsetzungsmechanismen sind vorgesehen, wenn Krankenhäuser der im Gesetz geforderte diskriminierungsfreie und barrierearme Versorgung (§ 29) nicht nachkommen?

§ 29 des Gesetzentwurfs schreibt vor, dass Krankenhäuser die Versorgung barrierearm und frei von Diskriminierung gestalten müssen. Doch ohne klare Möglichkeiten zur Kontrolle und Durchsetzung bleibt diese Vorgabe weitgehend wirkungslos. Damit sie in der Praxis etwas bewirkt, braucht es konkrete Regeln zur Überprüfung, Nachweispflichten und mögliche Sanktionen bei Verstößen. Gerade für ältere Menschen ist dieser Punkt wichtig. Es kann nicht sein, dass Patienten mit Demenz auf dem Flur der Station in der Nähe der Servicepunkte untergebracht werden. Hier sind sinnvolle Lösungen erforderlich, die auch die Einhaltung der Menschenwürde dieser Patienten garantieren. Da ältere Menschen Mehrfacherkrankungen haben, wäre die Vorstellung bei einem Geriater zwingend erforderlich. Auf den Stationen wird in der Regel nur der Akutfall behandelt.

21. Sind die Regelungen zur Notfallversorgung im Entwurf aus Ihrer Sicht geeignet, die Erreichbarkeit und Versorgungsqualität in der Fläche dauerhaft sicherzustellen?

Nein – die Regelungen zur Notfallversorgung im Gesetzentwurf reichen aus heutiger Sicht nicht aus, um eine dauerhaft erreichbare und flächendeckend gute Versorgung sicherzustellen – vor allem nicht im ländlichen Raum. Damit die Notfallversorgung überall gut funktioniert, braucht es klare Vorgaben, abgestufte Angebote je nach Bedarf und eine bessere Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen. Unter Kritik stehen die stundenlangen Wartezeiten in

der Notfallversorgung. Diese entstehen durch Fachkräftemangel auf der Notfallstationen oder in den Stationen der Fachbereiche und fehlende Betten auf den Stationen. In dieser Zeit erfolgt auch keine Versorgung. Auch hier leiden besonders wieder Menschen mit Demenz.

22. Wie realistisch ist aus Ihrer Sicht die flächendeckende Umsetzung der im Entwurf vorgesehenen Stationsapotheker in allen Krankenhäusern?

Die Einführung von Stationsapothekern in allen Krankenhäusern, wie im Gesetzentwurf geplant, ist schwierig umzusetzen. Große Kliniken, die genug Personal und Geld haben, können das wahrscheinlich gut schaffen. Kleine und mittelgroße Krankenhäuser, besonders auf dem Land, können das aber ohne extra Unterstützung kaum schaffen.

Ein kritischer Punkt ist die Versorgung der Patienten mit Medikamenten bei der Entlassung. Der Gesetzgeber bietet die Möglichkeit, ein Rezept für die Versorgung mit den neuen Medikamenten bis 7 Tage auszustellen. Leider erfolgt dies nicht. Die Heliosklinik Schwerin gibt den Bedarf für den Folgetag nach der Entlassung bzw. den darauffolgenden Tag in Form einzelner Tabletten mit. Deshalb muss der Patient sofort am Folgetag seinen Hausarzt aufsuchen. Dies ist aber inzwischen eine Illusion. Die telefonische Erreichbarkeit ist nicht immer gegeben. Ohne Terminabsprache ist eine Konsultation nicht immer möglich. Muss die Apotheke das verordnete Medikament erst beschaffen, geht ein weiterer Tag verloren.

Extremfall: Donnerstag am späten Nachmittag Entlassung mit Medikamenten für zwei Tage. Freitag ist der Hausarzt nicht in der Praxis (Urlaub, krank). Eine Vertretung nicht vorhanden bzw. nicht mehr kurzfristig erreichbar. Am Sonnabend ist keine Sprechstunde. Falls noch eine Mobilitätseinschränkung hinzukommt, wird die Situation nicht besser.

Leistungsbewertung

Bei der Beurteilung der Leistung einer Klinik können die Bewertungen durch Patienten im Netz sehr hilfreich sein. Manche Kliniken schneiden da nicht gut ab. Die Erarbeitung einer Übersicht und Gegenüberstellung wäre durchaus mal eine interessante Aufgabenstellung für Abschlussarbeiten von Studenten der Hochschulen oder Universitäten unseres Landes.