

Begründung:

Auf die Begründung der GfE im anliegenden Antrag wird verwiesen.

Stellungnahme der Verwaltung:

Im Klinikverbund werden schon seit Jahren verschiedene Leistungen nur an einzelnen oder einigen Standorten erbracht, so werden Schlaganfallpatienten ausschließlich in Emden und Patienten mit einem Herzinfarkt ausschließlich in Aurich behandelt.

Psychiatrische Abteilungen gab es immer nur in Norden und Emden. Selbst im Bereich der Geburtshilfe und der Kinderstation waren nur Angebote in Emden und Aurich etabliert. Da es sich bei den Kliniken in Emden, Aurich und Norden um Kliniken mit einer erweiterten Grundversorgung handelt, waren auch in der Vergangenheit bei speziellen Erkrankungen und komplexeren Eingriffen sogar deutlich weitere Fahrstrecken notwendig, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Auch in diesen Fällen gab und gibt es **seitens der Kommunen** keinerlei finanzielle Erstattung von Fahr- und Wegekosten.

Das Standortentwicklungskonzept folgt mit seinen Entscheidungen dem Gebot der Zentrenbildung, welche vor dem Hintergrund der medizinischen Notwendigkeiten und dem bereits bestehenden Fachkräftemangel auch unabhängig von der Planung einer Zentralklinik zwingend notwendig und geboten ist. Selbst die antragsstellende Fraktion hat diesen Weg in der Vergangenheit als mögliche Alternative zum Zentralklinikum gefordert und unterstützt.

Die Übernahme von Fahrtkosten durch die Krankenkassen regelt sich grundsätzlich nach § 60 SGB V. Eine Nachfrage bei der Krankenkasse hat folgendes ergeben:

Fahrten zur ambulanten Behandlung ins Krankenhaus

Fahrten zu einer ambulanten Behandlung dürfen die Krankenkassen nur in besonderen Ausnahmefällen übernehmen:

- Bei Fahrten zu ambulanten Behandlungen mit einem vorgegebenen Therapieschema, welches mit einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum verbunden ist und in denen die Beförderung des Versicherten zur Vermeidung von körperlichen Schäden unerlässlich ist. Nach Rücksprache mit der Krankenkasse ist dies der Fall bei
 - Dialysebehandlungen
 - Chemotherapie und
 - Strahlentherapie
- Wenn der Versicherte einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (Blindheit) oder "H" (Hilflosigkeit) besitzt oder
- eine Einstufung in den Pflegegrad 3 (bei gleichzeitigem Vorliegen einer dauerhaften Beeinträchtigung der Mobilität), 4 oder 5 nachweisen kann.

Ergänzend gibt es noch die Regelung für Versicherte, die keins der o.g. Merkzeichen sowie keine Einstufung in den Pflegegrad 3 mit vorliegender dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, 4 oder 5 besitzen, jedoch vergleichbar in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen. Diese Personen haben ebenfalls einen Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten.

Grundsätzlich gilt, dass Versicherte 10 Prozent des Fahrpreises, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Fahrt, jedoch nie mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten als gesetzliche Zuzahlung selbst zu tragen haben.

In allen anderen Fällen muss der Versicherte selbst um den Transport kümmern.

Die vorgenannten Regelungen gelten für alle ambulanten Behandlungen, also nicht nur Behandlungen während der Schwangerschaft.

Abschließend muss zunächst die Frage gestellt werden, welche notwendigen ambulanten Behandlungen in der Schwangerschaft im Krankenhaus durchgeführt werden müssen. Viele Untersuchungen können auch die in Emden niedergelassenen Gynäkologen durchführen, so dass hier keine Fahrtkosten nach Aurich anfallen würden. Sofern der Gynäkologe in solchen Fällen oder für notwendige Behandlungen im Krankenhaus einen Beförderungsschein ausstellt, fallen auch für die Termine – mit Ausnahme der Zuzahlung – keine Kosten an.

Fahrten zur stationären Aufnahme zwecks Entbindung

Für Fahrten zur stationären Aufnahme können die Kosten für die Fahrt zum Krankenhaus übernommen werden, wenn der behandelnde Gynäkologe einen Beförderungsschein ausgestellt hat. Auch hier wird dann nur die Zuzahlung fällig. Diese Thematik sollten die Schwangeren mit ihren Gynäkologen besprechen.

Für Leistungsberechtigte nach dem SGB II oder XII sind Beträge für Zuzahlungen in den Regelbedarfen einkalkuliert (für Haushaltsvorstand in der Abteilung Gesundheitspflege ca. 16 Euro).

Vor diesem Hintergrund und dem Gebot einer Gleichbehandlung von alle Patienten in den regionalen Krankenhäusern, empfiehlt die Verwaltung, dem Antrag der GfE nicht zuzustimmen.

Auswirkungen auf den Demografieprozess:

Die Vorlage hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf den Demografieprozess.