

Sicherstellungsauftrag und Qualität vor Wettbewerb und Kliniksterben!

Aus Sicht der bayerischen Landkreise steht fest:
Die Vorhaltung bedarfsgerechter Krankenhäuser in der Fläche
kann nicht allein dem Wettbewerb überlassen bleiben!

In Fortführung der bereits 2013 von den Kommunen formulierten Positionen zur Aufrechterhaltung der akutstationären Krankenhausversorgung in Bayern erheben die bayerischen Landräte mit Blick auf die anstehenden Beratungen zur Krankenhausreform folgende Forderungen:

1. Die Landkreise in Bayern bekennen sich zu ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Vorhaltung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser. Der Bund und der Freistaat werden aufgerufen, die dazu notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.
2. Die Krankenhausstrukturen müssen weiterentwickelt werden. Dazu ist eine Neuausrichtung der Krankenhausplanung in Verantwortung der Länder notwendig. Eine Übertragung der Planungsverantwortung auf den Bund oder die Krankenkassen wird abgelehnt.
3. An der dualistischen Krankenhausfinanzierung muss festgehalten werden. Sowohl bei der Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen als auch bei der Förderung der Investitionskosten durch die Länder wird eine rein leistungsbezogene Mittelvergabe („pay for performance“) abgelehnt. Sie widerspricht dem allgemeinen Sicherstellungsauftrag.
4. Die Erwartung, notwendige Strukturentwicklungen im Krankensektor über einen Preiswettbewerb sinnvoll gestalten zu können, muss als Irrweg bezeichnet werden. Darunter leiden gerade die im Vergleich zu anderen Krankenhausleistungen in allen Versorgungsstufen unterbewerteten Leistungen der Grund- und Regelversorgung. Die immer häufiger notwendige Quersubventionierung der erforderlichen Vorhaltekosten über höher spezialisierte Leistungen muss überwunden werden. Dazu bedarf es einer Neuausrichtung der Betriebskostenfinanzierung, bei der die Leistungen der Grund- und Regelversorgung aufgewertet werden. Aus diesem Grund werden auch Selektivverträge für bestimmte Krankenhausleistungen abgelehnt.
5. Bei der Finanzierung der Betriebskosten muss die doppelte Degression dauerhaft abgeschafft werden. Der Orientierungswert zur Bemessung des Korridors für die Verhandlungen der Betriebskosten mit den Krankenkassen (Landesbasisfallwert) muss auf krankenhausspezifische Preisentwicklungen ausgerichtet werden. Bis zum Inkrafttreten gesetzlicher Neuregelungen ist der 2013 eingeführte Versorgungszuschlag zur Vermeidung von Finanzierungslücken uneingeschränkt aufrechtzuerhalten.

6. Die angestrebte Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung darf nicht alleinige Aufgabe einzelner Selbstverwaltungspartner sein. Bei der Arbeit des vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragten Instituts ist auf ein Höchstmaß an Neutralität zu achten.
7. Die Krankenhausplanung auf Landesebene muss stärker auf Strukturvorgaben für die notfallmedizinische Versorgung ausgerichtet werden. Die Entwicklung von Verbundlösungen muss von der Planungsbehörde stärker unterstützt werden.
8. Zur Aufrechterhaltung der Grund- und Regelversorgung in der Fläche wird eine detailliertere Definition der in dieser Versorgungsstufe vorzuhaltenden Strukturen in der Krankenhausplanung notwendig sein. Auf diesem Weg sollen – eine Aufwertung dieser Leistungen bei der Betriebskostenfinanzierung vorausgesetzt – Defizitausgleiche und Sicherstellungszuschläge legitimiert werden.
9. Die Landkreise in Bayern bekennen sich grundsätzlich zu der mit dem Freistaat zu gleichen Teilen getragenen Finanzierung der Fördermittel für Krankenhausinvestitionen. Die Förderung ist jedoch weder in ihrer Gesamtsumme noch in ihren Teilbereichen auskömmlich!
10. Der Mittelansatz für die pauschalen Fördermittel muss deutlich erhöht werden, um den immer schnelleren Verbrauch von Anlagegütern besser gerecht zu werden. Daneben muss die Entwicklung bei der Einzelförderung von Krankenhausbaumaßnahmen zu einer Teilförderung rückgängig gemacht werden (insbesondere Abbau von Förderausschlüssen, realistischer Ansatz von Bau- bzw. Bau-Nebenkosten). Weder die Krankenhäuser noch ihre kommunalen Träger können die notwendigen Eigenanteile aus eigener Kraft finanzieren.
11. Zur Stärkung der Forderung nach einer Beibehaltung der dualistischen Krankenhausfinanzierung ist es notwendig, den bisherigen Ansatz in Höhe von 500 Mio. Euro pro Jahr in mehreren Schritten zumindest auf das Niveau von 2003/04 (613 Mio. Euro) anzuheben.
12. Die ambulante Patientenversorgung in Krankenhäusern wird angesichts des demografischen Wandels und des Mangels an niederlassungswilligen Ärzten weiter an Bedeutung gewinnen. Die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Kliniken muss erleichtert werden. Die Vergütung für die ambulante Patientenversorgung, insbesondere die ambulante Notfallversorgung durch die Kliniken selbst ist zu verbessern und mindestens kostendeckend auszugestalten.