

**Kommissionsdrucksache**

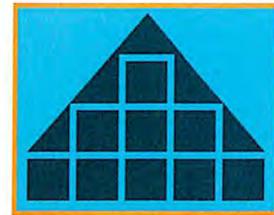
(10.03.2015)

Inhalt

**Stellungnahme**  
**der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.**  
zum  
**Entwurf der Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 1)**  
sowie  
**Appendix: Status quo der Versorgungssituation in MV**  
HGC GesundheitsConsult GmbH  
**hier: K Drs. 6/35**

# Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin



## KGMV

Tel.: 0385 / 4 85 29-0

Fax: 0385 / 4 85 29 29

e-mail: info@kgmv.de

Internet: www.kgmv.de

Bankverbindung:

APO-Bank Schwerin

BLZ: 300 606 01

Konto-Nr.: 62 79 864

BIC: DAAEDEDXXX

IBAN: DE58300606010006279864

EINGEGANGEN am .

04. März 2015

Erl. P. E. 1/43.1/Bf

Enquete-Kommission  
Land Mecklenburg-Vorpommern  
Vorsitzender  
Herrn Jörg Heydorn  
Schloss Schwerin  
Lennèstr. 1  
19053 Schwerin

Ihre Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unsere Zeichen	Datum
		Gg/Kn/0371-01	25.02.2015

### Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“

Sehr geehrter Herr Heydorn, sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt übersende ich Ihnen einige Fragen zur Kommissionsdrucksache 6/35 – Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil I).

Anhand der Fragen wird aus meiner Sicht deutlich, dass in der Grundlagenexpertise Alter und Gesundheit/Pflege (Teil I) sowie dem zugehörigen Anhang durchaus interessante Fragestellungen aufgeworfen sind. Allerdings ist es auch ohnehin deutlich, dass sich der Handlungsdruck in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf Grund der Demografie, der wirtschaftlichen Schwäche des Landes Mecklenburg-Vorpommern und auf Grund der Disproportionalität ein erheblicher Handlungsdruck für die Zukunft ergeben wird.

Die Recherche des Gutachters scheint jedoch nicht an allen Stellen tiefgründig erfolgt zu sein (Beispiel: Geriatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern). Bei Lösungsvorschlägen referiert der Gutachter einerseits die höchst aktuellen Gesetzgebungsinhalte der Bundespolitik als sei diese der Weisheit letzter Schluss und entwickelt andererseits Szenarien, die mit den grundsätzlichen bundespolitischen Gesetzgebungen und Rechtsprechungen nicht vereinbar sind. Insofern wäre es wünschenswert, ausdifferenzierte Handlungsvorschläge zu finden, die sich einerseits auf der Basis der gegenwärtigen Rechtsgebung und Rechtssprechung umsetzen lassen und andererseits Vorschläge ausformuliert vorzufinden, in welchem Rahmen die rechtlichen Regelungen auf Bundes- und Landesebene verändert werden müssen, um konkret zu benennende weitere bzw. andere Schritte einleiten zu können.

Im Übrigen werden genau diese Schritte durch die Verfahrensbeteiligten im Landtag, in der Regierung und in den Organen der Selbstverwaltung seit 25 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern kontinuierlich gemeinsam und zielorientiert verfolgt. Dieser Prozess wird sich nach meiner persönlichen Einschätzung auch weiter fortsetzen. Insofern mag das Gutachten ebenso wie ähnliche Verlautbarungen von Persönlichkeiten und Institutionen dazu dienen, den vorgenannten Verantwortungsträgern einmal mehr zu signalisieren, dass die Situation ernst ist und einer ständigen kooperativen Zusammenarbeit aller Verantwortungsträger bedarf, um auch künftig unsere Bevölkerung bestmöglich medizinisch und pflegerisch versorgen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

  
Wolfgang Gagzow  
Geschäftsführer

Anlage

## **Grundlagenexpertise Alter und Gesundheit/Pflege**

HGC Gesundheitsconsult GmbH

Fragenkatalog

Seite 1 / 2

Geringes regionales Spezialisierungs- und Rationalisierungspotential:

Wodurch wird das bewiesen? Gegenbeweis: Karlsburg

Abwandernde Budgets in andere Bundesländer

Wodurch wird das bewiesen? MAGS-Statistik: Wanderungssaldo = neutral

Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs durch Akademisierung ist nicht zu erkennen.

Wie wird der Widerspruch zu an anderer Stelle geforderten Substitution ärztlichen Handels erklärt?

Seite 3

Es wird die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung gefordert:

Wie ist diese Forderung im Hinblick auf die Bundesgesetzgebung (SGB V KHG) realisierbar?

Es wird die Umsetzung dieser Konzeption mittels ökonomischer Instrumente der Landesregierung unterstellt:

Sind diese ökonomischen Instrumente quantitativ bezifferbar?

Seite 4

Es wird die Einfügung der Rehakliniken in die medizinische Versorgung gefordert. Da die Rehabilitationsmedizin eine medizinische Versorgung darstellt, erhebt sich die Frage nach der korrekten Bewertung der Ausgangslage.

Die Funktion einer Leitinstitution der Hochschulen beim Aufbau einer geriatrischen Versorgung erklärt sich nicht von selbst und wird auch durch die auf Seite 20 unter Ziffer 3.10 zu findenden Ausführung nicht erhellt.

Wie genau soll das also passieren?

Seite 17

Hier wird dargestellt, dass es zwischen den Jahren 2003 und 2012 in MV keinen vollständigen Marktaustritt eines Krankenhauses gab.

Verbirgt sich hinter dieser statistisch zutreffenden Feststellung eine inhaltliche Aussage?

Hat der Gutachter eine Erklärung für die Feststellung, dass geringer ausgelastete Kliniken weniger von Insolvenz bedroht sind?

Es wird in verschiedener Hinsicht ein Vergleich zwischen der Bundes- und Landesebene vorgenommen. Hinsichtlich der durchschnittlichen Bettenauslastung fehlt dieser Vergleich.

Warum haben die Gutachter hierauf verzichtet?

Ebenfalls verzichtet der Gutachter auf einen Vergleich zwischen Bund und Land bei der Trägerpluralität zwischen öffentlichen freigemeinnützigen und privaten Kliniken.

Weshalb ist das insbesondere in Hinblick auf die vom Gutachter unterschiedlich eingeschätzte Insolvenzgefahr so?

Seite 18

Welche Verbindung zieht der Gutachter zwischen der Feststellung, dass 38,9 % der Krankenhäuser in den alten Bundesländern rote Zahlen schreiben und dass der aktuelle Investitionsstau in allen deutschen Krankenhäusern kumuliert 15 Milliarden Euro beträgt zu der Situation und den Veränderungsbedarfen in Mecklenburg-Vorpommern?

Es wird festgestellt, dass jährlich pauschale Fördermittel in MV in Höhe von 23 Mio. Euro ausgereicht werden.

Ist damit eine Einschätzung verbunden, ob diese Mittel in dieser Höhe angemessen sind?

Krankenhäuser verlieren verstärkt Fallvolumen, haben zunehmend Auslastungsprobleme:

Aus welcher Statistik wird das abgeleitet? Statistiken des MAGS, der Krankenkassen und der KGMV belegen das Gegenteil.

Es werden 4 Einrichtungen der Maximalversorgung erwähnt. Woraus leitet der Gutachter die Einstufung in Einrichtungen der Maximalversorgung ab?

Seite 19

Es wird festgestellt, dass MV über eine erhebliche Anzahl rehabilitativer Versorgungseinrichtungen verfügt.

Wird hieraus eine Schlussfolgerung abgeleitet?

Seite 20

Eine rechtlich verbindliche Definition, welcher Patient subjekt geriatrischer Versorgung sei, wird vermisst.

Hat sich der Gutachter mit dem Geriatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern und dem DRG-Katalog (K 43 b und K 44 z) auseinandergesetzt?

Seite 19/20

Der Gutachter erwähnt verschiedene Modelle integrierter Versorgungsstrukturen u. a. auch aus dem internationalen Bereich.

Ist dem Gutachter, der hier für Mecklenburg-Vorpommern tätig ist, das in Mecklenburg-Vorpommern beheimatete Netz der Pomerania bekannt?

Seite 23

Der Gutachter erwähnt unterschiedliche Hilfsfristen im Rettungsdienst. Diese Fakten sind allgemein bekannt.

Leitet der Gutachter hieraus Handlungsbedarfe für Mecklenburg-Vorpommern ab?

Seite 26

Der Gutachter erwähnt u. a. Eckpunkte zur Krankenhausreform, die z. Z. (Anfang 2015) diskutiert werden. Hierzu führt der Gutachter aus, dass Mittel eingesetzt werden würden: „Für einen als notwendig erkannten Transformationsprozess von medizinischen Versorgungsstrukturen“. Der Gutachter lässt offen, ob er an dieser Stelle lediglich zitiert oder ob er selbst die vorgenannten Punkte als notwendig ansieht bzw. ob er eine Bewertung hierzu abgeben möchte.

Wie stellt sich der Gutachter die „Umwandlung kleinerer Krankenhäuser in lokale Versorgungsangebote“ an einem konkreten Beispiel vor?

Seite 35

Es wird behauptet, dass den relativ kleinen stationären Einheiten eine Wirtschaftlichkeit nicht möglich ist.

Woher nimmt der Gutachter diese pauschalierte Aussage?

Auf Seite 17/18 a attestiert der Gutachter den privaten Kliniken, die im Bundesdurchschnitt kleiner sind, eine geringere Insolvenzgefahr.

Seite 40

Es wird für einen Fonds plädiert, der Personen unterstützen soll, die in besser versorgte Orte umsiedeln wollen.

Wie schätzt der Gutachter die Höhe dieses Fonds und die Finanzierungsquelle ein?

Welche Empfehlung gibt der Gutachter für die Behandlung der verbleibenden Bürger, die nicht „aus eigenen Stücken ihr Haus aufgeben wollen“?

Seite 41

In MV gibt es nach Aussage des Gutachters ein Überangebot an stationären Einrichtungen.

Woraus leitet der Gutachter diese Erkenntnis ab? Wird eine Relation zum übrigen Bundesgebiet in Betracht gezogen?

Die derzeitige sektoral ausgerichtete Planung für ambulante und stationäre Leistungen sollte „in eine integrierte Versorgungsplanung“ überführt werden.

Sind hierfür nach einer Einschätzung des Gutachters bundesweite Gesetze ausreichend oder zu verändern? Wie schätzt der Gutachter die Möglichkeiten der Akteure in MV ein, Bundesgesetze zu ändern?

Seite 42

Der Gutachter benennt die Paragraphen 115 und 116 b SGB V als erste Schritte zu einer Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen.

Sind dem Gutachter weitere einschlägige Paragraphen bekannt? (§§ 95; 115a; 115b; 116; 116a; 117; 118; 119; 140a; 140b etc!)

Wie schätzt der Gutachter die Realisierung seiner Ideen auf Grund der Enge der vorgegebenen Paragraphen ein?

Nach Auffassung des Gutachters sollen zwei bis drei Zentren der Hochleistungsmedizin, 10 bis 14 Krankenhäuser mittlerer Größe und bis zu 30 kleine Krankenhäuser/Gemeindegesundheitszentren (GGZ) entstehen.

Wie erklärt der Gutachter den Mehrbedarf an Krankenhäusern gegenüber den jetzigen 37 Kliniken.

Wie stellt sich der Gutachter ein Gemeindegesundheitszentrum im Rahmen der Krankenhausplanung vor?

1. Anmerkung: Im Vortrag relativierte der Gutachter die Anzahl der GGZ auf ca. 20. Eine Präzisierung, ob es sich dabei um bettenführende Fachbereiche handelt blieb der Gutachter schuldig. Welche Bundesgesetze sind durch wen und auf welche Weise zu ändern, um dieses Ziel zu erreichen?
2. Anmerkung: Die Provokation einer öffentlichen Diskussion, anstelle der jetzigen 37 Krankenhäuser künftig 3 + 14 KHer und 20 nicht näher bezeichnete und rechtlich fragwürdige GGZ zu thematisieren, ist angesichts der damit hervorgerufenen Sorge der Bürger und Mitarbeiter im Bereich der 20 kleineren KHer in MV verantwortungslos.

Seite 43

Der Gutachter fordert, dass in den bestehenden kleinen Krankenhäusern die umfassende Versorgung mit allen ambulanten und stationären Leistungen erfolgen soll.

Welche Auffassung verbirgt sich hinter der Forderung nach „allen ambulanten und stationären Leistungen“?

Seite 44

Der Gutachter schlägt vor, in den beiden Lupenregionen je ein GGZ/Kleinkrankenhaus für einige Jahre zu betreiben. Welche Umstrukturierungen vorhandener Kapazitäten sind hierfür nötig und was geschieht mit den jeweiligen Immobilien und den Mitarbeitern nach „einigen Jahren“?

Seite 45

Der Gutachter erwähnt eine „vertraglich abgesicherte Kooperation mit den in der Region vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen“. Bedauerlicherweise vermeidet es der Gutachter konkrete Vorschläge für die Aufgabenteilung zwischen Krankenhäusern, GGZ und Rehabilitationseinrichtungen aufzuzeigen.

Seite 45/46

Es ist bemerkenswert, dass der Gutachter auf Seite 45 den Kommunalen Gebietskörperschaften weitgehend inhaltliche fachliche und personelle Kompetenzen abspricht, auf Seite 46 jedoch feststellt, dass die Gebietskörperschaft zur Behebung eventueller Defizite aufgerufen ist und letztendlich Eigenbetriebe gründen soll.

Der Gutachter erwähnt auf Seite 46 das in oder an kleineren Krankenhäusern GGZ eingerichtet werden, die einen „umfassenden ambulanten Versorgungsansatz verfolgen“. Abgesehen von der hierfür zu ändernden Bundesgesetzgebung wäre das ein aus Sicht der Krankenhäuser sinnvoller Weg, der eine enge Zusammenarbeit insbesondere mit der Kassenärztlichen Vereinigung erfordert. Es wäre hilfreich, vom Gutachter zu erfahren, ob seine im Übrigen sehr indifferent erwähnten GGZ ebenfalls als Andockstationen an Krankenhäusern (soweit jeweils vorhanden) gedacht sind. Ferner wäre interessant zu erfahren, ob diese GGZ auch als Andockstationen an Rehabilitationskliniken (siehe u. a. Seite 45) gedacht sein sollen.

Seite 47

Der Gutachter erwähnt für den Einzelfall Sicherstellungszuschläge, um eine Wirtschaftlichkeit der „Hybride“ zu garantieren. Interessant wäre zu erfahren, wer für diese Mischeinrichtungen Sicherstellungszuschläge leisten soll.

Wie differenziert der Gutachter zwischen einer Regelbetriebszeit (mit werktäglicher Öffnung von 8 – 20 Uhr) und einer Notfallversorgung mit (täglicher Präsenz von 24 Stunden)?

Welche Funktionen haben dem Gutachter zufolge tagesklinische Betten, da die Tageskliniken sich ja, wie es bereits ihr Name andeutet, auf die Behandlung von Patienten ohne Übernachtungen fokussieren?

Seite 48

Der Gutachter stellt wiederholt dar, dass sich die Krankenhausstrukturen radikal ändern sollten. Er schreibt u. a. wiederholt von Gemeinde Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäusern. Es ist interessant zu erfahren, ob der Gutachter davon ausgeht, dass dieses auf der Basis der gültigen Bundesgesetze möglich ist.

Seite 55 bis 61

Der Gutachter erwähnt hier innovative Versorgungsmodelle. Es stellt sich die Frage, weshalb der Gutachter Krankenhäuser hier nicht erwähnt. Sind diese bereits ausreichend innovativ oder aber ist Ihnen eine Innovation nicht zuzutrauen.

Seite 62 bis 64

Der Gutachter schreibt über geriatrische Versorgung und fokussiert hierbei auf den richtigen Grundsatz Rehabilitation vor Pflege. Ist dem Gutachter die auch notwendige und mögliche akutmedizinische geriatrische Versorgung bekannt? Kennt der Gutachter den Geriatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit einer sehr ausgefeilten Darstellung der Ist-Situation und der Handlungsbedarfe in unserem Bundesland? Unter der Überschrift „Geriatrische Versorgung“ erwähnt der Gutachter die Versorgung von Demenzpatienten. Sieht der Gutachter Demenz als Unterform der Geriatrie an?

Seite 64

Der Gutachter erwähnt die Notaufnahme eines Gemeindegesundheitszentrums. Wohin werden Patienten in dieser Notaufnahme eines GGZ aufgenommen? Da das Krankenhaus mit dem Wort „oder“ hiervon getrennt erwähnt wurde, wird das GGZ wohl keine bettenführende Abteilung haben.

Seite 69

Der Gutachter spricht von wettbewerbsverzerrenden Beihilfen. Es wäre sicher interessant zu erfahren, was der Gutachter in dem Zusammenhang des Umbaus stationärer Einrichtungen hiermit meint.

Seite 70

Der Gutachter meint, Mecklenburg-Vorpommern sollte von internationalen Ansätzen lernen. Ist dem Gutachter bewusst, dass international höchst unterschiedliche und in jedem Fall anders gelagerte Finanzierungsmodelle und rechtliche Rahmenbedingungen als in Deutschland herrschen?

Seite 71

Der Gutachter fordert eine integrierte Gesundheitsplanung auf Ebene der Landkreise in Form der Installation eines „Runden Tisches Gesundheit“ mit der Konsequenz, dass die Gemeinden und Landkreise „verbindlich und rechtswirksam“ die gesundheitliche Versorgung übernehmen und sichern. Schlägt der Gutachter hierfür irgendwelche Änderungen der gesetzlichen Normen vor?

Seite 72

Wie stellt sich der Gutachter die „Einsparteilung“ auf der Basis von Selektivverträgen zur dauerhaften Sicherung der medizinischen Versorgung vor?

Seite 73

Der Gutachter spricht von einer gesundheitswirtschaftlichen Nachnutzung nicht mehr benötigter Krankenhausimmobilien. Gibt es hierfür konkrete Vorschläge? Könnte das Land möglicher Weise auch auf Rückzahlung von Fördermitteln verzichten, wenn das Krankenhaus nach seiner Nutzung als Krankenhaus nicht mehr für einen gesundheitswirtschaftlichen Zweck benötigt würde? Sieht der Gutachter für die von ihm geforderten Managementgesellschaften, die die Versorgungs- und Investitionsentscheidungen in den Kreisen tragen sollen, eine etwaige landesweite Aufsicht? Welche planerischen Sicherheiten haben Ärzte und Krankenhäuser bei geforderten selektivvertraglichen Regelungen, die eine Investition in personelle und sachliche Infrastruktur rechtfertigen?

Seite 74

Wer soll das aktive CASE- und CARE-Management, einschließlich aufsuchender Betreuungskonzepte, verbindlich dauerhaft gesichert vorhalten? Wie wird die gute Erreichbarkeit von Pflegestützpunkten für die Bewohner gesichert?

## **Anhang:**

Seite 10

Der Gutachter behauptet, Mecklenburg-Vorpommern verfüge im Verhältnis zur Bevölkerung über 2- bis 3-fach so viele Betten wie die übrigen Bundesländer zur Krankenhausversorgung. Hierbei werden die Versorgungsbetten mit 210 Betten/100.000 Einwohner im Bundesgebiet angegeben. Nach der Statistik, die der Krankenhausgesellschaft zur Verfügung steht, verfügt auch das gesamte Bundesgebiet über eine Bettendichte von über 600 Betten/100.000 Einwohner. Es wäre interessant, die statistische Quelle des Gutachters zu erfahren.

Seite 11

Der Gutachter stellt fest, dass Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern eine im Bundesvergleich hohe Fallzahl im Verhältnis zum medizinischen Personal zu verzeichnen haben. Unterschwellig wird ein Mangel an qualifiziertem Personal unterstellt. Ein kurzer Blick auf die Vergütungen der Krankenhäuser zeigt, dass sich aufgrund bundeszentraler Gesetzgebung auch hier Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern am unteren Ende der Tabelle befinden, so dass durchaus auch der realistische Schluss gezogen werden kann, dass es in diesen beiden Ländern den Krankenhäusern an der finanziellen Basis zur Einstellung genügenden Fachpersonals fehlt.

Seite 18

Der Gutachter erwähnt hier innovative Versorgungsstrukturen und dort insbesondere IV-Verträge. Leider bleibt eine kritische Bestandsaufnahme der IV-Verträge aus. Eine

medizinische Erfolgsbewertung wäre sehr sinnvoll gewesen, um nicht in die Gefahr zu geraten, ökonomisch motivierte IV-Verträge als auch medizinisch notwendig darzustellen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit den Fragestellungen wurden einige, der aus meiner Sicht im Gutachten offen gebliebenen Punkte, angesprochen. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass durchaus die eine oder andere Anregungen aus dem Gutachten die Gedanken der Verantwortungsträger und –entscheider befruchten kann. Es ist jedoch festzustellen, dass in Mecklenburg-Vorpommern die Verantwortungsträger und –entscheider in der Politik und den Organen der Selbstverwaltung mit großer Umsicht und mit viele Mut mit den vorhandenen Ressourcen und auf der Basis der vorgegebenen Gesetzeslage ein Optimum an medizinischer Versorgung gesichert haben. Allein die jüngste Rechtsprechung zu notwendigen Auswahlentscheidungen bei der Erteilung von Versorgungsaufträgen in der stationär-medizinischen Versorgung belegen, dass die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Deutschland sehr stringent vorgegeben sind und hierüber auf Landesebene nicht disponiert werden kann. Auch Gutachten oder andere persönliche Einschätzungen ändern hieran nichts. Es wird vernünftiger Weise auch weiterhin eine Politik der kleinen Schritte geben müssen, um mit vorhandenen Ressourcen und auf der Basis der vorgegebenen Gesetze und Rechtsprechungsergebnisse die ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Interesse der Bevölkerung mit Augenmaß und Verantwortungsbewusstsein weiter zu entwickeln.

Schwerin, den 25.02.2015

  
Gagzow  
Geschäftsführer