



BAYERISCHER LANDKREISTAG

LANDKREISTAG KOMPAKT

MITTEILUNGEN DES BAYERISCHEN LANDKREISTAGS

Ausgabe Nr. 2/2015

Aus dem Inhalt:

Landkreisversammlung
in Bayerisch Eisenstein

Reform der
Gemeindeschlüsselzuweisungen

Bayerischer Landkreistag

Kardinal-Döpfner-Straße 8
80333 München

Telefon +49 (0) 89/286615-0

Telefax +49 (0) 89/282821

info@bay-landkreistag.de
www.bay-landkreistag.de



Editorial

Bis hierher und noch weiter? 3

Landkreisversammlung 2015

Älterwerden im ländlichen Raum 4

Positionspapier des Bayerischen Landkreistags 5

Rede des Präsidenten Christian Bernreiter 8

Welche Strukturen der Altenpflege brauchen wir für eine
älter werdende Bevölkerung im ländlichen Raum?
Dr. Irene Vorholz, Deutscher Landkreistag 20

Leben bis zuletzt - Sterben in Würde
Das Netzwerk Hospiz für den ländlichen Raum
Alois Glück, Präsident des Zentralkomitees deutscher Katholiken 25

Krankenhausfinanzierung und medizinische Versorgung in Stadt und Land
Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser,
GKV-Spitzenverband 29

Zukunft der medizinischen und pflegerischen Versorgung
im ländlichen Raum in Bayern
Staatsministerin Melanie Huml,
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 56

„Das Land richtig aufstellen“
Kommunalpolitiker und -experten zum Inhalt der Tagung 66

Finanzen

Reform der Gemeindeschlüsselzuweisungen 68

Europa

EU-Altersbericht 2015: Bevölkerungsalterung 69

Aus den Landkreisen

Landkreis Cham: Oberösterreichischer Landtagspräsident zu Gast 70

Landkreis Cham: Besuch aus der Oberpfalz in Pilsen 70

Personalien

. 72

Impressum:

Herausgeber:

Bayerischer Landkreistag
Kardinal-Döpfner-Straße 8
80333 München

Telefon (089) 286615-0

Telefax (089) 282821

info@bay-landkreistag.de

www.bay-landkreistag.de

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr. Johann Keller
Geschäftsführendes Präsidialmitglied
des Bayerischen Landkreistags

Herstellung:

Sebastian Weiss OHG
Werftstraße 11
94469 Deggendorf

Bis hierher und noch weiter?

Für rund 8000 Kinder und Jugendliche aus Krisenregionen der Welt war in den ersten sechs Monaten des Jahres Bayern das Ziel ihrer oft gefährlichen und aufreibenden Reise. Monat für Monat steigern sich die Aufgriffe unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge über das bislang vorstellbare Maß hinaus. Die bayerischen Kommunen haben bei dieser Aufgabe ihre Belastbarkeitsgrenze erreicht oder gar überschritten. Angesichts aus allen Nähten platzender Unterkünfte und eines eklatanten Mangels an Betreuungs-Fachkräften liegt da der Gedanke „Bis hierher und nicht weiter“ nahe. Doch die bayerischen Kommunen machen es sich in der Flüchtlingsbetreuung nicht leicht und stehen auch weiter zu ihrer Verantwortung. Aus „Bis hierher und nicht weiter“ wird so ein „Bis hierher und noch weiter“. Darauf müssen wir gefasst sein. Doch weitergehen kann es aus Sicht der Landkreise nur mit einer gerechten Lösung.

Kinder und Jugendliche genießen besonderen Schutz – dieser hehre Grundsatz kostet die Kommunen viel Geld und Aufwand. Umfassendes Clearing und das teils schwer traumatisierte Klientel verlangen fachlich versierte Betreuer vor Ort. Doch der „Markt“ für entsprechendes Fachpersonal ist leergefegt. Wenn es dennoch gelingt, Personal aufzustocken, bedeutet dies für die Kommunen einen satten finanziellen Mehraufwand. Gelingt dies nicht, leiden auch Andere: Denn soziale Fachkräfte, die für die Betreuung jugendlicher Flüchtlinge eingesetzt werden, fehlen womöglich im übrigen Alltagsgeschäft der Jugendämter.

Ungerecht erscheint die aktuelle Situation vor allem, weil die Bundesländer – und auch die Kommunen innerhalb des Freistaats – höchst unterschiedlich stark belastet sind, was unbegleitete minderjährige Flüchtlinge betrifft. Durch seine geografische Lage am Endpunkt der großen Fluchtrouten aus dem Süden und Osten trägt Bayern innerhalb Deutschlands die Hauptlast. Hier sind etwa die Landkreise Passau und Rosenheim an der Spitze, was die Aufgriffszahlen betrifft. Bis vor kurzem standen diese mit dem Problem ziemlich allein da – auf dem Flüchtlingsgipfel im Sozialministerium Mitte Juni wurde jetzt beschlossen, Erstaufnahme-Einrichtungen für minderjährige Flüchtlinge in allen bayerischen Bezirken zu schaffen. Ein erster Schritt des Ausgleichs, aber keine dauerhafte Lösung.

Denn andere deutsche Bundesländer betreuen vergleichsweise wenig unbegleitete Minderjährige. Deshalb



Dr. Johann Keller
Geschäftsführendes Präsidialmitglied
des Bayerischen Landkreistags

fordert der Bayerische Landkreistag: Zwischen den Bundesländern muss realisiert werden, womit sich derzeit die Europäische Union auf Staatenebene noch schwer tut – eine solidarische, quotenmäßige Verteilung der Last. Präsident Christian Bernreiter hat jüngst bei der Präsidiumssitzung des Deutschen Landkreistags seine Kollegen aus den anderen Bundesländern gebeten, aktiv zu werden. Denn darauf, dass aus dem von Bayern in diese Richtung initiierten Gesetzentwurf vielleicht zum 1.1.2016 Realität wird, können wir nicht warten – und unsere Bürger auch nicht.

Der Zustrom an Asylbewerbern – seien es minderjährige oder erwachsene – fordert die bayerischen Landkreise derzeit massiv. Angesichts dessen ist es erfreulich, dass der Freistaat hier in einigen Aspekten Zugeständnisse gemacht hat. Etwa in Sachen Anmietung von Unterbringungsobjekten und Finanzierung der „Kümmerer“ haben wir Erfolge vorzuweisen. Das hat Präsident Christian Bernreiter bei der Landkreisversammlung in Bayerisch Eisenstein hervorgehoben, auf die in dieser Ausgabe zurückgeblickt wird. Jetzt müssen zügig die nächsten Verbesserungen folgen. Nur so können Bayerns Kommunen weiter die Aufgaben, die ihnen der Flüchtlingszustrom stellt, so vortrefflich erfüllen.

Dr. Johann Keller

Älterwerden im ländlichen Raum

Landkreisversammlung in Bayerisch Eisenstein

Eine Gesundheits- und Pflegeversorgung, welche die Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen in der Stadt und auf dem Land mit Leben erfüllt: Über dieses Ziel berieten die bayerischen Landräte bei der Landkreisversammlung des Bayerischen Landkreistags in Bayerisch Eisenstein (Landkreis Regen) und beschlossen ein Forderungspapier (ab Seite 5). Die Tagung stand unter dem Motto „Älterwerden im ländlichen Raum: Anforderungen an Medizin und Pflege“.

Die bayerischen Landkreise fordern ein Mitspracherecht bei der zukünftigen Gesundheits- und Pflegeversorgung im ländlichen Raum. Das Thema stand im Mittelpunkt der zweitägigen Landkreisversammlung des Bayerischen Landkreistags im niederbayerischen Bayerisch Eisenstein (Landkreis Regen). „Gute Gesundheitsversorgung ist ein Standortfaktor, auf den wir nicht verzichten können, wenn unsere Heimat lebenswert bleiben soll“, erklärte der Landkreistagspräsident und Deggendorfer Landrat Christian Bernreiter. Vor über 300 Teilnehmern – Land- und Kreisräte sowie Vertreter der Landespolitik, der Verbände und Akteure des Gesundheitssystems – zog Bernreiter auch eine Bilanz seiner ersten elf Monate als Landkreistagspräsident. Unter dem Motto „Heimat 2030“ will er den ländlichen Raum zukunftsfit machen

und kann bereits einige Erfolge aufweisen. Seine Rede ist auf Seite 8 abgedruckt.

Während der Landkreisversammlung referierten Experten wie der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft Thomas Reumann, Landrat von Reutlingen, zur Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser im ländlichen Raum (Vortrag wird nach Freigabe auf der Homepage des Bayerischen Landkreistags unter Veranstaltungen veröffentlicht). Die Beigeordnete des Deutschen Landkreistags, Dr. Irene Vorholz, erläuterte die Strukturen der Altenpflege für eine älter werdende Bevölkerung (Näheres auf Seite 20). Der frühere Präsident des Bayerischen Landtags Alois Glück stellte das Netzwerk Hospiz für den ländlichen Raum vor und plädierte als Präsident des Zentralkomitees deutscher Katholiken, Leben und Sterben wieder in die Gesellschaft zurückzuholen. Sein Beitrag ist ab Seite 25 abgedruckt. Dr. Wulf-Dietrich Leber erläuterte die Positionen des GKV-Spitzenverbands zur Krankenhausfinanzierung und medizinischen Versorgung in Stadt und Land (ab Seite 29) und Staatsministerin Melanie Huml blickte in die Zukunft der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Bayern (Rede ab Seite 56).

Die Tagung wurde mit einer Podiumsdiskussion abgerundet.



Gastgeber Landrat Michael Adam eröffnet die Landkreisversammlung in Bayerisch Eisenstein.



Anforderungen an Medizin und Pflege: Positionen und Forderungen des Bayerischen Landkreistags

Die älterwerdende Bevölkerung hat im ländlichen Raum trotz der zurückgehenden Einwohnerzahlen den gleichen Anspruch auf gleichwertige Lebensverhältnisse wie in Verdichtungsräumen. Dies schließt neben den allgemeinen Leistungen der Daseinsvorsorge wie der wirtschaftlichen und sozialen Infrastruktur insbesondere die medizinische und pflegerische Versorgung (MPV) mit ein. Wie sieht diese Versorgung nach Möglichkeit aus? Welche Anforderungen müssen in den verschiedenen Dimensionen (Struktur- und Angebotsplanung, Beratung und Betreuung, Leistungsbereitstellung, Finanzierung) erfüllt sein?

Aus der Perspektive der bayerischen Landkreise sollte das anzustrebende Zukunftsszenario in etwa folgendermaßen aussehen:

Aufgrund der Komplexität des MPV-Systems kommt der regionalen Planung und Koordinierung der Versorgungsstrukturen und Leistungsangebote eine große Bedeutung zu. Diese wird von regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen geleistet, an denen alle relevanten Akteure des MPV-Systems aktiv mitwirken. Im Mittelpunkt stehen die laufende Fortschreibung und Koordinierung der verschiedenen Bedarfsplanungen für den niedergelassenen ärztlichen und akutstationären Bereich ebenso wie des umfassenden seniorenpolitischen Gesamtkonzepts. Besonderes Gewicht hat bei diesen Planungen auf Regions- oder Landkreisebene die Einbindung der kreisangehörigen Gemeinden wie auch der Bürger. Die unmittelbare Bürgerbeteiligung sichert das vorhandene Innovationspotential, stärkt das ehrenamtliche Engagement und schafft Akzeptanz für Entscheidungen.

Landkreise als Knotenpunkte der Gesundheitsversorgung

Ausfluss der Planungsverantwortung ist das Mitspracherecht des Landkreises bei Zulassungs-, Niederlassungs- und Strukturentscheidungen anderer Aufgabenträger, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gleichzeitig sind die Beratungsdienste (Pflegestützpunkt) und Notrufe (Integrierte Leitstelle) verschiedener Träger über den Landkreis vernetzt, um hilfebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen jederzeit die notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen und bei

der Entscheidungsfindung unterstützen zu können.

Die umfassende Planung berücksichtigt neben dem Abgleich von Bedarf und Angebot im MPV-System auch den Auf- und Ausbau der notwendigen seniorengerechten Infrastruktur, stößt sozial-medizinische Innovationen an und aktiviert Entlastungs- und Betreuungsleistungen.

Die medizinische Versorgung baut auf dem Hausarztssystem auf. In jeder kreisangehörigen Gemeinde mit mehr als 3.000 Einwohnern gibt es mindestens einen Hausarzt. Dieser erfüllt gegenüber älteren Menschen auch eine wichtige Lotsenfunktion im MPV-System und ist daher in die Beratungsstrukturen auf Kreisebene eingebunden. Die allgemeinen, insbesondere aber die spezialisierten Fachärzte finden sich im ländlichen Raum nur noch an Krankenhäusern sowie an weiteren Gesundheitszentren oder Medizinischen Versorgungszentren. Gegebenenfalls längere Wege für Patienten werden über Mobilitätshilfen ausgeglichen.

Erste Anlaufstellen für akutstationäre Behandlungen und Ankerpunkte für das gesamte MPV-System im ländlichen Raum sind die Krankenhäuser der Grundversorgung. Sie halten insbesondere die notfallmedizinische ambulante und stationäre Erstversorgung vor und sind mit den Krankenhäusern der weiteren Versorgungsstufen telemedizinisch sowie über die Rettungsleitstellen und -dienste vernetzt. Über Bereitschaftsdienstpraxen, Notfallambulanzen bzw. zentrale Notaufnahmen werden Notfälle unabhängig von Sektorengrenzen dem Versorgungssystem zugeführt.

Regionale Krankenhausverbände ermöglichen die Stufung der bedarfsnotwendigen Häuser, angefangen von regionalen Gesundheits- und Pflegezentren über Grundversorgungshäuser bis hin zu Häusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung.

Rahmenbedingungen für das Älterwerden in der Heimat schaffen

Für ältere Patienten werden schon während des Krankenhausaufenthalts spezifische Leistungen der Altersmedizin und Akutgeriatrie angeboten, um sie mit einem Höchstmaß an Selbständigkeit entlassen zu können. Ein

engmaschiges Entlassungsmanagement und eine intersektorale Überleitungspflege stellen sicher, dass ältere Patienten vom Hausarzt begleitet die notwendigen Unterstützungs- und Pflegeleistungen erhalten. Kommunal getragene Pflegestützpunkte beraten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen mit dem Ziel, aus dem breiten vor Ort verfügbaren Spektrum von niedrighschwelligem Betreuungsleistungen, ambulanten Pflegediensten bis hin zu stationären Pflegeeinrichtungen das im Einzelfall sinnvolle Angebot abzurufen.

Über das seniorenpolitische Gesamtkonzept sind die notwendigen Maßnahmen zur Gestaltung seniorengerechter Lebensbedingungen in den kreisangehörigen Gemeinden entwickelt und abgestimmt, um den älteren Menschen ein möglichst langes Wohnen im Alter zuhause zu ermöglichen. Das dazu notwendige breite Angebot an professionellen Pflegediensten wird ergänzt durch ehrenamtliche Strukturen und qualifizierte Betreuungsdienste. Für die letzte Lebensphase stehen allgemeine bzw. spezialisierte Dienste der ambulanten Palliativversorgung sowie ambulante Hospizdienste zur Verfügung. Diese wirken auch in die stationären Pflegeeinrichtungen hinein und ergänzen das System stationärer Palliativ- bzw. Hospizversorgung.

Der Auf- und Ausbau solcher medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen für die älter werdende Bevölkerung im ländlichen Raum wird die Kommunalpolitik über Jahre hinweg beschäftigen. Die Kommunen werden dazu vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung erhebliche eigene Anstrengungen unternehmen müssen. Daneben bedarf es aber auch verschiedener Gesetzesänderungen und finanzieller Ressourcen. Die politischen Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene wie auch die Kranken- und Pflegekassen sowie die übrigen Verbände des Gesundheitswesens werden aufgerufen, folgende Positionen und Forderungen aufzugreifen bzw. mit zu unterstützen:

1. Allgemeines (sektorenübergreifende Positionen und Forderungen)

- Angesichts der steigenden Bedarfe an medizinischer und pflegerischer Unterstützung für die älter werdende Bevölkerung wird es darauf ankommen, einen breiten Angebotsmix zu entwickeln aus Mobilitätshilfen, niedrighschwellig-aufsuchenden, präventiven, ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen.

- Dazu müssen flächendeckend Gesundheits- und Pflegekonferenzen auf Landkreisebene etabliert werden, um sämtliche Sektoren der medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen berücksichtigen und vernetzen zu können.
- Die staatliche Unterstützung des Auf- und Ausbaus „entlastender“ seniorengerechter Strukturen (Nachbarschaftshilfen, Sozialgenossenschaften etc.) muss sowohl die pflegerische als auch die medizinische Versorgung im Blick haben. Die auch insoweit bestehenden rechtlichen, fachlichen und politischen Sektorengrenzen müssen abgebaut werden.
- Echte „innovative“ Versorgungskonzepte werden weiterhin durch bestehende gesetzliche Regelungen und unterschiedlicher Vergütung behindert. Einen echten Innovationsschub bei der Überwindung der Sektorengrenzen könnte beispielsweise der Landesgesetzgeber leisten, indem er über eine Gesetzesänderung die Mitbenutzung von krankenhaushelfördernden Anlagegütern durch niedergelassene Ärzte ermöglichen würde.
- Die Überführung des Medizinischen Dienstes der Kranken- und Pflegeversicherungen auf eine neutrale Prüfinstitution, ggf. bei gleichzeitiger Übertragung der ordnungsrechtlichen Prüfaufgaben nach dem Landesrecht.

2. Positionen und Forderungen zum medizinischen Bereich

- Für die Landkrankenhäuser, die mit dem medizinischen Fortschritt nicht mehr mithalten können, bietet das Konzept „stationär gestützter regionaler Gesundheits- und Pflegezentren“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) eine sinnvolle Weiterentwicklungsmöglichkeit zu den bereits bestehenden Möglichkeiten der Nachnutzung (z.B. geriatrische Rehabilitation, medizinische Versorgungszentren, Hospiz- und Palliativversorgung, Kurzzeit- und Tages- und Nachtpflege); Bund und Freistaat werden aufgerufen, diese strukturelle Weiterentwicklung planerisch und finanziell zu unterstützen.
- Um die Flächenversorgung mit akutstationären Krankenhauskapazitäten aufrecht erhalten zu können, muss die Errichtung von Krankenhausverbün-



den wettbewerbsrechtlich erleichtert werden. Dazu ist der Zusammenschluss kommunaler Krankenhäuser von der kartellrechtlichen Beurteilung nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen auszunehmen (neuer Ausnahmetatbestand im § 36 Abs. 1 GWB).

- Der Aufbau von Krankenhausverbänden muss auch durch die Krankenhausplanung und -finanzierung des Freistaats unterstützt werden. Generell muss die Krankenhausplanung stärker auf die Erfordernisse der älterwerdenden Bevölkerung und die höheren Anforderungen an die notfallmedizinische Versorgung ausgerichtet werden.
- Die Krankenhausinvestitionsförderung muss auf hohem Niveau weitergeführt und mittelfristig noch ausgebaut, aber verfahrensmäßig auch vereinfacht werden. Insbesondere die pauschalen Investitionsfördermittel müssen aufgestockt werden. Bei der Einzelprojektförderung müssen die Übertragbarkeit von Fördermitteln sowie die Möglichkeit der Anpassung der fachlichen Billigung an aktuelle Entwicklungen erleichtert werden.
- Der Bundesgesetzgeber muss die Leistungen der Grundversorgung in der Betriebskostenfinanzierung aufwerten (analog der dringend notwendigen Aufwertung der „sprechenden Medizin“ des Hausarztes gegenüber Leistungen der Apparatediagnostik). Sicherstellungszuschläge dürfen nicht zum Regelfall werden.
- Die Notfallambulanzen an Krankenhäusern und die gemeinsame Errichtung von Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten müssen über eine verbesserte Finanzierung gestärkt werden. Die Vergütung notfallmedizinischer ambulanter Leistungen, die die Krankenhäuser vielfach anstelle niedergelassener Ärzte erbringen müssen, muss deutlich verbessert werden.
- Die ärztliche Aus- und Fortbildung an Krankenhäusern wie in Weiterbildungspraxen im ländlichen Raum muss hinsichtlich der Strukturvorgaben erleichtert und besser finanziert werden.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) wird aufgefordert, ihren Sicherstellungsaufträgen zur ambulanten Versorgung auch im ländlichen Raum nachzukommen. Dort, wo der KVB aufgrund des

Ärztemangels dies aus eigener Kraft nicht möglich ist, muss sie die gesetzlich eingeräumten Möglichkeiten der Unterstützung durch Dritte nutzen (Einbindung von Krankenhäusern bei der notärztlichen Versorgung bei entsprechender Vergütung).

- Bei der Zulassung von Haus- und Fachärzten müssen die Kommunen ein Mitspracherecht erhalten, indem sie als Vertreter des öffentlichen Interesses in die Zulassungsausschüsse nach § 96 SGB V berufen werden.

3. Positionen und Forderungen zum pflegerischen Bereich

- Die Zuständigkeiten für die Pflegeberatung sind bei den Kommunen zu bündeln. In Bayern bedarf es dazu neben der (bundesgesetzlich zu ermöglichenden) vollständigen Übertragung der Pflegestützpunkte auf die kreisfreien Städte und Landkreise unter Einbeziehung der Pflegeberatung der Pflegekassen auch der Einbindung der Angehörigenberatungsstellen.
- Die neutrale und trägerunabhängige Beratung dient auch der Stärkung des weiterhin zu verfolgenden Vorrangs ambulant-niedrigschwelliger und selbstbestimmter Pflegeformen gegenüber der stationären Versorgung.
- Die Verbindlichkeit der Pflegebedarfsplanung im Rahmen der seniorenpolitischen Gesamtkonzepte ist weiterzuentwickeln und zu stärken. Neben finanziellen Anreizen bedarf es dazu auch der Eröffnung negativer Sanktionsmöglichkeiten.
- Die Landkreise entwickeln die seniorenpolitischen Gesamtkonzepte laufend weiter unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten, der Anforderungen im Rahmen von Quartierskonzepten sowie der Unterstützung der Gemeinwesenarbeit in den Gemeinden. Der Auf- und Ausbau von Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie das ehrenamtliche Engagement werden durch Fachkräfte begleitet und gefördert. Im Rahmen der seniorenpolitischen Gesamtkonzepte werden die Initiativen und Projekte auf Gemeinde koordiniert und vernetzt.
- Zur Realisierung des Anspruchs „ambulant vor stationär“ sowie zur Ermöglichung des Wohnens

im Alter zuhause bedarf es weiterer Initiativen zur Bereitstellung von seniorengerechtem und bezahlbarem Wohnraum in den Gemeinden sowie der Aufbau eines flächendeckenden Beratungsangebots zur Wohnungsanpassung.

- Parallel müssen die Angebote der rechtlichen Betreuung weiterentwickelt und mit den übrigen Beratungsangeboten verzahnt werden.
- Die Vorhaltung eigener bedarfsnotwendiger stationärer Pflegeplätze kann für Landkreise die Handlungsspielräume bei der Gestaltung der pflegerischen Versorgungsstrukturen erweitern. Sie können damit insbesondere Bedarfe für ihre Bürger und Gemeinden befriedigen, die nicht vom wettbewerbsorientierten Pflegemarkt abgedeckt werden.
- Die 2007 in Bayern eingestellte staatliche Förderung stationärer Pflegeplätze muss für Umbau- und Sanierungsmaßnahmen reaktiviert werden, sofern diese durch staatliche bindende Vorgaben oder Empfehlungen ausgelöst werden. Die Heimbetreiber können die erheblichen Investitionskosten aufgrund neuer Anforderungen an Raumplanung, Hy-

giene, Brandschutz und Barrierefreiheit ansonsten nur über Investitionszuschläge auf die Heimkosten der Pflegebedürftigen finanzieren. Eine Verpflichtung der Landkreise zur Kofinanzierung der staatlichen Förderung wird abgelehnt. Alternativ könnte die Wohnraumförderung für stationäre Pflegeplätze erhöht werden, um die finanzielle Belastung der Pflegenden abzumildern.

- Parallel müssen Staat und Kommunen die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Pflegeinfrastruktur finanziell und planerisch begleiten und unterstützen.
- Die ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung im ländlichen Raum muss weiter ausgebaut werden. Der auf Bundesebene dazu aktuell eingebrachte Gesetzentwurf bietet vielfältige unterstützenswerte Ansätze. Zur weiteren Verbesserung der Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen wird vorgeschlagen, entsprechende Leistungen zukünftig als Anspruch der Leistungsberechtigten in der sozialen Pflegeversicherung vorzusehen.

Rede des Präsidenten Christian Bernreiter

Ein Überblick über 11 Monate „Heimat 2030“ und Fortschritte in der Asyl-, Sozial- und Finanzpolitik im Sinne der Kommunen

Es gilt das gesprochene Wort!

„**Altwerden ist nichts für Feiglinge.**“ Diesen Spruch kennen Sie bestimmt alle, liebe Kolleginnen und Kollegen und Teilnehmer der diesjährigen Landkreisversammlung.

Demografischer Wandel braucht Mut und Kraft

Es ist ein Spruch, der Zuversicht geben soll angesichts der Tatsache, dass wir alle früher oder später mit den Folgen des Alterns zu tun haben werden. Zuversicht ist auf der persönlichen Ebene wichtig. Wir, die wir die Regionalpolitik in Bayern mitgestalten, dürfen uns vorm Thema Älterwerdende Gesellschaft aber **nicht** drücken. Wir brauchen Mut und Kraft für die Aufgaben, die uns der demografische Wandel stellt. Mut vor allem auch für neue Ideen!

Begrüßung zur diesjährigen Landkreisversammlung „Älterwerden im ländlichen Raum“

Liebe Landrätinnen und Landräte, liebe Mitstreiter aus der Kommunalen Familie, verehrte Ehrengäste, liebe Vertreterinnen und Vertreter der Presse, ich begrüße Sie nochmals herzlich hier in der Regener ArberLandHalle. Unsere diesjährige Landkreisversammlung steht unter dem Motto „**Älterwerden im ländlichen Raum**“.

Vielzahl von Themen: Ärztemangel, Defizite in Krankenhäusern, Palliativversorgung uvm.

Das betrifft eine Vielzahl von Themen, die uns allen täglich als Schlagworte begegnen, die wir zur Genüge kennen. Probleme, gegen die wir täglich ankämpfen: Ärztemangel auf dem Land bei gleichzeitiger Überversorgung in den Ballungsräumen, defizitäre Krankenhäu-



ser, lückenhafte Palliativversorgung und viele mehr.

Experten helfen uns, Rolle der Landkreise zu bestimmen

Heute und morgen werden uns ausgewiesene Experten dabei helfen, die Rolle der Landkreise in diesem riesigen und so wichtigen Politikfeld zu bestimmen.

Gemeinsam wollen wir die brennenden Probleme definieren und Wege aufzeigen, die zu Lösungen für die Landkreise **und** die Bürgerinnen und Bürger führen können!

Anpacken muss das jeder Landkreis natürlich selbst!

Wofür der Landkreistag eintritt: eine Gesundheits- und Pflegeversorgung im ländlichen Raum, die Gleichwertigkeit mit Leben erfüllt – das kostet Mühe und Geld

Am Ende wird ein Papier stehen, das auf den Punkt bringt, wofür der Bayerische Landkreistag eintritt: eine Gesundheits- und Pflegeversorgung im ländlichen Raum, bei der die Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen in der Stadt und auf dem Land mit Leben erfüllt wird. Das kostet Mühe und Geld, liebe Kolleginnen und Kollegen, das wissen Sie genauso gut wie ich. Dazu braucht es aber auch Mut! Mut für neue Ideen, Mut für neue Wege der Zusammenarbeit und des organisatorischen Miteinanders! Ein Verharren in bestehenden Strukturen und der alleinige Ruf nach mehr Geld, ist mit Sicherheit nicht zielführend!

Zur Zukunftsfähigkeit gehört, dass Bürger in ihrer Heimat vor Ort versorgt werden können

Wir alle haben uns zum Ziel gesetzt, unsere bayerische Heimat in den Kommunen zukunftsfähig zu machen. Unsere Bürgerinnen und Bürger wollen in ihrer Heimat gesund werden, wenn sie krank sind, und sie wollen in ihrer Heimat alt werden. Lassen Sie uns gemeinsam Lösungen dafür erarbeiten.

Überblick über Herausforderungen für Landkreise – Zwischenbilanz über Erfolge des Landkreistags

Ich werde nun umreißen, vor welchen Herausforderungen wir auf Landkreisebene bei den Themen Gesundheit und Pflege stehen, und was wir tun können, um sie zu meistern. Darüber hinaus will ich die Landkreisversammlung natürlich auch nutzen, um eine Zwischenbilanz darüber zu ziehen, was wir im Sinne des Ziels,

unsere Heimat, den ländlichen Raum, zukunftsfähig zu machen, in den vergangenen 11 Monaten schon erreicht haben.

Zielvorstellung einer optimalen medizinischen und pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum

Sehr geehrte Damen und Herren, wie sieht die Zielvorstellung einer heimatnahen medizinischen und pflegerischen Versorgung aus? Diese Frage haben wir bayernweit Krankenhausdirektoren und Leiter von Pflege- und Altenheimen der Landkreise gestellt.

Beim Zusammenführen ihrer Antworten haben wir festgestellt: Bayern verfügt über eine Versorgungsinfrastruktur, auf die wir als Landkreise stolz sein können. Zu verbessern gibt es dennoch genug – und hier können die **Landkreise als Knotenpunkte** viel beitragen. Wir müssen die Unterstützung der Bundes- und Landespolitik, der Kranken- und Pflegekassen und den übrigen Verbänden im Gesundheitssystem einfordern. Natürlich müssen einige gesetzliche Weichen neu gestellt werden.

Miteinander der Angebote und Akteure

Im Mittelpunkt der Zielvorstellung, die der Landkreistag im Vorfeld dieser Tagung zusammen mit den Praktikern entwickelt hat, steht ein **Miteinander** - ein Miteinander aus verschiedenen Angeboten im Gesundheits- und Pflegebereich, aber auch ein Miteinander aller Akteure.

Regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen

Flächendeckende regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen halte ich dafür als das beste Mittel, weil sie alle an einen Tisch bringen. Sie stimmen den Bedarf an niedergelassenen Ärzten und im stationären Bereich ab, sie arbeiten an einem umfassenden seniorenpolitischen Gesamtkonzept. Besonders wichtig: In den Konferenzen sind unsere Bürgerinnen und Bürger nicht außen vor.

Landkreise brauchen Mitspracherecht

Weil die Landkreise mit planungsverantwortlich sind, brauchen sie ein **Mitspracherecht bei allen Entscheidungen anderer Aufgabenträger**, die sich auf die Versorgung im ländlichen Raum auswirken. Sprich: Wenn die Kassenärztliche Vereinigung auf dem Papier festlegt, wie viele Allgemeinärzte z.B. im Landkreis Regen benötigt werden, muss die regionale Gesundheits- und Pflegekonferenz gehört werden!- so unsere klare Forderung!

Wenn es nicht klappt vor Ort, kommen die Bürger immer zu uns! Ob formal zuständig oder nicht: Die Landrätinnen und Landräte sind in den Augen unserer Bevölkerung immer mitverantwortlich! Darum müssen wir auch im Vorfeld unsere Stimme erheben können!

Infrastruktur: Abbau von Sektorengrenzen

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der Fläche basiert auf einer möglichst reibungslos ineinandergreifenden Infrastruktur. Ein Beispiel ist die Vernetzung der Beratungsdienste, also der Pflegestützpunkte und Notrufsysteme verschiedener Träger über den Landkreis als Knotenpunkt. Dazu müssen Sektorengrenzen abgebaut werden.

Wenn wir über die Gesundheits- und Pflegeversorgung der Zukunft reden, liebe Landrätinnen und Landräte, sollte ein Grundprinzip bestehen bleiben:

Grundprinzip Hausarzt als Lotse – Fachärzte an Gesundheitszentren und Krankenhäuser ansiedeln

Der Hausarzt ist wie ein Lotse erster Ansprechpartner für die Patienten. Als solcher gehört er in die Beratungsstrukturen auf Landkreisebene eingebunden. Während ein Hausarzt in jeder mittleren kreisangehörigen Gemeinde zu finden sein muss, können sich **Fachärzte im ländlichen Raum an Krankenhäusern und weiteren Gesundheitszentren konzentrieren**. Das geht – wenn wir längere Wege für Patientinnen und Patienten über Mobilitätshilfen ausgleichen.

Dafür rechtliche Grenzen überwinden

Und es geht dann, wenn der Landesgesetzgeber hilft, Sektorengrenzen zu überwinden, etwa indem er niedergelassenen Ärzten ermöglicht, krankenhausgeförderte Anlagengüter mit zu nutzen. Die Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungserbringern muss zwangsläufig vorangetrieben werden. Um erfolgreich zu sein im Sinne unserer Bürger müssen hier rasch neue Wege beschritten werden, auch in der Finanzierung!

Krankenhäuser zwischen Betriebswirtschaft und Bürgerwille

Lassen Sie uns nun zu den **Krankenhäusern** selbst kommen. Was sie bieten müssen und bieten können angesichts betriebswirtschaftlicher Zwänge, wird immer wieder heiß diskutiert. Auf der einen Seite stehen oft rote Zahlen,

immense Defizite, die die Politik zum Handeln zwingen. Über die Hälfte der Krankenhäuser sind defizitär!

Auf der anderen Seite stehen die Bürgerinnen und Bürger, die an den gewohnten Strukturen hängen. Geld aus den Kreishaushalten zum Ausgleich der Verluste der Krankenhäuser fehlt uns dann für die dringend benötigten Investitionen in die Zukunft unserer Heimat! Es muss allen bewusst sein, dass nicht jedes Krankenhaus in Zukunft Bestand haben wird! Staat und Kommunen müssen den Mut haben, gemeinsam den tatsächlichen Bedarf zu planen! Bedarfsnotwendige Häuser müssen dann allerdings auskömmlich finanziert werden! Es geht nicht an, dass Steigerungsraten der jährlichen Budgets nicht einmal die Tarifabschlüsse für unser Personal abbilden! Hier erwarten wir von der Koalition in Berlin ein zügiges Handeln und eine Gesundheitsreform, die den Namen verdient, die die Erwartungen der Beitragszahler an die Leistungserbringer aber auch finanziell abbildet!

Gestern Mittag kam allerdings für mich die Ernüchterung: Mir flatterte der Entwurf des Bundesgesetzes zur Krankenhausreform auf den Tisch! Wir werden heute, morgen und vor allem die nächsten Wochen darüber reden müssen! Die Anhörung zum Gesetz endet am 18. Mai. Im Juni soll bereits das Kabinett entscheiden!

Im Anschluss hören wir den Präsidenten der DKG, Herrn Kollegen Thomas Reumann und morgen den Geschäftsführer der BKG, Herrn Siegfried Hasenbein! Wir werden deutliche Worte hören! Alles was ich in der weniger verbleibenden Zeit bis zur heutigen Tagung lesen konnte, war enttäuschend, ja niederschmetternd!

Der Entwurf muss in Bausch und Bogen abgelehnt werden!

Die Pressemitteilung der BKG lautet: Entwurf der Krankenhausreform löst bei Kliniken Entsetzen aus!

Die wichtigsten Kritikpunkte lassen Sie mich wie folgt zusammenfassen:

- neue Absenkungskriterien beim Landesbasisfallwert
- vor Ort zu vereinbarende höhere Mehrleistungsabschlüsse
- keine Öffnung des Veränderungswertes für Tarifsteigerungen
- ausufernde MDK-Kontrollbefugnisse
- Qualitätsverträge ohne Anspruch für geeignete Krankenhäuser



- unzureichende Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung

Die Koalition kündigte eine Reform an, mit der die wirtschaftliche angespannte Lage der Krankenhäuser erleichtert werden und mehr Gerechtigkeit erreicht werden soll! Von diesem Ansatz ist der Entwurf weit entfernt! Er schlägt teilweise sogar ins Gegenteil um! Wir können und dürfen das so nicht akzeptieren!

Unser Appell an den Bundesgesundheitsminister: Zurück auf Start!

Unserer Bayerischen Ministerin Melanie Huml müssen wir morgen klar und deutlich ins Stammbuch schreiben, dass wir uns das so nicht vorgestellt haben! Hier muss sie für uns, für ganz Bayern kämpfen! Qualität in der Fläche hat selbstverständlich auch ihren Preis! Das kann und darf nicht still und heimlich auf die Träger abgewälzt werden!

Natürlich sind wir auch zuerst selbst gefordert!

Häuser der Grundversorgung weiter erste Anlaufstelle – Krankenhausverbände als Königsweg

Die **Krankenhäuser der Grundversorgung** müssen die erste Anlaufstelle in der akutstationären Versorgung in der Fläche bleiben.

Organisatorisch sind regionale **Krankenhausverbände** der Weg der Zukunft. Dabei greifen alle Stufen ineinander: Das Pflegezentrum ist mit dem Grundversorgungs-Krankenhaus vernetzt, dort wiederum hat man einen kurzen Draht zum Klinikum einer höheren Versorgungsstufe mit allen medizinischen Funktionsbereichen.

Wenn wir alles richtig machen, liebe Kolleginnen und Kollegen, nehmen die Patienten die Verbände als EIN Haus wahr und fühlen sich zu Recht gut aufgehoben.

Wir werden in Zukunft in vielen Bereich enger zusammenarbeiten müssen! Daher müssen wir die kommunale Zusammenarbeit verstärkt leben und vernetzt denken!

Hürden abbauen: Kartellrechtliche Beurteilung

Unverständlich ist nicht nur für mich, dass ein Zusammenschluss kommunaler Krankenhäuser kartellrechtlich beurteilt wird! Hier dürfen einfach keine Hürden bestehen! Es braucht einen Ausnahmetatbestand nach dem

Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen. Und generell gilt:

Landesebene muss Aufbau von Verbänden unterstützen – Krankenhaus-Investitionsförderung ausbauen

Der Aufbau von Krankenhausverbänden muss auch durch die Krankenhausplanung und **-Finanzierung auf Landesebene unterstützt werden**. Besonders wichtig für uns auf Landkreisebene ist, dass die **Krankenhaus-Investitionsförderung** auf hohem Niveau weitergeführt wird und noch ausgebaut wird.

Mehr Geld für Notfallambulanzen

Bei den Notfallambulanzen an Krankenhäusern kann man aktuell mit Fug und Recht von Unterfinanzierung sprechen.

Ein Patient, der hier Hilfe sucht, verursacht in den meisten Fällen drei- bis viermal mehr Kosten, als das Krankenhaus vergütet bekommt. Hier muss eine bessere Finanzierung dringend grünes Licht bekommen – auch deswegen, weil Krankenhäuser im Notfallbereich Aufgaben der niedergelassenen Ärzteschaft mit erfüllen – was die Grippewelle jüngst deutlich gezeigt hat.

Wir dürfen hier nicht der Notnagel sein, der nachts und am Wochenende einfach da ist und schon aus moralischen und politischen Gründen niemanden abweisen darf, auch wenn wir dafür kein Geld bekommen! Da machen es sich die Verantwortlichen sowohl in Politik als auch auf Seiten der Kassen zu einfach!

Nachnutzung für Landkrankenhäuser

Diejenigen **Landkrankenhäuser, die mit dem medizinischen Fortschritt nicht mehr mithalten können**, haben durchaus Möglichkeiten, sich in das Miteinander der Angebote einzufügen:

Bereits bewährt haben sich Nachnutzungen als medizinische Versorgungszentren, Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Hospize.

Stationär gestützte regionale Gesundheits- und Pflegezentren sind eine weitere Möglichkeit. Bund und Freistaat sind aufgerufen, uns hierbei planerisch und finanziell zu unterstützen.

Pflegeversorgung: Nahtlose Übergänge

Eine **ideale Pflegeversorgung** bedeutet, niemanden

im Stich zu lassen. Der Übergang vom stationären Aufenthalt im Krankenhaus hin zur Unterstützung in der Nachsorge für ältere Patientinnen und Patienten muss lückenlos sein.

Pflegeberatung bei Kommunen ansiedeln

Es ist sinnvoll, die **Zuständigkeiten für die Pflegeberatung auf die Landkreise und kreisfreien Städte** zu übertragen.

Bei Pflegestützpunkten auf Kreisebene finden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen neutrale Beratung, die die weiteren Angebote der Kassen und der Angehörigenberatungsstellen mit einbezieht.

Trägerunabhängige Beratung

Trägerunabhängige Beratung hat das Ziel, ein möglichst langes Wohnen zu Hause zu ermöglichen. Das geht besser, wenn zu den professionellen Pflegediensten ehrenamtliche Strukturen dazu kommen.

Wohnraum für Senioren

Voraussetzung ist, dass unseren Seniorinnen und Senioren altersgerechter und bezahlbarer **Wohnraum** zur Verfügung steht.

Staatliche Förderung stationärer Pflegeplätze muss wiederkommen

Die staatliche Förderung stationärer Pflegeplätze wurde im Freistaat 2007 eingestellt.

Es wurden in letzter Zeit Stimmen laut, das wieder zu ändern! Hier brauchen wir nun eine offene Bestandserhebung!

Wie ist die Situation in ganz Bayern? Ist hier eine erneute Förderung notwendig?

An die neuen Kollegen: Vor 2007 war die staatliche Förderung an die kommunale gekoppelt. Die staatliche Förderung wurde maximal in der Höhe der kommunalen gewährt. Bis zu je einem 1/3 der förderfähigen Kosten!

Da waren die Landkreise mit erheblichen Mitteln dabei! Lasst uns das gemeinsam in nächster Zeit näher betrachten! Eine Änderung will wohl überlegt sein!

Neuer Handlungsspielraum eröffnet sich jedenfalls für

die Landkreise selbst, wenn sie **eigene stationäre Pflegeplätze** vorhalten können, um den Bedarf abzudecken, der vom Markt nicht bedient wird.

Palliativ- und Hospizversorgung: Lücken im ländlichen Raum

Für die letzte Lebensphase wird die **Palliativ- und Hospizversorgung** immer wichtiger, das wissen wir alle.

Wir brauchen hier einen Ausbau sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Gerade im ländlichen Raum gibt es aber noch erhebliche Lücken. Es wäre aus Patientensicht wünschenswert, einen **Anspruch auf entsprechende Leistungen** gesetzlich zu verankern.

Verlässliche Antwort zum Thema Sterbehilfe

Unsere Gesellschaft braucht eine verlässliche Antwort auf das Thema Sterbehilfe! Alois Glück wird darauf morgen sicherlich umfassend eingehen!

Pflegekräfte sichern

Einen Aspekt möchte ich hier nur streifen: Um für unsere Bevölkerung die medizinische und pflegerische Versorgung bedarfsgerecht weiterhin anbieten zu können, brauchen wir selbstverständlich auch ausreichend geeignetes Pflegepersonal! Dieses Thema dürfen wir nicht unterschätzen! Wir müssen hier alle rechtzeitig in die Akquise und Rekrutierung einsteigen!

Das Thema medizinische und pflegerische Versorgung im ländlichen Raum ist hochkomplex. Einfache und schnelle Lösungen gibt es hier nicht. Dennoch **müssen wir es anpacken!** Der demografische Wandel drängt uns auch hier zum Handeln.

Komplexes Thema anpacken - Standortfaktor Gesundheit für eine lebenswerte Heimat

Gute Gesundheitsversorgung ist ein Megathema, eine Säule von „Heimat 2030“, ein Standortfaktor eben, auf den wir nicht verzichten können, wenn unsere Heimat lebenswert bleiben soll.

Ich hoffe, diese Tagung bringt jedem von uns einen Mehrwert!

Insbesondere den 27 neuen Landratskolleginnen und -kollegen wollten wir gleich zu Beginn der Wahlperio-

de die Gelegenheit bieten sich in diesem Kreis mit dem Megathema zu beschäftigen!

Überblick über weitere Themen

Über das Thema Medizin und Pflege hinaus will ich die Gelegenheit nutzen, Ihnen einen Überblick über die aktuellen politischen „Baustellen“ des Bayerischen Landkreistags zu geben.

Asyl

Aktuell ist leider nach wie vor das drängendste Problem sicher die immer weiter ansteigende Zahl von **Asylbewerbern**. Beim Bund ist endlich angekommen, dass die Länder und Kommunen bei der Unterbringung und Betreuung der Flüchtlinge nicht allein gelassen werden dürfen.

Winternotfallplan - Kreise haben Wort gehalten

Der vergangene Winter hat mit der Teilaktivierung des **Winternotfallplans** gezeigt, wie sehr das ganze System auf Kante genäht ist.



Wir alle, liebe Landrätinnen und Landräte, sind zu unserem Wort gestanden und haben den Freistaat tatkräftig bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützt.

Staatsregierung erfüllt Forderungen

Jetzt kommt die Staatsregierung endlich zentralen Forderungen nach, die der Landkreistag seit geraumer Zeit erhoben hat. Wir können damit feststellen: Das ist ein großer **Erfolg!**

Erstattung von Personalaufwand bei dezentraler Unterbringung

Als erstes wird eine finanziell ganz wichtige Forderung erfüllt: Nämlich, dass die Landkreise ihren personellen Mehraufwand für **Hausmeisterarbeiten**, sprich Kümmerer, bei der dezentralen Unterbringung gegenüber der Staatsregierung geltend machen können.

Pro 75 im Landkreis dezentral untergebrachten Flüchtlingen wird eine **E6-Stelle vom Staat finanziert**. Das kann bei einzelnen Landkreisen schnell mehrere 100.000 € ausmachen.

Fehlbeleger

Beim Problem der **Fehlbeleger**, jenen Personen, die Plätze in den Unterkünften blockieren, obwohl sie ausziehen dürften, jedoch keine Wohnung finden, reagiert der Freistaat ebenfalls.

Landkreistagspräsident Christian Bernreiter führt in das Tagungsthema „Alterwerden im ländlichen Raum: Anforderung an Medizin und Pflege“ ein.

Weil die Unterbringung von Asylbewerbern in Bayern staatliche Aufgabe ist und bleibt, ist es nur konsequent, wenn der Freistaat auch in dezentralen Unterkünften die Verantwortung und letztlich auch die Kosten für Unterkunft und Heizung der Fehlbeleger übernimmt.

Kompetenzen für Anmietung gehen wieder an Landräte

Den dritten Haken können wir unter eine weitere Forderung setzen:

Die Staatsregierung ist bereit, den Landräten die **Anmietung von dezentralen Unterbringungsobjekten** wie früher im Namen des Freistaats zu ermöglichen.

Damit werden die Mietkosten direkt in den Staatshaushalt gebucht, wenn der Mietvertrag vorher mit der jeweiligen Regierung abgestimmt wurde.

Hier sind noch einige Detailfragen zu klären, aber wir können davon ausgehen, dass die Grundentscheidungen in unserem Sinne getroffen sind.

Asylsozialberatung - Forderungen nur zum Teil erfüllt

Eine offene Baustelle haben wir weiterhin bei der **Asylsozialberatung**.

Hier konnten wir die Staatsregierung und die freie Wohlfahrtspflege noch nicht von unseren Argumenten überzeugen.

So erfreulich es ist, dass die staatliche Förderung für die Asylsozialberatung auf über 9 Millionen Euro im Jahr aufgestockt wird:

Den Bedarf vor Ort deckt auch diese Summe nicht.

Dass die soziale Begleitung der ankommenden Menschen und auch der aufnehmenden Bevölkerung in der Nachbarschaft unendlich wichtig ist, zeigen die schrecklichen Ereignisse von Tröglitz oder Vorra.

Noch weiter ausbauen und Zuwendungen direkt an Kreise

Deswegen sagen wir: Die **Asylsozialberatung** muss noch weiter ausgebaut werden, und sie muss effektiver werden.

Wir fordern nach wie vor, dass die Kreisverwaltungsbehörden die Zuwendungen erhalten und vor Ort mit den

Trägern der freien Wohlfahrtspflege organisieren. Der Grundsatz der Subsidiarität wird dabei von den Kreisen selbstverständlich anerkannt. Die Staatsregierung hat zumindest zugesagt, dass es 5 Pilotlandkreise geben wird, in denen eine kommunale Asylsozialberatung getestet wird.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge – 8,5 Millionen Euro viel zu wenig

Beim Thema **unbegleitete minderjährige Flüchtlinge** kommt uns der Freistaat entgegen - aus unserer Sicht aber noch nicht weit genug.

Der Landkreistag begrüßt, dass die Verwaltungskosten für die Jugendämter auf **8,5 Millionen Euro** aufgestockt werden. Angesichts der über 5000 minderjährigen Neuankömmlinge, die wir in diesem Jahr erwarten, ist das aber **viel zu wenig**.

Bayernweit müssen wir von einer zusätzlichen Kostenbelastung von rund 25 Millionen Euro für Amtsvormundschaften und die wirtschaftliche Jugendhilfe ausgehen.

Bundesrats-Initiative muss umgesetzt werden

Die von Bayern angestoßene **Bundesrats-Initiative**, die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge bundesweit zu verteilen, muss jetzt schnell umgesetzt werden. Denn nur so können wir auch den Bund in die Mitfinanzierung zwingen.

Das derzeitige **Kostenerstattungs-Verfahren** über das Bundesverwaltungsamt ist viel zu langwierig, intransparent und belastet die Mitarbeiter in den Jugendämtern. Hier benötigen wir Handlungs- und Rechtssicherheit, aber auch **mehr finanzielle Unterstützung vom Bund und vom Freistaat**.

Bei dem Thema unbegleitete minderjährige Flüchtlinge darf ich aber 3 grundsätzliche Forderungen erheben:

1. Die erforderliche Jugendhilfe begründet sich durch Migration und Flucht! Sie stellt somit keine kommunale Leistung dar! Wir fordern somit eine vollständige Kostenerstattung!
2. Es sind passgenaue Hilfen zu definieren! Wer traumatisiert ist, weil er aus einem Kriegsgebiet kommt, braucht eine andere Hilfe, als jemand, der aus wirtschaftlicher Not zu uns kommt und nach den geplanten neuen



Regeln eine Ausbildung beginnen und beenden darf. Hier müssen wir neue Hilfeformen wie z.B. ein betreutes Ausbildungsheim kreieren!

3. Es darf keinen Automatismus für Jugendhilfe geben. Wer volljährig wird und nicht traumatisiert ist, muss in normalen Gemeinschaftsunterkünften untergebracht werden.

Hier sind wir auch selbst gefordert! Sonst überrollt uns auch diese Thematik!

Weitere Forderungen an den Bund noch unerfüllt

Zur Flüchtlingspolitik haben wir in der Vergangenheit noch **einige weitere Forderungen an den Bund** erhoben, die bis jetzt noch unerfüllt bleiben.

Das Bundesamt für Migration muss personell so aufgestockt werden, dass der Antragsstau abgebaut werden kann. Trotz Personalmehrung wird dort der Berg an unerledigten Anträgen leider immer größer. (20.000 bearbeitet, 34.000 Neuanträge im März).

Der Bund muss mehr Geld für Migrationsberatung und Sprachkurse bereitstellen.

Im Bauplanungsrecht brauchen wir Erleichterungen bei den Voraussetzungen für Asylbewerberunterkünfte.

Und - über das Thema Asyl hinaus wichtig: Der Bund muss die Schaffung bezahlbaren Wohnraums stärker unterstützen.

Zahlen:	2013	10.000
	2014	34.000
	2015	60.000

Es gibt keine einfachen Lösungen mehr! Der Staat muss auch rechtstaatlich handeln! Wenn 2/3 kein Bleiberecht haben, dann müssen auch 2/3 wieder umgehend ausreisen! 2013 und 2014 gab es jeweils nur 10.800 Abschiebungen!!

Neue Wohnungen müssen schnell geschaffen werden!

1/3 sind bei 300.000 100.000, die Bleibestatus haben und dann aus Einrichtungen ausziehen müssen!

Wir wollen keinen Konkurrenzkampf zwischen Einheimischen und Flüchtlingen! Daher muss rasch gehandelt werden!

Endlich steht das Thema Flüchtlinge und Asyl auf der

europäischen Tagesordnung der Staats- und Regierungschefs!

Wir fordern schon lange eine gerechte Verteilung in Europa bei klar definierten Standards!

Die weitere Akzeptanz der Situation wird nur gelingen, wenn die Herausforderungen schnell und in den Augen der Bevölkerung gerecht gelöst werden!

Leider wird uns das Thema weiterhin stark beschäftigen!

Bildung: Ganztagsvereinbarung als entscheidender Schritt

Kommen wir nun zum Thema **Bildung**.

Es ist jetzt rund sechs Wochen her, dass wir gemeinsam mit den anderen Kommunalen Spitzenverbänden und der Bayerischen Staatsregierung die **Ganztagsvereinbarung** unterzeichnet haben.

Damit ist ein **entscheidender Schritt** hin zu mehr Chancengerechtigkeit für unsere Schüler und für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für unsere Eltern getan.

Die Vereinbarung stellt Betreuungsangebote an den Werktagen bis 18 Uhr und in den Ferien sicher.

Wichtiger Standortfaktor

Bedarfsgerechte Ganztagsangebote sind ein **wichtiger Standortfaktor für den ländlichen Raum**, weil sie Menschen und Arbeitsplätze am Ort halten.

Hier können wir mehr als zufrieden mit dem Erreichten sein.

Mittelstufe plus: Nur bedingt zufrieden

Nur bedingt zufrieden sind wir mit dem Weg, den der Freistaat mit der **Mittelstufe Plus** einschlägt.

Für uns ist **wichtig, dass auch zukünftig die Existenz kleinerer Gymnasien auf dem Land gesichert ist und dass keine erhöhten Kosten auf die Landkreise zukommen.**

Wir haben frühzeitig darauf hingewiesen, dass es Planungssicherheit braucht.

Eingliederungshilfe: Große Koalition muss Wort halten

Sicherheit wäre auch das, was die bayerischen Kommunen in Sachen **Eingliederungshilfe** dringend benötigen würden.

Wir drängen darauf, dass die Große Koalition Wort hält und die Kommunen beim mit Abstand höchsten Sozialleistungs-Posten stärker unterstützt.

Es war im Koalitionsvertrag vereinbart, dass der Bund die Kommunen im Rahmen eines Bundesteilhabegesetz ab 2018 jährlich um 5 Milliarden Euro entlastet!

Unsere Intention ist und war, dass der Gesetzgeber, der Wohltaten verteilt auch diese finanziell anteilmäßig begleicht!

Wie kürzlich der Süddeutschen Zeitung zu entnehmen war, sehen die Länderfinanzminister die Pläne mit Sorge, die versprochenen Gelder direkt an die Kommunen zu zahlen.

Einige Bundesländer wollen das versprochene Geld in die eigene Tasche stecken!

Finanzielle Entlastung der Kommunen nur über Bundesteilhabegesetz

Bayern hat fest zugesichert, das Geld an uns weiterzuleiten!

Die Staatsregierung und unser Ministerpräsident unterstützen uns hier voll.

Doch bei mittlerweile 2,3 Milliarden Euro, die Bayern im Rahmen der Eingliederungshilfe an Menschen mit Behinderung auszahlt – im Jahr 2000 waren es noch 1,3 Milliarden – kann eine finanzielle Entlastung der Kommunen nur hier ansetzen.

Nur, wenn man an ein Bundesteilhabegesetz anknüpft, ist der Bund auch bei noch weiter steigenden Kosten in der Verantwortung.

Andere Optionen werden am Ländervotum scheitern

Die **Überlegung des Deutschen Landkreistags**, die Kommunen über einen anderen Weg als die Eingliederungshilfe über die 5 Mrd. hinaus zu entlasten, wird am Votum der Bundesländer **scheitern**, meine Damen und Herren!

Die Abkopplung vom Bundesteilhabegesetz ist leider mittlerweile Fakt!

Einem Kompromiss z.B. 3 Mrd. auf Basis der Einkommensteuerbeteiligung, 1 Mrd. anhand der Umsatzsteuerbeteiligung und 1 Mrd. anhand der KdU-Zahlen können wir nur zustimmen, wenn die Summe in etwa den Belastungen der Eingliederungshilfe entspricht! Man muss aber wissen, dass 64 % der Mehreinnahmen sowohl bei Einkommensteuer als auch bei der Umsatzsteuer in den Länderfinanzausgleich eingerechnet werden! Das Thema bleibt spannend! Aber der Kampf lohnt sich!

Die Vorab-Mrd. entlastet die Kommunen auf Landkreisebene in etwa um 1 Punkt Kreisumlage! Bei 5 Mrd. sind das 5 Punkte Kreisumlage!! Eine solche Entlastung hatten wir, soweit ich mich erinnern kann, noch nie! Darum werden wir nicht klein beigeben!

Es darf vor allem auch nicht passieren, dass die Standards bis 2018 und ab 2018 so weit erhöht werden, dass wir als Kommunen hinterher mehr als die 5 Mrd. pro Jahr ausgeben müssen!! Dann wäre das ein Pyrrhussieg!

Reform des Kommunalen Finanzausgleichs

Es geht weiter ums Geld:

Die **Reform des Kommunalen Finanzausgleichs** gehört zu den Schwerpunkten meines Programms Heimat 2030, weil wir nur mit einer soliden Finanzierungsgrundlage den ländlichen Raum stärken können. Hier sind wir einen Schritt weiter.

Schlüsselzuweisungen

Nach unserer Auffassung werden kleine Gemeinden gegenüber kreisfreien Städten bei der Berechnung der Schlüsselzuweisungen doppelt benachteiligt.

Gutachten vorgestellt

Der Freistaat und die Kommunalen Spitzenverbände haben zur Klärung der offenen Fragen 2013 ein **Gutachten** in Auftrag gegeben.

Dieses Gutachten wurde Ende Januar in der gemeinsamen Sitzung des Präsidiums und des Ausschusses für Finanzen und Sparkassen vorgestellt.

Arbeitsgruppe rechnet 15 Modelle durch – drei in der engeren Auswahl



Zwischenzeitlich hat eine Arbeitsgruppe aus Vertretern des Finanzministeriums und des Innenministeriums sowie der Kommunalen Spitzenverbände **15 Modelle zur Neuregelung der Gemeinde-Schlüsselzuweisungen erarbeitet**. Drei Modelle stehen in der engeren Auswahl.

Bei allen Dreien werden die Nivellierungs-Hebesätze bei der Grundsteuer A und B sowie bei der Gewerbesteuer von 250 beziehungsweise 300 auf 310 Prozent angehoben. Die Beträge, die bei der Steuerkraftberechnung über dem Nivellierungshebesatz liegen, sollen bei zwei Modellen zu 10 Prozent angerechnet werden.

Landkreistag für Teilanrechnung von 20 Prozent

Der **Landkreistag setzt sich jedoch für das dritte Modell ein**, das eine Teilanrechnung von 20 Prozent vorsieht.

Damit Ausgleich gegenüber Vorteilen Münchens

Damit wollen wir ein Stück weit **Gerechtigkeit gegenüber der Landeshauptstadt München** herstellen. Denn durch die Wirkung der Nivellierungshebesätze werden zum Beispiel 923,5 Millionen Euro nicht in die Steuerkraft Münchens 2015 eingerechnet – das sind über 12 Prozent der Steuerkraft 2014 aller kreisangehörigen Gemeinden.

Beim 20-Prozent-Modell würden immerhin 200 Millionen Euro in die Steuerkraft eingerechnet, 800 Münchner Millionen blieben weiterhin unberücksichtigt.

Ein fairer Kompromiss!

Ergänzungsansätze

Beim Stichwort Finanzen sind auch die **Ergänzungsansätze für Bedarfsgemeinschaften nach dem SGB II** und für **Kinder in Tageseinrichtungen** zu nennen.

Sie werden – Stand heute – kommen, allein die Gewichtung ist noch strittig.

2016 Reform der Gemeinde-Schlüsselzuweisungen als vierter Schritt für gerechteren kommunalen Finanzausgleich

Liebe Landrätinnen und Landräte, das Thema Finanzen möchte ich hiermit zusammenfassen: Ich setze mich dafür ein, dass bei der Aufstellung des Haushalts 2016 die **Reform der Schlüsselzuweisungen** umgesetzt wird.

Sie stellt einen **Schritt hin zu einem gerechteren Kom-**

munalen Finanzausgleich dar.

Wichtig ist dabei für mich

- die Anhebung der Nivellierungshebesätze auf 310 Prozent
- die Teilanrechnung von 20 Prozent der Einnahmen über den Nivellierungshebesätzen
- ein neuer Ergänzungsansatz nach Zahl der Einwohner in Bedarfsgemeinschaften mit Faktor 3,0
- und ein neuer Ergänzungsansatz für Kinder in Tageseinrichtungen mit Faktor 0,5.

Bei all den Überlegungen dürfen wir nicht außer Acht lassen: Die Abschöpfung der Einnahmen, die über den Nivellierungshebesätzen liegen, fließt sowohl in die Bezirksumlage als auch in die Krankenhausumlage ein! Das wäre ein großer Schritt in Richtung einer gerechteren Lastenverteilung!

Ich bin bereit, hier auf die Überlegungen der anderen Kommunalen Spitzenverbände und der Staatsregierung einzugehen.

Eine Entscheidung muss aber jetzt getroffen werden!

Landesentwicklung: LEP enttäuscht

Nachbesserungsbedarf gibt es aus der Sicht des Bayerischen Landkreistags auch beim neuen **Landesentwicklungsprogramm**. Statt zentraler Regelungen erwarten wir einen Vorrang für Subsidiarität und Regionalität, der die Planungshoheit der Kommunen stärkt und nicht einschränkt.

Anbindegebot: Es braucht Nachbesserungen

Besonders beim sogenannten **Anbindegebot** braucht es Nachbesserungen.

Dies ist auch im neuen LEP sehr restriktiv gefasst. **Ausnahmen** werden bis dato nur etwa Logistikunternehmen und dem produzierenden Gewerbe zugestanden. Das begrüßen wir und verteidigen dies auch gegenüber Städten und Naturschutzverbänden!

Das hilft uns aber nur bedingt weiter!

Die Erfahrung zeigt, dass Ausnahmen in den verschiedenen Behörden meist streitbehaftet sind.

Auch die interkommunale Zusammenarbeit wird

durch die starren Vorgaben des Anbindegebots stark erschwert.

Wichtig: Entwicklung einer Kommune mit Wohnbau- und Gewerbegebieten sowie Tourismus

Für uns geht es vielmehr um die **Entwicklung einer Kommune mit Wohnbau- und Gewerbegebieten** sowie um **touristische Einrichtungen**.

Vertrauen in die Kommunen nötig

Wir erwarten **mehr Vertrauen in das Verantwortungsbewusstsein der Kommunen**.

Ihre Entscheidungsspielräume sichern die im Wettbewerb so dringend notwendigen schnellen Entscheidungen vor Ort, garantieren ein Minimum an Bürokratie und bieten Chancen für gute Ideen.

Vorschläge: Anbindegebot nur als Grundsatz

Unser Vorschlag lautet daher: Das **LEP muss im Sinne des ländlichen Raums weiterentwickelt werden**.

Mehr kommunale Entscheidungsbefugnis

Dafür muss das Anbindegebot als Grundsatz gefasst werden und die kommunalen Entscheidungsbefugnisse müssen gestärkt werden.

Zuständigkeiten an Untere Planungsbehörden

Zudem setzt sich der Landkreistag dafür ein, dass Zuständigkeiten der Höheren Landesplanungsbehörde nach dem Prinzip der Subsidiarität auf die Unteren Landesplanungsbehörden übertragen werden.

Heimatbericht 2014 gute Nachricht

Neben dem neuen LEP, das noch hinter seinen Möglichkeiten zurückbleibt, gibt es aber auch gute Nachrichten aus dem Heimatministerium für uns.

Minister Söders **Heimatbericht 2014** zeigt: Der ländliche Raum ist keine Restgröße zwischen den Metropolregionen München und Nürnberg.

Ländlicher Raum holt auf – Erfolg der Politik des Landkreistags – Weitere Schritte nötig

Wir holen in Sachen Wirtschaftskraft, Wanderungsbilanz, aber auch bei der medizinischen und schulischen Versorgung auf.

Das ist auch ein **Erfolg der nachhaltigen Politik des Bayerischen Landkreistags**.

Der Heimatbericht, der uns die Datengrundlage dafür liefert, den ländlichen Raum mit seinen Besonderheiten zu erhalten und weiterzuentwickeln, ist ein **Schritt in die richtige Richtung**. Wir alle wissen: Weitere unterschiedene Schritte müssen folgen.

Energiedialog abgeschlossen: Meilenstein - aber weitere Verhandlungen mit dem Bund

Dasselbe gilt aus unserer Sicht für die Energiewende. Der abgeschlossene **Energiedialog ist ein Meilenstein** auf dem Weg zu ihrem Gelingen.

Nun gilt es, in den Verhandlungen mit dem Bund die Balance zwischen Versorgungssicherheit, Bezahlbarkeit und Umweltverträglichkeit zu finden.

Im Interesse der Menschen und der Wirtschaft in Bayern fordern wir:

So viel regionale Stromversorgung wie möglich und so viel deutsche wie europäische Vernetzung wie nötig.

Klar ist: Der Bayerische Landkreistag wird den verstärkten Ausbau erneuerbarer Energien weiter nachhaltig unterstützen. **Wasserkraft, Biomassenutzung, Photovoltaik, Windkraft und Geothermie** finden vor allem in den ländlichen Räumen statt. Dadurch wird die dezentrale Energieversorgung und damit die **regionale Wertschöpfung vorangebracht**. Aber es kommt darauf an, die Menschen vor Ort in die Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse einzubinden.

10-Jahre-Jubiläum – Bayerische Klima-Allianz

Liebe Kolleginnen und Kollegen, im Oktober durften wir das zehnjährige Jubiläum der Bayerischen Klima-Allianz feiern. Der Bayerische Landkreistag ist quasi von Anfang an Teil des Bündnisses und setzt so ein Zeichen für die Solidarität mit den zukünftigen Generationen.

Das verheerende Hochwasser 2013 hat uns gezeigt: Wir müssen etwas tun, um die Menschen zu schützen. Technischer Hochwasserschutz und natürliche Maßnahmen wie Flutpolder gehen dabei Hand in Hand.



Hochwasserschutz als Generationenprojekt

Dieses **Generationenprojekt** gilt es schrittweise umzusetzen. Die Kreise spielen dabei eine wichtige Rolle.

Erfolg, der alle betrifft: Personalsituation an Landratsämtern wird entschärft

Über einen Erfolg meiner ersten Monate im Amt freue ich mich besonders, liebe Landrätinnen und Landräte, und zwar deswegen, weil es sich um ein Thema handelt, das Sie alle gleichermaßen betrifft: Die **kritische Personalsituation an den Landratsämtern** wird an mehreren Stellschrauben entschärft.

Das hat der Landkreistag jahrelang wiederholt gefordert – mit der Kabinettsklausur in St. Quirin im Juli 2014 haben wir endlich Gehör gefunden.

Stellen bleiben erhalten, neue kommen hinzu, Wiederbesetzungs-Sperre entfällt

Im **öffentlichen Gesundheitsdienst** bleiben 25 Stellen erhalten, die ursprünglich wegfallen sollten. Zehn weitere **Umweltingenieure** werden eingestellt, an den **Geschäftsstellen der Gutachterausschüsse** sollen 40 zusätzliche Stellen geschaffen werden. Auch die dreimonatige **Wiederbesetzungssperre** für ausscheidendes Personal an den Landratsämtern entfällt.

Das stellt einen ersten kleinen Lichtblick dar!

Innovationsring liefert Belege

Das sind auch erste Zeichen dafür, dass die Staatsregierung die angespannte Personallage erkennt. Das ist Politik, die die Heimat zukunftsfit macht.

Belege dafür, dass wir mit unseren Forderungen richtig liegen, hat uns der **Bayerische Innovationsring** geliefert. Die Projektgruppe „Personal und Führung“ unter der Leitung von Landrat Armin Kroder, Landkreis Nürnberger Land, hat eine Altersstrukturanalyse in den Landratsämtern durchgeführt.

Wir sehen: In den nächsten **zehn bis 15 Jahren scheiden altersbedingt 30 bis 40 Prozent unserer Mitarbeiter aus**. Bayern muss hier seine Hausaufgaben machen.

Stärker über Bedarf ausbilden

Wir fordern: Der Freistaat muss deutlich stärker über Bedarf ausbilden, damit absehbare Personallücken gar

nicht erst entstehen.

Rechnung bezahlen wir

Denn die Rechnung für fehlendes Staatspersonal bezahlen wir! Bereits jetzt muss fast jeder von Ihnen Kreispersonal für Staatsaufgaben einsetzen. Die damit verbundenen **Kosten können wir nun auch konkret beziffern**.

Ein bis zwei Millionen Euro im Jahr für staatliche Aufgaben

Der Innovationsring hat unter der Leitung von Landrat Josef Niedermaier, Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen, mit Stichproben festgestellt, dass jeder Landkreis durchschnittlich eine bis zwei Millionen Euro im Jahr für den übertragenen und staatlichen Verwaltungsaufwand aufbringen muss.

Bei einzelnen Landkreisen war die Finanzierungslücke sogar noch deutlich größer.

Innenministerium bestätigt Methodik

Dass unsere Berechnungsmethodik richtig ist, hat uns das Innenministerium bestätigt.

Wir haben mit dem Innenministerium vereinbart, dass wir die Berechnungen nun rückwirkend für alle Landkreise für 2012 bis 2014 durchführen. Die Zahlen liegen im Herbst auf dem Tisch. Aber schon jetzt zeigt sich, dass sich die bisherigen Ergebnisse bestätigt werden.

Ständig zunehmende Aufgaben

Wir sind ohnehin mit ständig zunehmenden Aufgaben konfrontiert, liebe Landrätinnen und Landräte. Das betrifft im sozialen Bereich die Jugendhilfe, im Umweltbereich muss etwa die EU-Richtlinie über Industrieemissionen umgesetzt werden, auch im öffentlichen Gesundheitsdienst kommen ständig Aufgaben dazu.

Ich habe bereits im Juni letzten Jahres in Bad Tölz darauf hingewiesen, dass gegebenenfalls einzelne **Aufgaben der Landratsämter auf ihre Notwendigkeit hin geprüft werden müssen**. Dazu hat die Geschäftsstelle des Landkreistags eine **Umfrage** durchgeführt.

Ich sage allen ein herzliches Dankeschön, die sich daran beteiligt haben. Wir werden Ihre Vorschläge auswerten und in unseren Gremien behandeln.

Freistaat muss Verantwortung gerecht werden

Es gilt „**Entweder oder**“. Der Freistaat muss seiner Verantwortung gegenüber den Landratsämtern gerecht werden. Entweder die Landratsämter werden bei den Aufgaben entlastet, oder es gibt einen Ausgleich für die neuen Belastungen. **Denn wer Aufgaben anschafft, muss sie auch bezahlen!** Dafür werde ich mich weiterhin einsetzen.

Sie sehen und wissen, das abgelaufene Jahr war sehr arbeitsintensiv! Wir sind ein Stück vorangekommen und dennoch liegt noch viel Arbeit vor uns! Gehen wir diese Arbeit weiterhin gemeinsam an! Es lohnt sich!

Blick auf Europa

Lassen Sie uns zum Abschluss noch einen Blick auf **Europa** werfen, liebe Kolleginnen und Kollegen.

In diesen Tagen, in denen uns der Tod Hunderter Menschen im Mittelmeer erschüttert, wissen wir: Es braucht Europa, um die transnationalen Aufgaben, die uns der Ansturm der Flüchtlinge stellt, anzugehen.

Brüssel beeinflusst 75 Prozent unserer Rechtsvorschriften

Wir wissen aber auch, dass zwischenzeitlich über **75 Prozent unserer Rechtsvorschriften von Brüssel beeinflusst** sind. Ein aktuelles Beispiel dafür sind die Verhandlungen zum Freihandelsabkommen TTIP.

Wir müssen alle politischen Akteure motivieren, dass die kommunalen Kernbereiche wie die Daseinsvorsorge dadurch nicht eingeschränkt werden.

Kommunale Selbstverwaltung in Europa verteidigen

Denn die **kommunale Selbstverwaltung und der Subsidiaritätsgrundsatz werden von den Institutionen der EU generell zu wenig beachtet**. Wir müssen daher weiter europapolitische Schwerpunkte setzen.

Brüssel-Fahrt im Oktober: Europapolitische Schwerpunkte setzen

In diesem Sinne sehe ich auch unsere **Fahrt nach Brüssel im Oktober**, bei der ich hoffentlich viele von Ihnen wiedersehe, und die dort geplanten Treffen mit Vertretern der EU-Kommission und Europaabgeordneten.

Schluss

Bis dahin allerdings gilt es, unsere Hausaufgaben vor Ort zu machen. Nutzen wir den heutigen und morgigen Tag dafür, dass wir in Sachen Medizin und Pflege im ländlichen Raum eine gemeinsame starke Position finden. Denn Gesundheitspolitik ist Standortpolitik für den ländlichen Raum, für die Zukunft unserer Heimat. Das sind wir unseren Bürgerinnen und Bürgern schuldig. In diesem Sinne wünsche ich uns zwei erfolgreiche Tage!

Welche Strukturen der Altenpflege brauchen wir für eine älter werdende Bevölkerung im ländlichen Raum?

Dr. Irene Vorholz, Beigeordnete des Deutschen Landkreistages

– Thesenpapier –

A. Heute: Zehn Handlungsfelder kommunaler Altenpolitik

Hilfen und Dienstleistungen für ältere und alte Menschen sind im kommunalen Raum seit jeher wichtig. Sie werden durch den sich verstärkenden demografischen Wandel noch wichtiger. Erfreulicherweise nimmt das durchschnittliche Lebensalter zu, und der Gesundheitszustand vieler Menschen ist gut. Allerdings steigt zugleich die Zahl von pflegebedürftigen, demenzkranken

sowie älteren behinderten Menschen.

Im ländlichen Raum erfordern nicht nur die größeren Entfernungen und längeren Anfahrtswege, sondern auch die dünnere Besiedelung an die Situation angepasste, praktische Konzepte.

Die Landkreise erbringen, verantworten und initiieren zusammen mit ihren kreisangehörigen Städten und Gemeinden seit Jahrzehnten vielfältige Leistungen, Unterstützungsangebote und Hilfen für ältere und alte Menschen. Dabei sind die individuellen Bedarfe des Einzel-



nen und die konkreten Umstände vor Ort entscheidend. Zudem kommt die Bedeutung der Kommune im doppelten Sinne zum Tragen: nicht nur als Gebietskörperschaft, sondern auch als Gemeinwesen.

Gute Beispiele gibt es viele, Patentlösungen existieren hingegen nicht. Umso mehr gilt es, die Landkreise – finanziell und rechtlich – in die Lage zu versetzen, angepasst an die jeweiligen Bedingungen vor Ort kompetent und gestaltend mit den Herausforderungen umgehen zu können.

Kommunale Altenpolitik schlägt sich vor allem in den folgenden zehn Handlungsfeldern nieder:

1. Selbstbestimmung und Teilhabe

Ältere Menschen sind wie alle anderen Teile der Bevölkerung keine homogene Gruppe. Für alle aber geht es darum, ihre Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft zu sichern. Dabei muss es gelingen, Menschen so früh wie möglich zu erreichen. Hilfen dürfen nicht erst dann ansetzen, wenn eine Selbstversorgung nicht mehr möglich ist, sondern schon weit vorher greifen. Berührungspunkte und Schamgrenzen müssen abgebaut werden.

Bereits jetzt ist in manchen ländlichen Gegenden eine verstärkte Segregation innerhalb der gesellschaftlichen und sozialen Strukturen zu beobachten, die das Zusammenleben der Menschen in Zukunft stärker beeinflussen wird. All dies stellt die Gesellschaft generell auf die Probe und die Organisation und Finanzierung von Wohlfahrt und Teilhabe vor neue Herausforderungen. Insgesamt gilt es, ein seniorenfreundliches Klima im Landkreis zu schaffen, so dass die Zivilgesellschaft, das soziale Umfeld, die Nachbarschaft etc. auch im Alltag mehr auf die Belange älterer Menschen achten.

2. Vermittlung altersgerechter Dienstleistungsangebote

Es bedarf mehr sozialer und hauswirtschaftlicher Dienstleistungen als bislang. Hierzu gehören handwerkliche Hilfsdienste, Fahr-, Besuchs- und Essensdienste, Hilfen rund ums Haus, Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen etc. Sie dienen aus kommunaler Sicht vor allem dazu, die zunehmend notwendigen Leistungen für alte Menschen zu erbringen.

Zugleich bieten die Dienstleistungsangebote die Chan-

ce, neue Tätigkeitsfelder zu schaffen, gerade im ländlichen Raum. Die Landkreise können Anstöße für die Entwicklung entsprechender Angebote auf dem Markt geben. Die Finanzierung erfolgt in der Regel durch die Betroffenen.

3. Flexibilisierung der sozialen Infrastruktur

Die kommunale Infrastruktur kann es den Betroffenen ermöglichen, länger ein selbstständiges Leben zu Hause zu führen. Denn für menschnahe Hilfe- und Unterstützungsangebote ist die Wohnortnähe entscheidend.

Die kommunale Altenhilfe ist mit der Hilfe zur Pflege, dem Wohnumfeld und Dienstleistungs- und Unterstützungsangeboten wie der Nutzbarkeit des ÖPNV zur Sicherung der Mobilität etc. zu verbinden. Der ÖPNV z. B. kann über den Transport von Fahrgästen hinaus zugleich für andere Güter genutzt werden. Er bietet mit seinem regionalen Netz, seiner Linienstruktur und seinen geregelten Abfahrts- und Ankunftszeiten den idealen Partner für alle Versorgungsbereiche.

Für generationenübergreifende bzw. intergenerative Maßnahmen eignen sich Mehrgenerationenhäuser, Familienzentren, lokale Bündnisse für Familien etc., die auf unterschiedliche Weise unter einem organisatorischen Dach verschiedene Dienstleistungen anbieten. Zunehmend werden wieder Sozialstationen oder Gemeindegewerkschaften gefördert, die im ländlichen Raum kooperativ Hilfe erbringen.

Dazu bedarf es einer ständigen Analyse der sich wandelnden Bedarfs- und Versorgungssituation durch die Landkreise und der Fortschreibung einer flexiblen und dynamischen Infrastrukturplanung. Gerade die Komplexität der Folgen demografischer Prozesse verbunden mit der Tatsache, dass derartige Trends nicht binnen weniger Jahre umzukehren sind, zwingen zu einem offensiven und umfassenden Umgang mit dem Thema. Zugleich ist die Steuerung der Landkreise in der Altenhilfe sowie der Pflege zu verstärken.

4. Fundierte Beratung

Beratungsstellen unterschiedlichster Träger informieren in den Landkreisen über die vielfältigen Unterstützungs- und Hilfeangebote. Die (Pflege-)Wohnberatung ermöglicht es, das häusliche Umfeld so zu gestalten, dass ein Verbleib in der eigenen Wohnung möglichst lange möglich ist. Information und Beratung über die kommunalen

Leistungen werden komplettiert durch die Information über die Leistungen der Pflegeversicherung, Ansprüche nach dem Schwerbehindertengesetz oder dem Landesblindengeldgesetz, rentenrechtliche Ansprüche etc.

Auch der Allgemeine Soziale Dienst oder der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises berät und unterstützt ältere, pflegebedürftige und/oder gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen oder Personen im näheren Umfeld. Wichtig ist, dass die Beratung anbieterunabhängig und für Menschen mit Migrationshintergrund kultursensibel erfolgt.

5. Gesundheitsförderung

Im ureigenen Interesse jedes Bürgers liegt es, sich selbst um die eigene Gesundheit zu kümmern. Der Landkreis kann die eigenen Aktivitäten fördern durch gesundheitliche Altersvorsorge, z. B. durch Freizeit-, Gesundheits-, Kommunikations- und Bildungsangebote.



Die Beigeordnete des Deutschen Landkreistags Dr. Irene Vorholz untersucht die Strukturen der Altenpflege für eine älter werdende Bevölkerung im ländlichen Raum.

Nicht nur über die Krankenkassen, sondern auch über den Öffentlichen Gesundheitsdienst werden vielfältige Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Prävention erbracht. Immer mehr Landkreise bieten mobile Gesundheitshilfen an. Auch könnten Apotheken stärker in die Gesundheitsförderung und -versorgung einbezogen werden. Eine Stärkung der Prävention gegenüber Behandlung, Rehabilitation und Pflege ist daher wichtig.

In Zusammenarbeit mit den (Kreis-)Krankenhäusern und deren Sozialdiensten und Reha-Kliniken kommt es darauf an, eine sinnvolle Überleitung für kranke oder pflegebedürftige Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt oder der Reha-Maßnahme sicherzustellen.

6. Neue Wohnformen

Schon länger nicht mehr gibt es das „Entweder-oder“ zwischen Betreuung zu Hause oder im Heim. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von anderen Wohn- und Betreuungsformen wie Hausgemeinschaften, ambulant betreute Wohngemeinschaften oder Gemeinschaftliches Wohnen. Hier ist es erforderlich, weiter innovativ zu denken.

7. Bürgerschaftliches Engagement

Mittlerweile ist allseits anerkannt, dass eine moderne Altenhilfe-Infrastruktur nicht allein behördlich organisiert werden kann, sondern auch bürgerschaftliches Engagement erfordert, sowohl dasjenige älterer Menschen als auch das Engagement für ältere Menschen.

Durch aktive Einbindung Älterer (Abholdienste, Begegnungsmöglichkeiten etc.) können ihre Ressourcen für ein gesellschaftliches Engagement genutzt und ihre Aktivierung gefördert werden. Zugleich kann Vereinsamungsprozessen vorgebeugt werden.

8. Unterstützung Angehöriger

Über zwei Drittel der ca. 2,6 Mio. pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause betreut. Dies muss auch in der Zukunft gelingen. Die Landkreise erbringen familienentlastende und familienunterstützende, auch regenerativ wirkende Hilfen, die es Familien erleichtern (sollen), ihre Angehörigen zu Hause zu betreuen und zu pflegen.



9. Betreuungsrecht

Kann der Einzelne seine Angelegenheiten aufgrund psychischer Krankheit, geistiger Behinderung oder Demenz ganz oder teilweise nicht (mehr) selbst besorgen, ist ihm ein vom Betreuungsgericht bestellter rechtlicher Betreuer zur Seite zu stellen. Ca. 1,3 Mio. Menschen stehen derzeit unter rechtlicher Betreuung.

Als örtliche Betreuungsbehörden informieren die Landkreise über Vorsorge in Form der Vorsorgevollmacht und der Betreuungsverfügung und beraten und unterstützen die Betreuer und Bevollmächtigten.

10. Wirkungsvolles Verbundsystem

Die Fülle von Unterstützungsangeboten und die Vielzahl der Beteiligten muss so koordiniert und vernetzt werden, dass ein sinnvolles Gesamtbild entsteht. Hier kommt dem Landkreis insbesondere im ländlichen Raum eine tragende Rolle zu. Das Zusammenwirken aller Verantwortlichen unter Einbeziehung der älter werdenden Menschen ermöglicht den wirkungsvollen Einsatz der verfügbaren Ressourcen in einer modernen Altenhilfe-Infrastruktur.

B. Morgen: Stärkung der Rolle der Landkreise in der Pflege?

Wie dargestellt, leisten die Landkreise wichtige Beiträge zur Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und zur Pflegevermeidung. Dem stehen im Bereich Pflege nur geringe Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Die Landkreise sind unzureichend in Planung, Beratung und Entscheidung eingebunden.

Die Versorgungsqualität und die Stärkung ambulanter Pflegesettings kann jedoch durch eine stärkere kommunale Rolle positiv beeinflusst werden. Der Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages sieht daher eine Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vor.

Hierzu kann – unter Berücksichtigung der Zuständigkeiten in den Ländern – gesetzgeberisch auf zwei Ebenen angesetzt werden:

1. Strukturelle Ebene

Es muss eine wirkungsvolle Pflegeinfrastrukturplanung

der Landkreise ermöglicht werden, die sich am tatsächlichen Bedarf orientieren kann. Bislang kann ein Investor ein Pflegeheim bauen oder die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag mit dem Betreiber schließen, auch wenn die Einrichtung in der Kreispflegeplanung nicht vorgesehen ist. Umgekehrt muss auch im ländlichen Raum eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet werden. Pflegekassen haben oftmals ein anderes Verständnis von „Wohnortnähe“ als der Landkreis.

Zugleich ist die kommunale Infrastruktur und die Sozialraumorientierung vor Ort zu berücksichtigen und die Entwicklung eines inklusiven Sozialraums in den Blick zu nehmen.

Insoweit sind folgende Punkte relevant:

- Es bedarf gesetzlicher Grundlagen für eine wirkungsvolle kommunale Pflegeplanung im SGB XI, ggf. SGB XII sowie in den Landesgesetzen. Die Kreispflegeplanung muss maßgeblichen Einfluss auf die Versorgungslandschaft nehmen können, etwa durch die verpflichtende Berücksichtigung bei der Zulassung von Pflegeheimen.
- Für die Planung bedarf es kleinräumiger Daten zur Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung, etwa auf Basis der amtlichen Gemeindecennzahlen. Für die Bewertung, was eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur ist, bedarf es der Verständigung auf geeignete Indikatoren, auch wenn diese aufgrund der unterschiedlichen Situationen vor Ort nicht vollkommen einheitlich sein können.
- Im Vertragsgeschehen sind die Sozialhilfeträger gleichberechtigt zu den Pflegekassen einzubeziehen.

Voraussetzung für ein Tätigwerden der Landkreise ist eine entsprechende Finanzausstattung durch das Land. Bei Übertragung neuer Verpflichtungen kommen die landesverfassungsrechtlichen Konnexitätsprinzipien zum Tragen.

2. Individuelle Ebene

In einem ganzheitlichen Beratungsansatz liegt der Schlüssel zu einer den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen vor Ort entsprechenden umfassenden Betreuung. Sie leistet einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Gleichzeitig wird die Inanspruchnahme präferierter Leistungen bewirkt.

Dies stellt einen guten Steuerungsansatz zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen dar, ohne in das eigentliche Marktgeschehen einzugreifen.

Zentral sind dabei zwei Punkte:

- Die Verantwortung der Landkreise für das Fallmanagement sollte nicht nachrangig zu den Pflegekassen, sondern federführend erfolgen.
- Die Verantwortung für Pflegestützpunkte oder vergleichbare Beratungsangebote muss auf Ebene der Landkreise liegen.

Sofern keine flächendeckende gesetzgeberische Umsetzung erfolgt, kann der Weg einer modellhaften Erprobung gewählt werden („**Modellkommunen Pflege**“). Danach sollte für interessierte Landkreise die Möglichkeit eröffnet werden, auf vertraglicher Basis weitere Schritte zur Verzahnung der kommunalen Leistungen mit der Sozialversicherung zu gehen. Die kreisangehörigen Städte und Gemeinden werden vom Landkreis nach Bedarf beteiligt. Doppel- oder Parallelstrukturen sind zu vermeiden.

Diese „Modellkommunen“ schließen mit den Pflegekassen vor Ort für eine Laufzeit von z. B. fünf Jahren Kooperationsverträge über die konkrete Umsetzung:

- Ziel:
Sicherstellung bestimmter Aufgaben in alleiniger Verantwortung des Landkreises oder in seiner Federführung bei entsprechender Finanzierung durch die Pflegekasse, z. B. Pflegeberatung, Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Verbindung mit präventiven Hausbesuchen, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, Pflegestützpunkte bzw. vergleichbare Beratungsangebote.
- Verfahren:
Das Land wird ermächtigt, geeignete Landkreise (und kreisfreie Städte) auf Antrag als Modellkommunen zuzulassen. Die Anforderungen an die „Geeignetheit“ sind vom Land, ggf. vom Bund, vorab zu bestimmen. Sofern nicht nur besonders aktive Landkreise gewonnen werden sollen, können auch Anreize für solche Landkreise formuliert werden, in denen sich noch nicht viel entwickelt hat. Die Pflegekassen werden gesetzlich verpflichtet, mit den Modellkommunen einen Kooperationsvertrag abzuschließen (Kontrahierungsgebot). Bei Nichteinigung bedarf es einer Konfliktlö-

sungsregelung auf Landesebene.

All diese Punkte werden derzeit in der beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege diskutiert. Der Deutsche Landkreistag ist Mitglied der Arbeitsgruppe. Die Vorschläge finden eine breite Befürwortung in den Reihen der Länder.

C. Fazit

Der demografische Wandel ist bereits gegenwärtig eine der zentralen Herausforderungen im ländlichen Raum. Er wird weiter an Dynamik gewinnen. Allerdings liegt hierin auch eine Chance politischer Gestaltung, gerade für die Landkreise und ihre Gemeinden. An ihnen ist es, vor dem Hintergrund sinkender Bevölkerungszahlen, einer sich verändernden Einwohnerstruktur und drohender Abwanderung das Heft des Handelns in die Hand zu nehmen und vorausschauend entgegenzusteuern.

Eine aktive und moderne Altenpolitik der Landkreise verbessert die soziale Infrastruktur für eine älterwerdende Bevölkerung auch und gerade im ländlichen Raum. Zugleich würde eine – vom Gesetzgeber zu ermöglichende – stärkere Rolle der Landkreise in der Pflege zu einer bedarfsgerechten Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen beitragen.

Palliative Care – eine Gemeinschaftsaufgabe von Staat und Bürgerschaft

Alois Glück in Zusammenarbeit mit Dr. Erich Rösch

Die 7 Leitsätze der Hospizbewegung

1. Im Mittelpunkt der Hospiz- und Palliativarbeit stehen der schwerstkranke und sterbende Mensch jeden Alters und die ihm Nahestehenden.
2. Im Zentrum stehen die Würde des Menschen am Lebensende und der Erhalt größtmöglicher Autonomie. Voraussetzung hierfür sind die weitgehende Linderung von Schmerzen und Symptomen schwerster lebensbeendender Erkrankungen durch palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung.
3. Sterben zu Hause oder in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, ist die vorrangige Zielperspektive der Hospiz- und Palliativarbeit. Der Ausbau ambulanter Strukturen, die Knüpfung regionaler Netzwerke und eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Ehrenamtlicher sind hierfür Voraussetzung.
4. Die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung sind Bausteine im bestehenden Gesundheits- und Sozialsystem, die in enger Kooperation mit den anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems eine kontinuierliche Versorgung sterbender Menschen gewährleisten.
5. Zur Hospiz- und Palliativarbeit gehört als ein Kernelement der Dienst Ehrenamtlicher. Sie sollen gut vorbereitet, befähigt und in regelmäßigen Treffen begleitet werden.
6. Schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Angehörigen, die der Versorgung und Begleitung bedürfen, brauchen professionelle Unterstützung durch ein multidisziplinäres Team, dem Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ehrenamtliche u. a. angehören sollten.
7. Zur Sterbebegleitung gehört im notwendigen Umfang auch die Trauerbegleitung.



Alois Glück, der Präsident des Zentralkomitees deutscher Katholiken, stellt das Netzwerk Hospiz für den ländlichen Raum vor.

Zentrale Fragen, die sich jeder schwerstkranke und sterbende Mensch stellt:

Wann ist es so weit ?

Was wird das alles kosten ?

Wie wird es sein ?
Werde ich leiden müssen ?

Wer kümmert sich um mich ?

Was kann ich von meinem Umfeld an Unterstützung erwarten ?

Wo kann ich hin, wenn ich es alleine nicht mehr schaffe ?

Welche qualifizierten Hilfsangebote gibt es ?

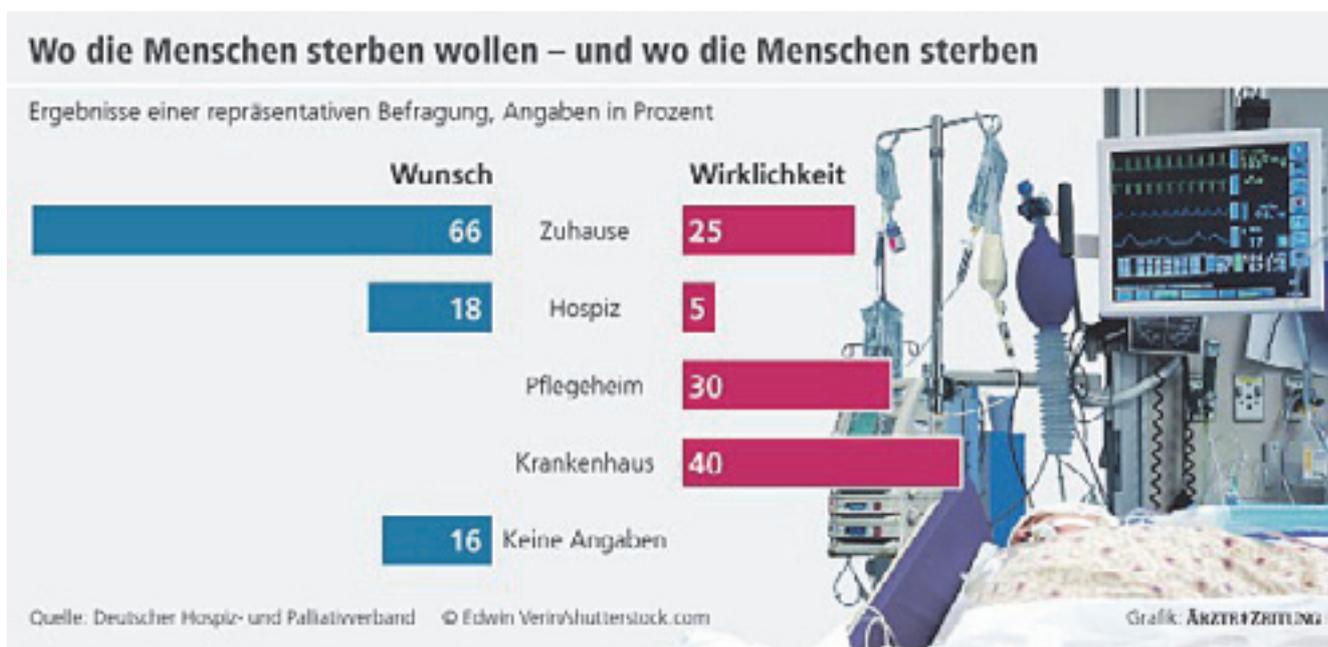
Was wird aus ... ?

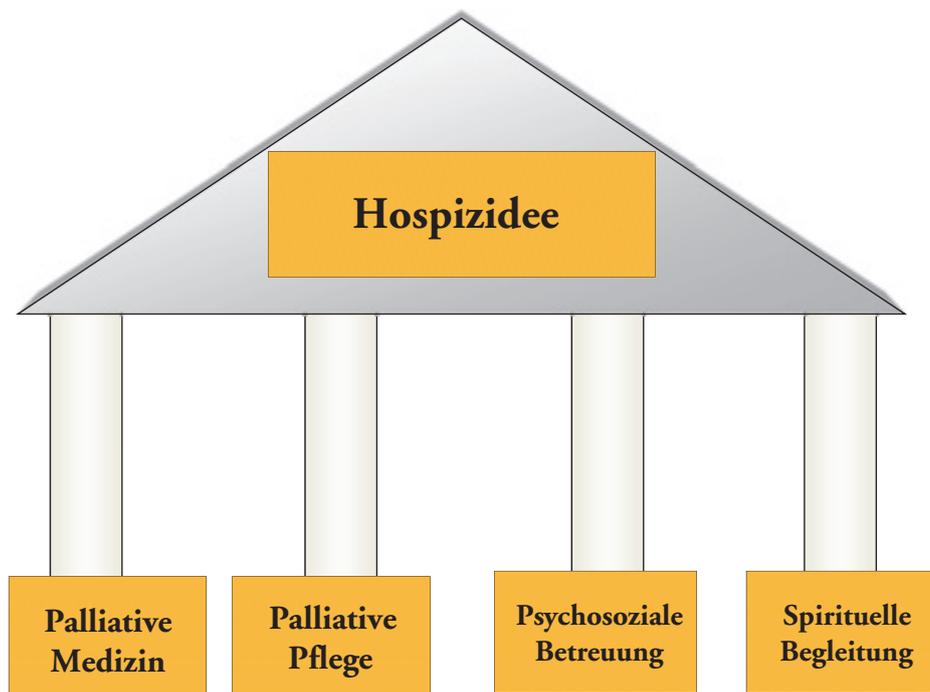
Kann das mein Hausarzt, meine Sozialstation, ... ?

Und wenn ich nicht mehr selbst über mich bestimmen kann ?

... und viele weitere ...

Wunsch und Wirklichkeit



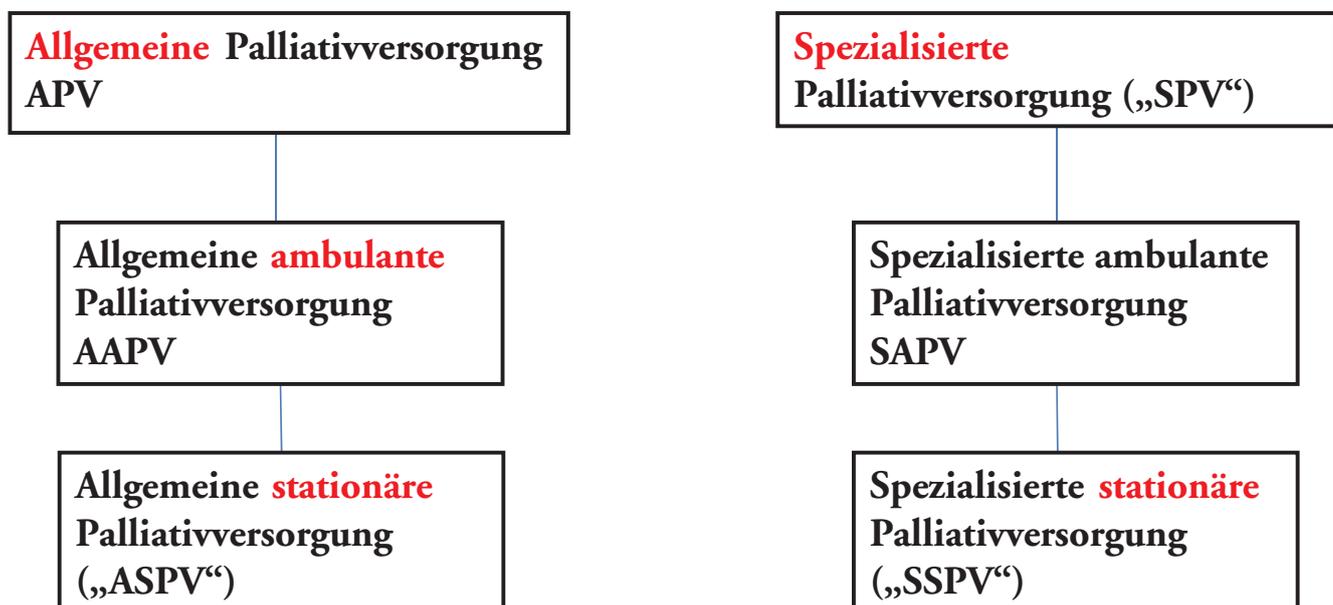


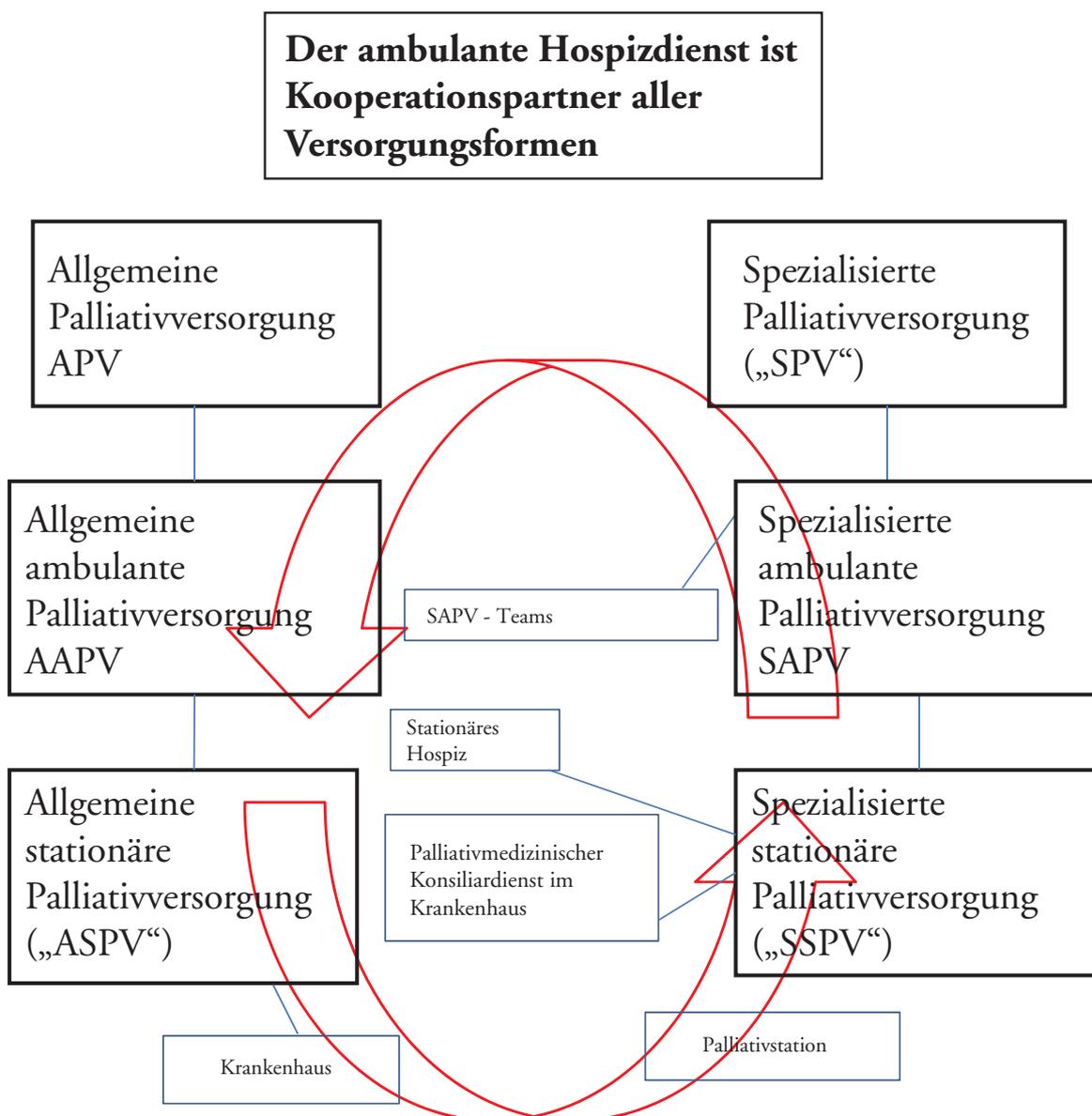
Wir sehen:

Nur das Zusammenwirken Aller macht aus der Hospizidee ein umfassendes Konzept der Sorge um schwerstkranke und sterbende Menschen und deren Angehöriger, das neben deren optimaler Betreuung und Versorgung auch deren Integration in die Gesellschaft zum Ziel hat.

Versorgungsformen:

- Allgemeine Hospiz- und Palliativversorgung
- Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung
- Ambulante und stationäre Versorgung





Das Rad nicht neu erfinden !

Es gibt:

- fertige Kooperationsvereinbarungen und Konzepte
- fertige Fortbildungsprogramme
- fertige Standards für Palliative Care
- fertige ärztliche Leitlinien zur Palliativmedizin
- ein bayernweit einsetzbares Logo
- EINE FÖRDERUNG DURCH DAS StMGP
- UNTERSTÜTZUNG DURCH DAS BHPB
- ... und scheinbar viele potentielle Kooperationspartner !

ABER:

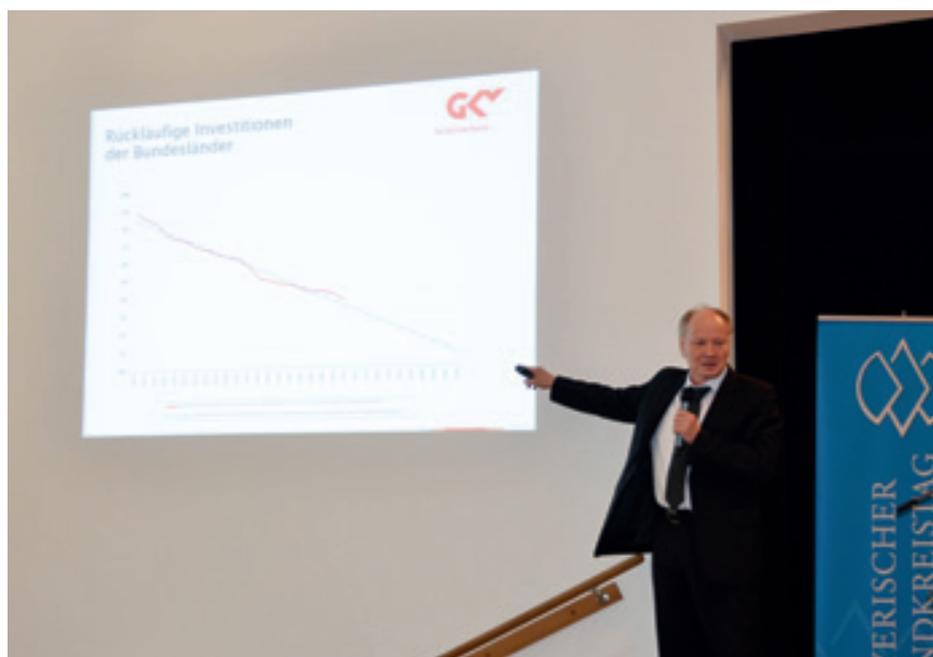
ES MUSS JEMAND IN DIE HAND NEHMEN UND DEN ANFANG MACHEN !

Krankenhausfinanzierung und medizinische Versorgung in Stadt und Land

Positionen des GKV-Spitzenverbandes

Bayerischer Landkreistag
Bayerisch Eisenstein, 06.05.2015

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilung Krankenhäuser



Dr. Wulf-Dietrich Leber stellt die Positionen des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausfinanzierung und medizinischen Versorgung in Stadt und Land vor.

Gang der Handlung

1. Krankenhausreform in großer Koalition
2. Qualität ! Qualität ! Qualität
3. Preise und Mengen
4. Strukturbereinigung durch Marktregulierung
5. Fazit

Mitglieder der AG

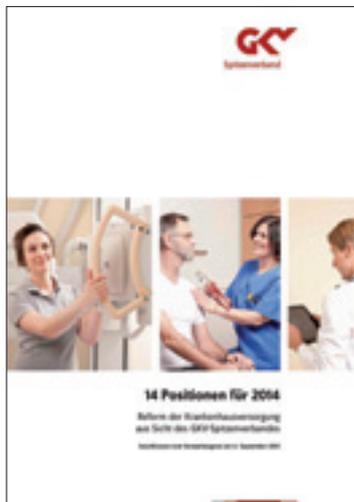


KHSG – Zeitplan

- ▶ 08.12.2014 Eckpunkte der Bund-Länder-AG
- ▶ 20.04.2015 Referentenentwurf
- ▶ 18.05.2015 Fachanhörung
- ▶ 10.06.2015 Kabinettsbeschluss
- ▶ 1. Lesung Bundestag
- ▶ 10.07.2015 1. Durchgang Bundesrat
- ▶ Okt. 2015? Öffentliche Anhörung
- ▶ Nov. 2015? 2./3. Lesung Bundestag und Bundesrat
- ▶ 01.01.2016 Inkrafttreten



Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes



abrufbar unter:

<http://www.gkv-spitzenverband.de/>

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes



abrufbar unter:

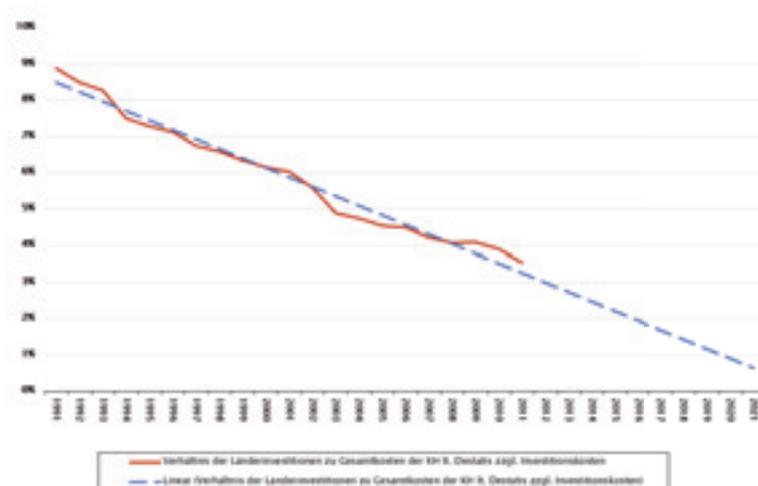
<http://www.gkv-spitzenverband.de/>



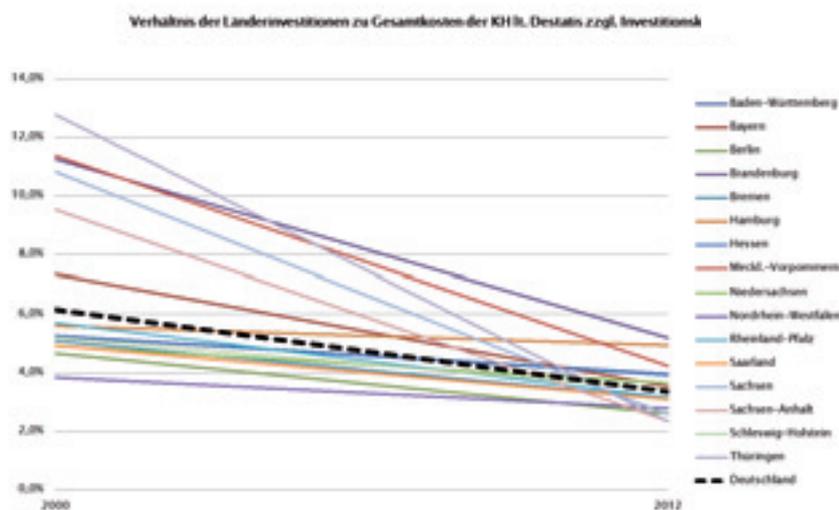
Dr. Doris Pfeiffer:
Zur Reform des stationären Sektors
2015 aus Sicht der gesetzlichen
Krankenversicherung

in: Der Landkreis 11/2014, W. Kohl-
hammer Verlag, Stuttgart, S. 661 f.

Rückläufige Investitionen der Bundesländer



Alle Bundesländer sind gleich!



Quelle: Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG; Statistisches Bundesamt

Gang der Handlung

1. Krankenhausreform in großer Koalition
2. Qualität ! Qualität ! Qualität
3. Preise und Mengen
4. Strukturbereinigung durch Marktregulierung
5. Fazit



Teil 1: Krankenhausplanung/Qualität und Sicherstellung

1.1 Qualität als Kriterium in der Krankenhausplanung	1.9 Notfallversorgung
1.2 Einhaltung Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA	1.10 Besondere Vergütung von Zentren
1.3 Mindestmengen	1.11 OP-Checklisten
1.4 Qualitätszuschläge und -abschläge	1.12 Zweitmeinung
1.5 Qualitätsverträge	1.13 Klinische Sektionen
1.6 Qualitätsberichte Krankenhäuser	1.14 Transplantationsregister und Implantateregister
1.7 Beteiligung Länder bei Beschlüssen des G-BA zur QS; Auftragserteilung an das QS-Institut	1.15 Neue Methoden
1.8 Sicherstellungszuschläge; Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung	1.16 Weiterentwicklung der spezialfachärztlichen Versorgung

1.2 Einhaltung Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA

- ▶ Die Verbindlichkeit der G-BA-Vorgaben wird gestärkt.
- ▶ Der G-BA legt das Nähere für unangemeldete MDK-Kontrollen fest.

GKV-Position:

- ▶ Durchsetzung von Mindeststrukturvorgaben wird begrüßt.
- ▶ Entzug der Abrechnungsfähigkeit ist das Mittel der Wahl, nicht Abschläge bei schlechter Qualität.
- ▶ Es ist zu begrüßen, dass der MDK größere Befugnisse erhält. Diese sollten sich auch auf OPS-Komplexcodes beziehen.
- ▶ Nicht der G-BA sollte das Nähere zum Prüfverfahren des MDK regeln, sondern DKG und GKV („Prüfv II“).

1.3 Mindestmengen (MiMe)

- ▶ MiMe-Beschlüsse werden erleichtert, aber Ausnahmefugnisse der Länder bleiben.
- ▶ Klarstellung: Keine Bezahlung unterhalb der Mindestmenge.

GKV-Position:

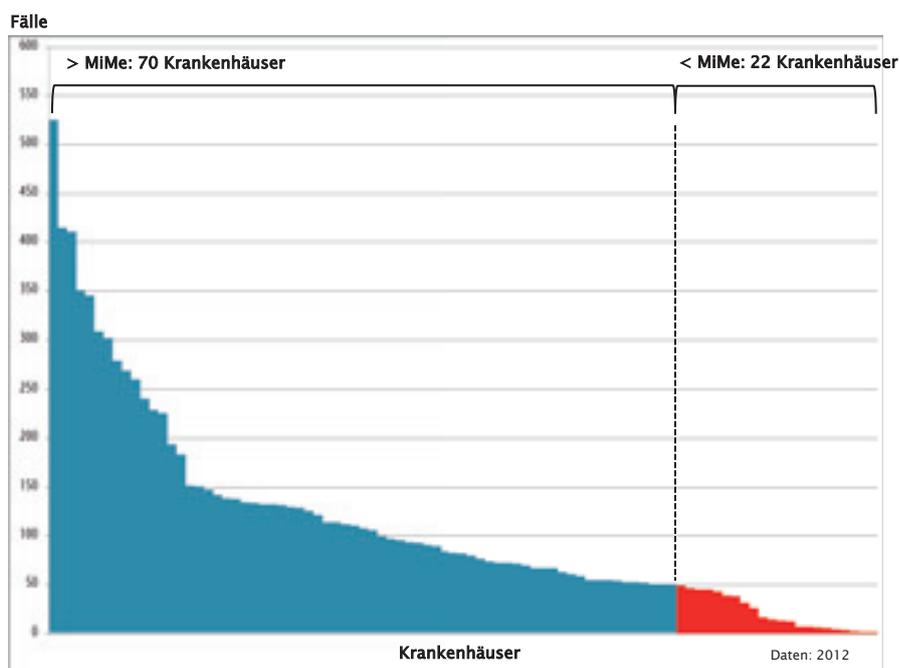
- ▶ Die Streichung des „besonderen Zusammenhangs“ und der Ausschluss von der Leistungserbringung bei Unterschreitung werden begrüßt.
- ▶ Kritisch bleiben die Ausnahmetatbestände (Härtefallregelung).
- ▶ Problematisch: Nachweis guter Qualität unterhalb der Mindestmenge ist nie möglich (statistisch).
- ▶ Transparenz über Krankenhausleistungsmengen ist erforderlich.

Mindestmengen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Jährliche Mindestmenge	Leistung
20	Lebertransplantation
25	Nierentransplantation
10	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
10	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
25	Stammzelltransplantation
50	Kniegelenk-Totalendoprothese (aktuell ausgesetzt)
-	Koronarchirurgische Eingriffe (Katalogaufnahme ohne konkrete Mindestmengenfestlegung)
30	Versorgung von Früh-/Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.250 g (aktuell 14)

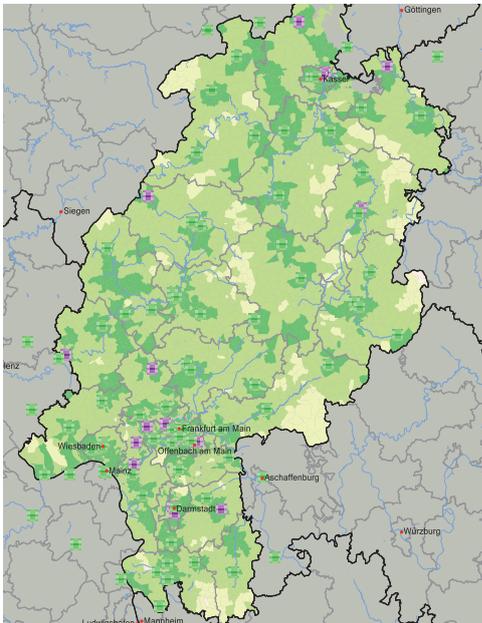
„Wenn die nach Satz 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden.“

Jede Menge kleine Mengen: Krankenhäuser in Hessen

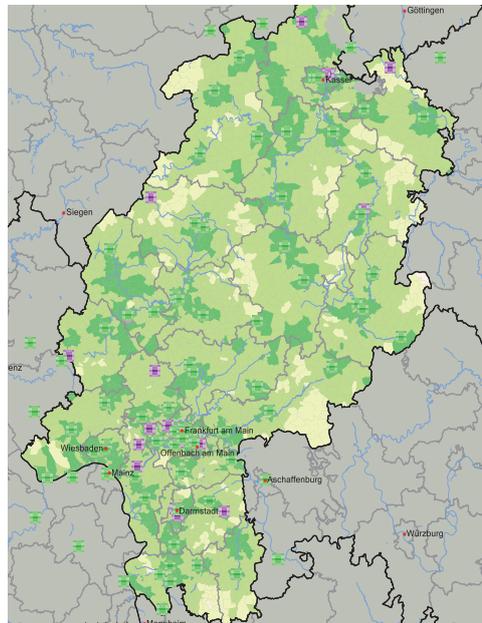




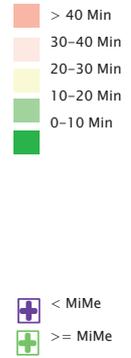
Mindestmenge Knie-TEP in Hessen:
22 von 92 KHs unter der Mindestmenge



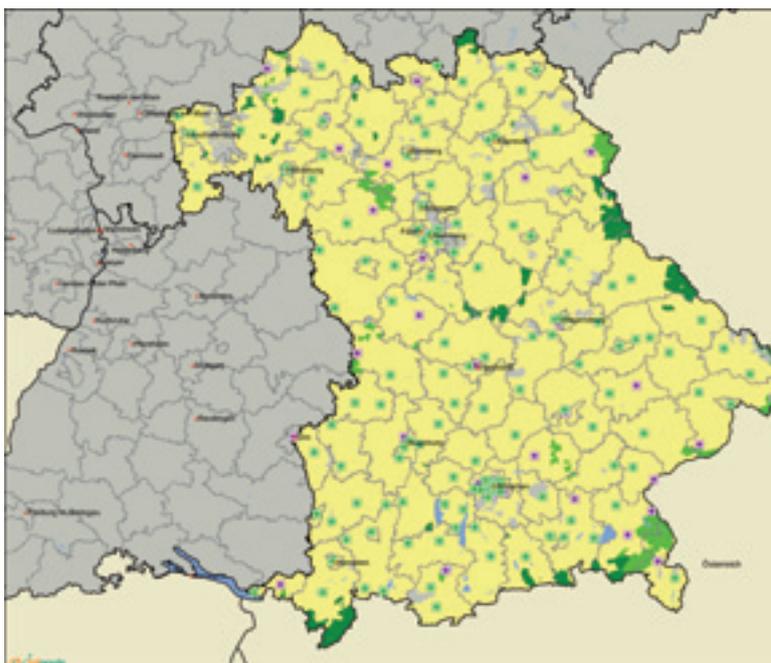
Erreichbarkeit Status quo



Erreichbarkeit bei konsequenter QS



Knie-TEP MiMe in Bayern
(Arbeitsstand: 10.09.2014)



Knie-TEP-KHs (186)

Grün: MiMe nach
Rekursion erreicht (145)

Lila: MiMe nach Rekursion
nicht erreicht (41)

Transplantationszentren mit n < 5 und n < MiMe (rot)



Transplantationen nach Postmortalspende 2011:

TX-Zentrum	Ort	Niere	Pankreas	Herz	Leber	Lunge
G-BA Mindestmenge oder kleine Menge:		(25)	<5	<=5	(20)	<=10
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	Dresden	48	6	<5		
Universität Leipzig	Leipzig	36	<5	31-35	97	20
Martin Luther Univ. Bereich Medizin Halle	Halle/Saale	48				
Friedrich Schiller Universität	Jena	82	11	10	49	6
Universitätsklinikum Benjamin Franklin / FU Berlin	Berlin	27				
Deutsches Herzzentrum Berlin	Berlin	<5		34		28
Universitätsklinikum Charité / Campus Virchow	Berlin	135	8		93	
Universität Rostock	Rostock	48	<5		<5	
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Hamburg	61	7	16-20	71	12
Medizinische Universität zu Lübeck	Lübeck	38	<5			
Christian Albrechts Universität	Kiel	24	<5	<5	47	<5
Kliniken der Freien Hansestadt Bremen	Bremen	27				
Medizinische Hochschule Hannover	Hannover	138	16	22-26	79	131
Herzzentrum Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen			77		
Nephrologisches Zentrum Niedersachsen	Hann.-Münden	79				
Klinikum der Philipps-Universität	Marburg/Lahn	25	<5			
Klinikum der Justus-Liebig-Universität	Giessen	20		10		14
Klinikum Fulda	Fulda	11				
Universitätsklinik Göttingen	Göttingen	<5		<5	33	
Otto-von-Guericke-Universität	Magdeburg				20	
Heinrich Heine Universität	Düsseldorf	72		12		
Knappschaftskrankenhaus	Bochum	89	31			
Universitätsklinikum Essen	Essen	111	7	7	131	14
Westfälische Wilhelms Universität	Münster	74	<5	14	36	<5
Klinik der Universität Köln-Lindenthal / Köln-Merheim	Köln	99	<5	6	12	<5
Universitätsklinikum Aachen	Aachen	16		7	50	
Rheinische Friedrich Wilhelms Universität	Bonn	31			20	
Klinikum der Johannes Gutenberg Universität	Mainz	20			43	6
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Univ.	Frankfurt a. M.	59	8		29	
Kerckhoff Klinik	Bad Nauheim			<5		
Universität des Saarlandes	Homburg/Saar	18			15	23
Westpfalz-Klinikum	Kaiserslautern	24	<5			
Klinikum der Stadt Mannheim	Mannheim	24				
Ruprecht-Karls-Universität	Heidelberg	87	8	21	96	
Klinikum Stuttgart Katharinenhospital	Stuttgart	44				
Eberhard Karls Universität	Tübingen	43	7		38	
Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität	Freiburg Breisgau	66	<5	19		15
Klinikum Großhadern	München	71	8	33	41	58
Klinikum Rechts der Isar	München	57	7		37	
Zentralklinikum Augsburg	Augsburg	23				
Universität Ulm	Ulm/Donau	8				
Friedrich-Alexander-Univ. Erlangen-Nürnberg	Erlangen	75	11	9	17	
Klinikum der Universität Regensburg	Regensburg	64	10	13	56	
Universitätsklinikum Würzburg	Würzburg	30		7	<5	
Summe DSO 2011		2055	171	366	1128	337

Quelle: DSO-Jahresbericht 2011

Patienten auf der Warteliste „Leber“ (am 01.01.2013)

Bezeichnung	Leber-Tx			Warteliste Leber 2013
	2011	2012	2013	
Universitätsklinikum der Gesamthochschule Essen	144	139	116	115
Universitätsklinikum Heidelberg	101	110	108	153
Charite Universitätsmedizin Berlin	96	79	77	122-124
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf Hamburg	80	72	76	41
Medizinische Hochschule Hannover	87	101	72	90-92
Klinikum der Eberhard-Karls-Universität Tübingen	45	59	51	134-140
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel	53	35	50	85-87
Klinikum der Universität München Innenstadt- Großhadern	43	48	50	48
Klinikum der Johann Gutenberg-Universität Mainz	44	35	49	85
Klinikum der Universität Regensburg	63	52	49	116-118
Universitätsklinikum Aachen	50	67	44	13-17
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	68	59	42	133-137
Universitätsklinikum Bonn	20	17	35	55
Klinikum der Universität Frankfurt	30	33	27	105
Universitätsklinikum Münster	37	35	26	62-64
Universitätsklinik des Saarlandes Homburg	15	10	17	37
Universitätsklinikum Leipzig	97	61	16	169
Kliniken der Georg-August-Universität Göttingen	33	15	16	30-32
Otto-von-Guericke Universität Magdeburg	21	14	14	108-110
Klinikum der Universität Würzburg	<4	10	10	17-19
Klinikum rechts der Isar der technischen Universität München	37	31	8	55
Klinikum der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg	17	5	7	47
Klinikum der Universität Köln	12	8	6	23-25
Universitätsklinikum Rostock	<4	<4	4	45

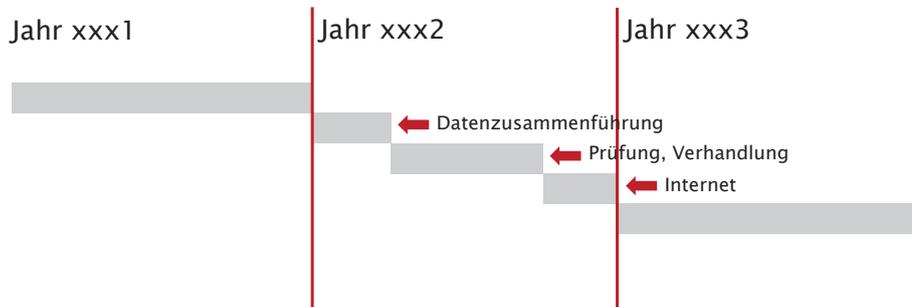
ca. 1.360 Patienten
(872 Tx in 2013)

Ca. 530 Patienten warten in Tx-Zentren, die die Mindestmenge nicht erreichen.
(98 Tx in 2013)

Quelle: Tätigkeitsberichte der Transplantationszentren nach § 11 Abs. 5 TPG

Sommerstrukturgespräch

- ▶ Unabhängig von den Budgetverhandlungen bedarf es vor dem Budgetjahr einer Prüfung der Struktur- und Prozessqualität (MiMe, TAVI ...)



1.4 Qualitätszuschläge und -abschläge

- ▶ Der G-BA definiert Indikatoren für qualitätsorientierte Vergütung.
- ▶ Abschläge bei schlechter Qualität obligatorisch.

GKV-Position:

- ▶ Begrüßenswertes Instrument; Umsetzung auf Basis bereits bestehender Indikatoren
- ▶ Abschläge machen schlechte Qualität nicht besser, aber seltener. Dennoch: Ausschluss vor Abschlag.
- ▶ Aufkommensneutrale Umverteilung mit Anreizen zur Qualitätsverbesserung auch über der Mindestanforderung
- ▶ Qualitätsabschläge würden die Krankenhausplanung und -struktur nachhaltig positiv verändern.

Codex Hammurapi (1750 v. Chr.) Erste ärztliche Gebührenordnung



- ▶ „Wenn der Arzt bei einem Herren einen Abszess mit dem Bronzemesser öffnet oder eine Trübung im Auge mit dem Bronzeinstrument entfernt **und das Auge des Patienten erhält**, so stehen ihm 10 Schekel Silber zu.“
- ▶ „Für die gleiche Operation bei einem Freigelassenen erhält der Arzt 5 Schekel, bei einem Sklaven 2 Schekel Silber.“

Qualitätssicherung (1750 v. Chr.)

- ▶ „Wird ein Herr vom Arzt mit dem Broncemesser wegen einer schweren Wunde behandelt und stirbt, so werden dem Arzt die Hände abgehackt.“
- ▶ „Die gleiche Strafe trifft den Arzt, wenn er bei einer Augenoperation das Sehorgan eines Mannes der höheren Klasse zerstört.“
- ▶ „Wenn der Arzt durch seine Behandlung einen Sklaven tötet, so hat er ihn zu ersetzen; wenn er sein Augenlicht zerstört, seinen halben Kaufpreis zu zahlen.“

Zitiert nach: Gerhard Venzmer, Fünftausend Jahre Medizin, Bremen, 1968

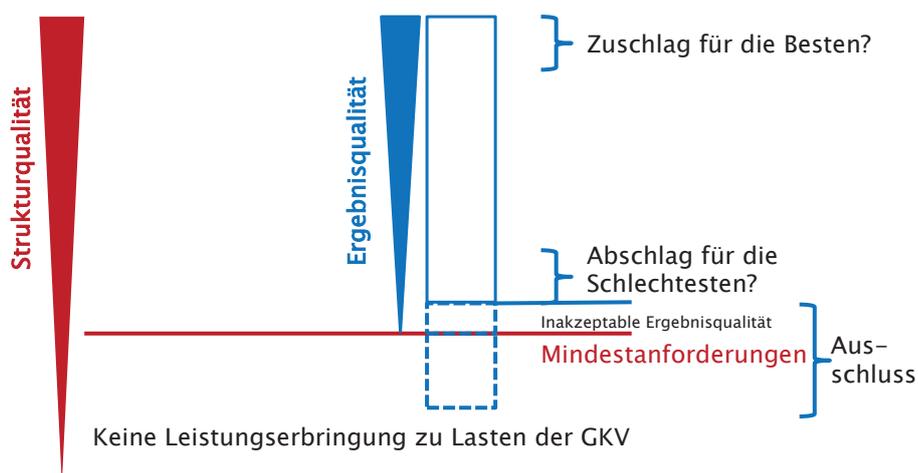
DKG-Position:

„Schlechte Leistungen werden durch Vergütungsabschläge nicht besser.“

GKV-Position:

„..., aber sie werden seltener!“

GKV-Spitzenverband: Struktur- und Ergebnisqualität





Qualitätsindikatoren monetär bewerten

- ▶ Die Entwicklung neuer QS-Indikatoren dauert fünf Jahre.

- ▶ Beginnen muss man deshalb mit den 400 Indikatoren, die bereits veröffentlicht werden. Wahrscheinlich müssen sie zu „Scores“ aggregiert werden.

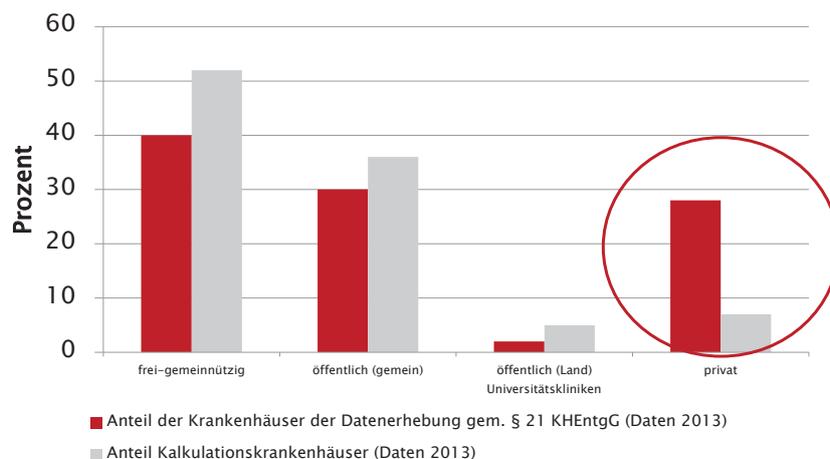
Gang der Handlung

1. Krankenhausreform in großer Koalition
2. Qualität ! Qualität ! Qualität
3. Preise und Mengen
4. Strukturbereinigung durch Marktregulierung
5. Fazit

Teil 2: Betriebskostenfinanzierung/ Mengenentwicklung und -steuerung

- 2.1 **DRG-System**
 - 2.1.1 **Repräsentativität der Kalkulation**
 - 2.1.2 Sinkende Sachkosten
 - 2.1.3 **Mehrkosten aufgrund von G-BA-Beschlüssen**
- 2.2 **Preisbildung**
 - 2.2.1 **Angleichung der Landesbasisfallwerte**
 - 2.2.2 **Orientierungswert für Krankenhäuser**
- 2.3 **Mengensteuerung**
- 2.4 **Berücksichtigung von Personalkosten im DRG-System**
- 2.5 **Universitätsklinika**
- 2.6 Ambulanter Notdienst der KVen
- 2.7 Schlichtungsausschüsse auf Landesebene

Zusammensetzung der Datenerhebung der Krankenhäuser (Trägerschaft)



Quelle: Abschlussbericht G-DRG-System 2015

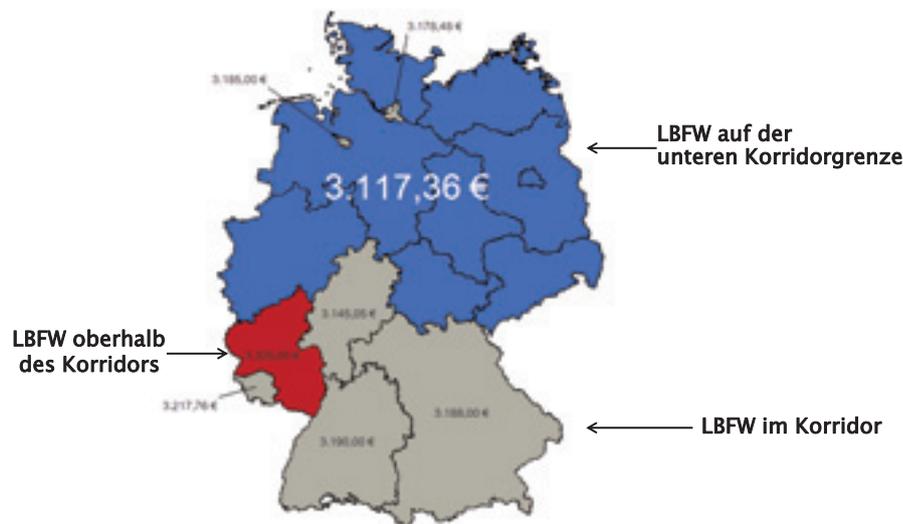
2.2.4 Angleichung der Landesbasisfallwerte (LBFW)

- ▶ Sechsjährige LBFW-Konvergenz ab 2016
- ▶ Geringfügige Verengung des Korridors
- ▶ ab 2020: BBFW-Berechnung auf Basis der LBFW

GKV-Position:

- ▶ Regelungen werden abgelehnt!
- ▶ Fehler der LBFW-Konvergenz werden durch die Änderung des Korridors nicht gelöst.
- ▶ Es gibt keinen fachlichen Grund für einen asymmetrischen Korridor (sollte vielmehr kostenneutraler Korridor sein).
- ▶ Regelung zur Umkehr der LBFW-Verhandlungen zu spät.
- ▶ Grotesk: „Berücksichtigung wirtschaftlicher Belange am unteren Korridorrand“

Landesbasisfallwerte (LBFW) 2014



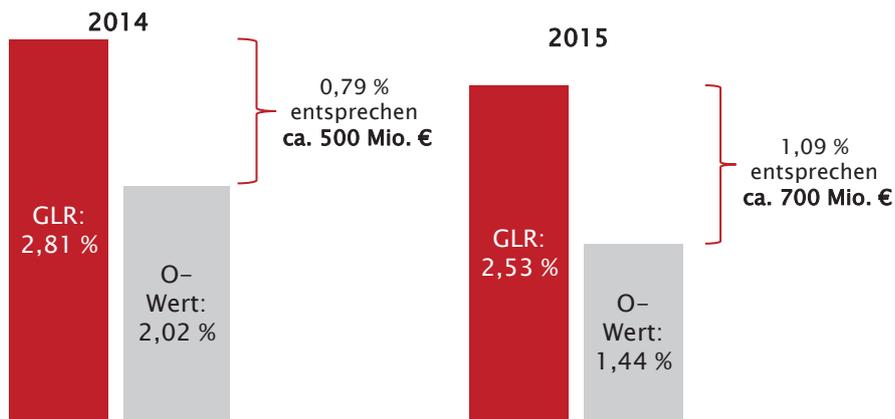
2.2.2 Orientierungswert für Krankenhäuser

- ▶ Der Orientierungswert soll bis 2018 weiter entwickelt werden.
- ▶ Meistbegünstigungsklausel wird geprüft.

GKV-Position:

- ▶ Weiterentwicklung ist zu begrüßen, geht aber nicht weit genug!
- ▶ Prüfung auf Abschaffung der Meistbegünstigung.
- ▶ Weiterentwicklung des Orientierungswertes als „Kosten je CM-Punkt“ notwendig!
 - Produktivitätsfortschritte müssen saldiert werden!
 - Kosten je CM-Punkt (Orientierungswert) sollten Erlöse je CM (LBFW) entsprechen. Keine Öffnung für gesonderte Tarifraten.

Grundlohnrate vs. Orientierungswert: Überzahlung in 2014 und 2015



- ▶ Diese Überzahlung ist basiswirksam!
- ▶ Ein angepasster Orientierungswert ist notwendig!

Faire Krankenhausvergütung

- ▶ Kosten- und Produktivitätsentwicklung müssen im Landes- bzw. Bundesbasisfallwert berücksichtigt werden.
- ▶ Ja, die Kostensteigerung je Blinddarmoperation sollten in vollem Umfang bezahlt werden. Aber bitte die Kostensteigerung je Fall!!! (genauer: je Casemixpunkt)

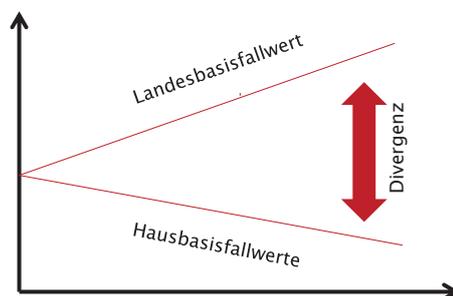
2.3.1 Mengensteuerung

- ▶ Die Degression im Landesbasisfallwert wird ab 2017 gestrichen und auf die Hausebene verlagert.
- ▶ Eine Ausweitung des Verhandlungstatbestandes „Wirtschaftlichkeitsreserven“ ist vorgesehen (Produktivität, Fehlbelegung, Verlagerungspotenzial).

GKV-Position:

- ▶ Die Verlagerung der Mengensteuerung auf die Hausebene ist ein fundamentaler Fehler.

Divergenzproblem!



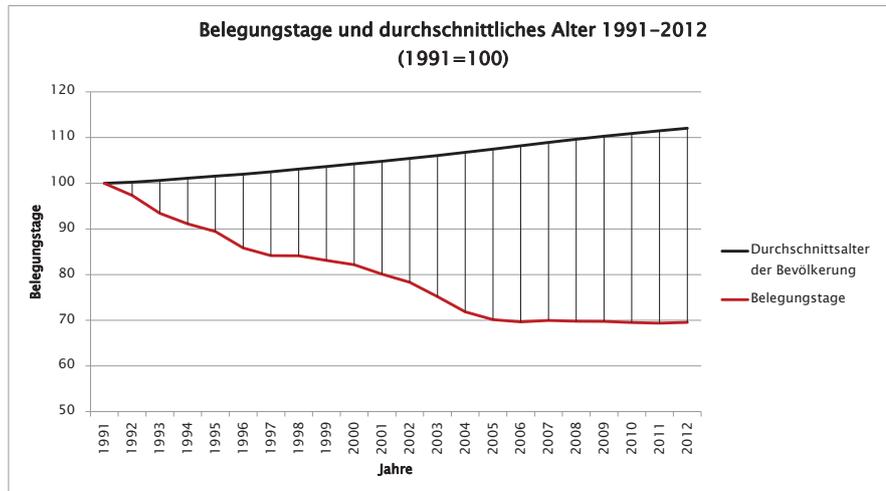
2.4 Berücksichtigung von Personalkosten im DRG-System

- ▶ 2016 bis 2018: Sonderprogramm zur Zusatzfinanzierung der „Pflege am Bett“
- ▶ Expertenkommission erarbeitet Vorschläge für die Folgeregelung.

GKV-Position:

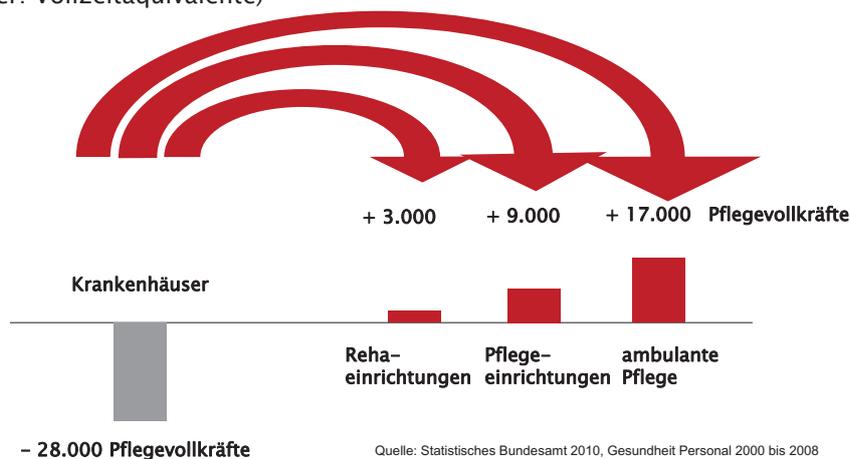
- ▶ Mängel der Sonderprogramme mittlerweile hinlänglich bekannt („... belohnt die Falschen“). Verbesserungsvorschläge:
 - Rückzahlungsverpflichtung, falls kein Nachweis
 - Berücksichtigung des Personalstands des alten Sonderprogramms
 - Kontrolle der Mittelverwendung über die Budgetverhandlung
- ▶ Volle Überführung der Mittel gewährleisten.
- ▶ Personalanzahlzahlen in qualitätskritischen Bereichen

Kleine Provo: Je älter die Bevölkerung wird, desto weniger liegt sie im Krankenhaus!



Beschäftigtenshift in der Pflege 2000 – 2008

Berufsgruppen „Gesundheits- und Krankenpfleger“
und „Gesundheits- und Krankenpflegehelfer“
(hier: Vollzeitäquivalente)



2.5 Universitätsklinik

- ▶ Statt einer institutionsbezogenen Förderung wird eine Reihe von Einzelmaßnahmen vorgeschlagen.

GKV-Position:

- ▶ Ein Uni-Zuschlag kommt zum Glück nicht.
- ▶ Sechsmal Inflight – Sinnhaftigkeit zeigt sich nach Umsetzung.
 - Verbesserung der Abbildung in der Kalkulation
 - Extremkostenfälle
 - Notfallversorgung
 - Zentren und Schwerpunkte
 - Zuschläge für gute Qualität
 - Hochschulambulanz

Gang der Handlung

1. Krankenhausreform in großer Koalition
2. Qualität ! Qualität ! Qualität
3. Preise und Mengen
4. Strukturbereinigung durch Marktregulierung
5. Fazit

1.8 Sicherstellungszuschläge Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung

- ▶ Der G-BA legt bis 31.03.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest.
- ▶ Kleine Revolution:
Nicht mehr das Land, sondern der G-BA legt fest, was ein „notwendiges“ Krankenhaus ist.

Von der Landesplanung zur Marktregulierung

Gestern

- ▶ Ein fürsorglicher Landesvater baut überall dort, wo Landeskinder stationärer Behandlung bedürfen, ein Krankenhaus.
- ▶ Er achtet auf Trägervielfalt.
- ▶ Er passt auf, dass die Behandlung überall gut ist.

Morgen

- ▶ Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Erreichbarkeiten und damit die notwendigen Krankenhausstandorte.
- ▶ Das Kartellamt als Regulierungsbehörde regelt die Trägervielfalt.
- ▶ Der G-BA und QTIG regeln als Regulierungsbehörden die Strukturen und Prozesse.

Vorbild Regulierungsbehörde

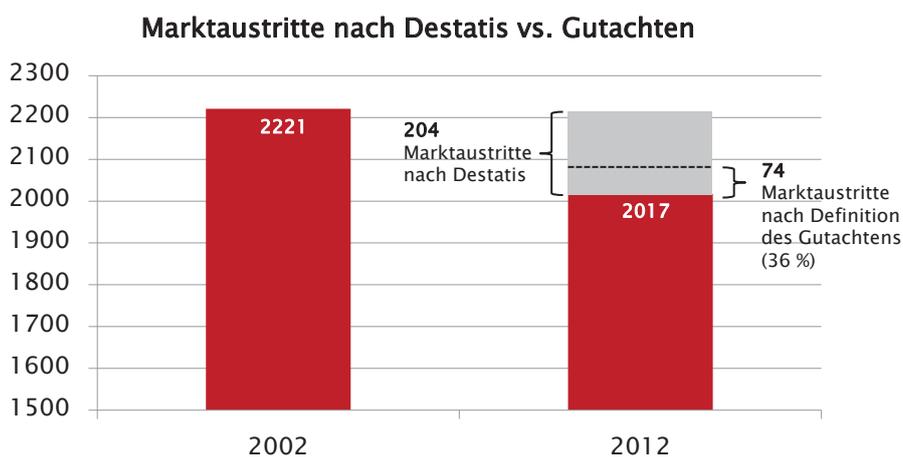
Bundesnetzagentur



Gutachten zu Marktaustritten

- ▶ Preusker et al. (2014):
Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland
2003 bis 2013
Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes
- ▶ Struktur:
 - ca. 100 Seiten Gutachten (Deskription und Analyse)
 - ca. 200 Seiten Anhang (Überblick: Marktaustritte) → Geschichte des Marktaustritts von Krankenhäusern in Deutschland

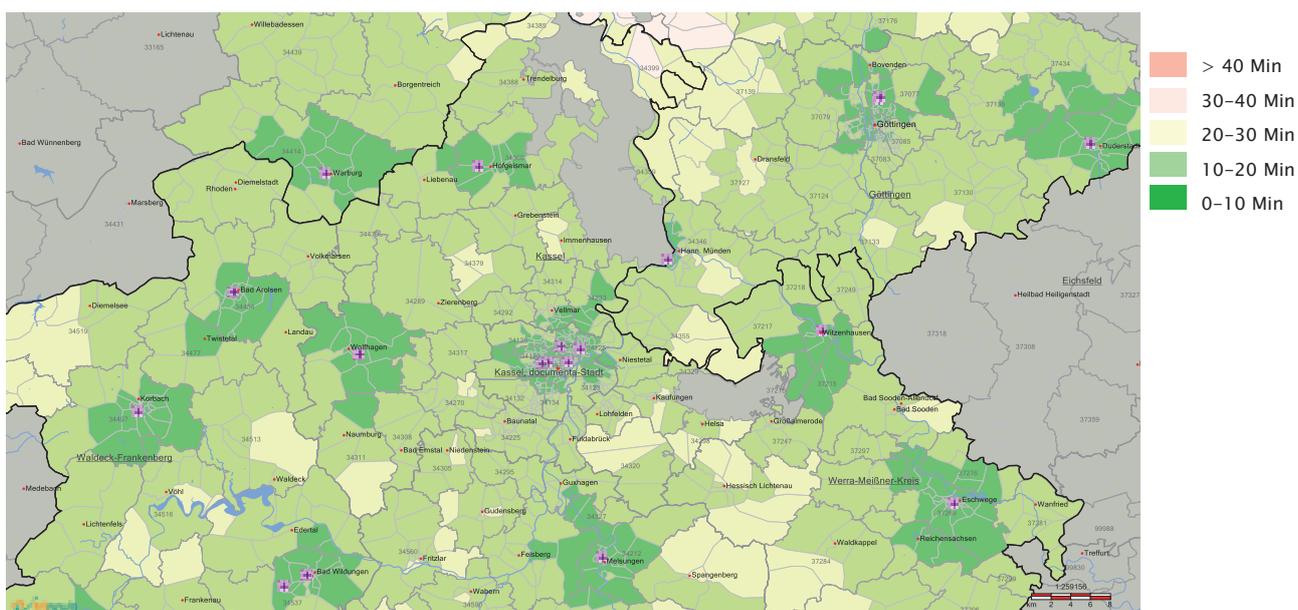
Marktaustritte der letzten 10 Jahre



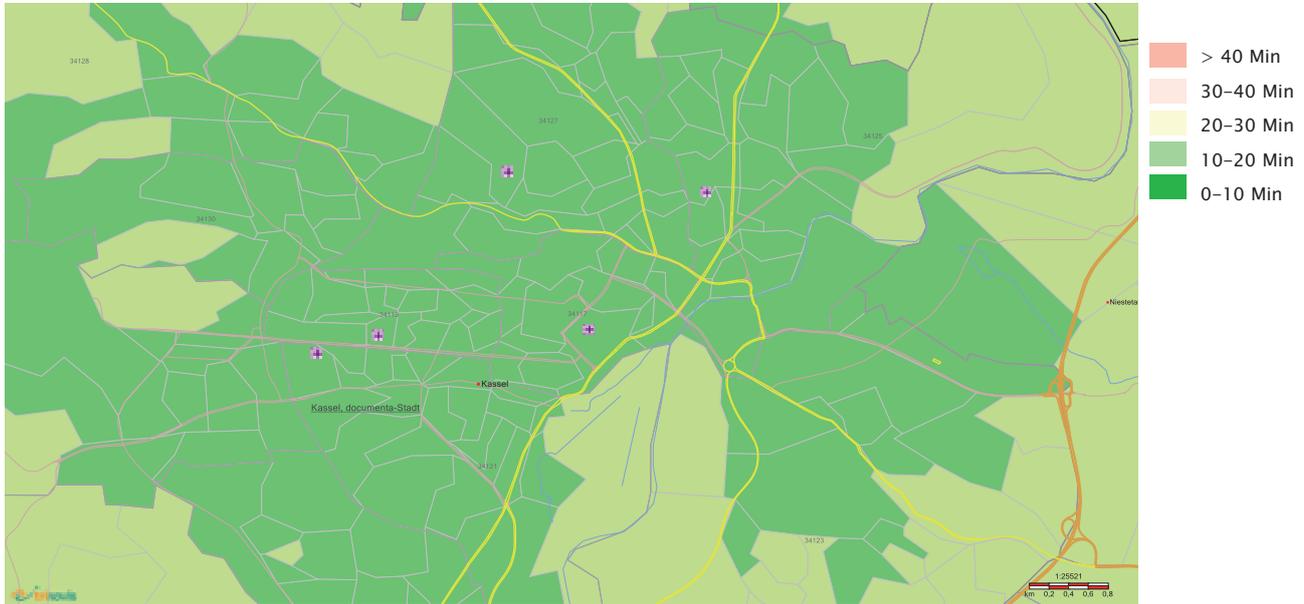
Fazit zu Marktaustritten

- ▶ Insgesamt gab es **weniger Marktaustritte als statistisch ausgewiesen**.
- ▶ **Erwartungstreue Verteilung** und Merkmalausprägung von Marktaustritten.
- ▶ Die **Krankenhausträger schließen**.
- ▶ **Marktaustrittshilfen** sind gesetzlich angelegt, entfalten aber de facto **kaum Wirkung**.
- ▶ **Restrukturierungsfonds** muss
 - 1) **mehrjährig** angelegt werden und
 - 2) ein **substanzielles Volumen** beinhalten.

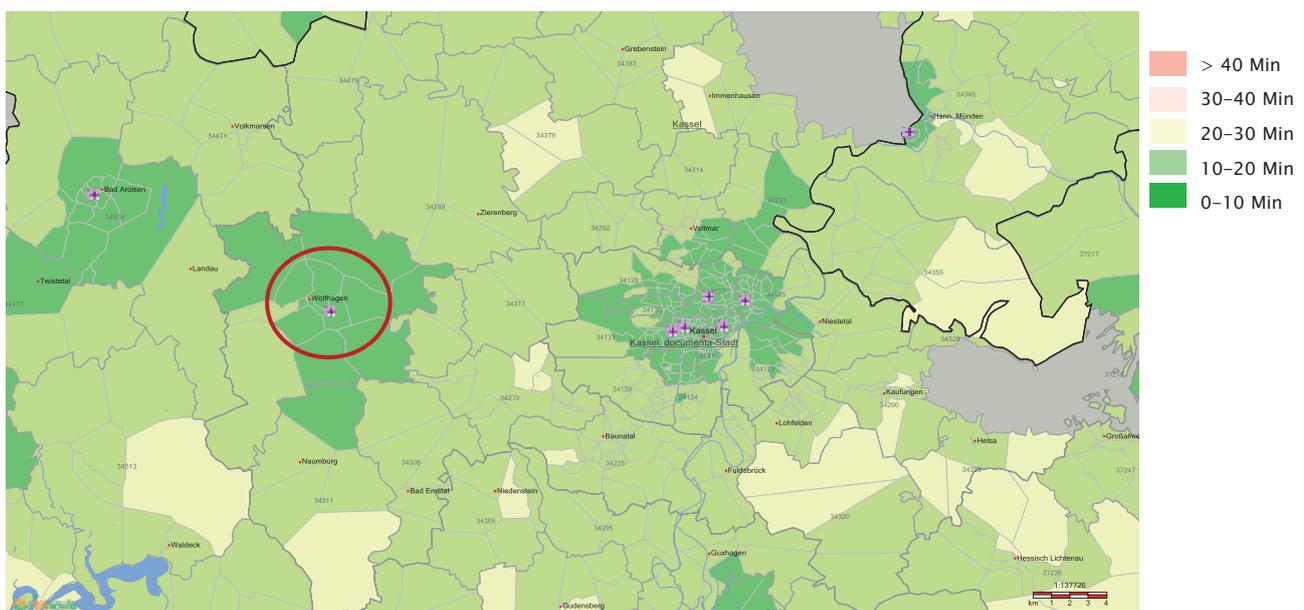
Erreichbarkeit von Grundversorgern in Nord-Hessen



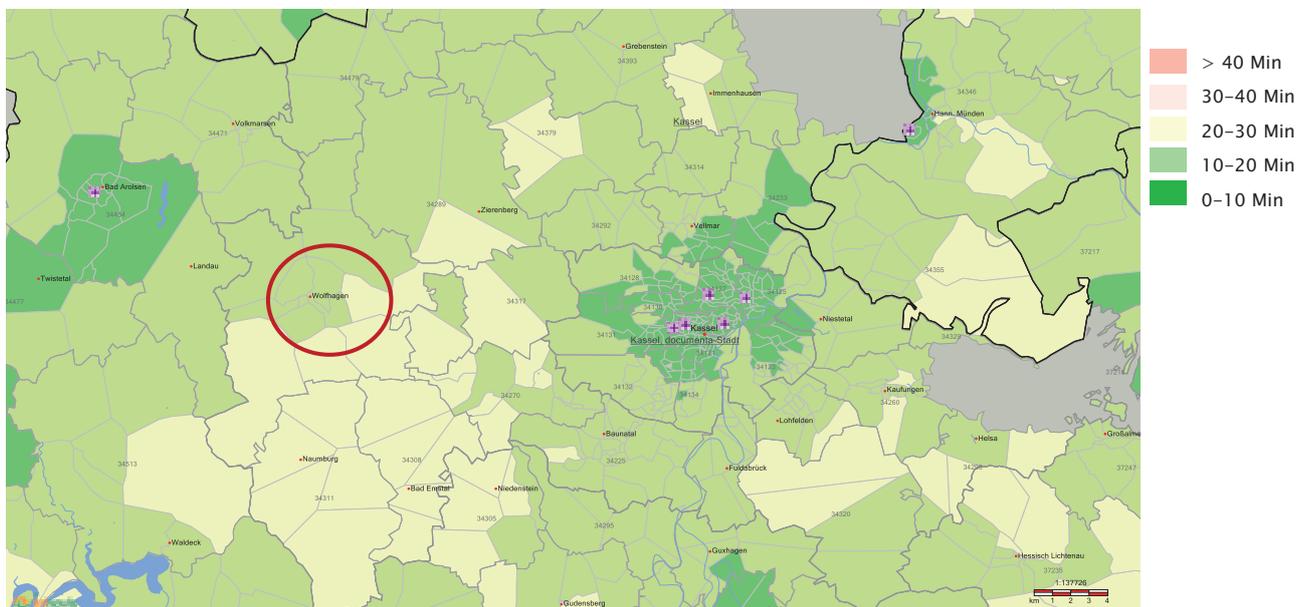
Erreichbarkeit von Grundversorgern in Kassel



Erreichbarkeit Wolfhagen (Nord-Hessen) Status quo



Erreichbarkeit Wolfhagen (Nord-Hessen) nach Marktaustritt



Zur Dichotomie von Sicherstellungs- und ReFo-Häusern

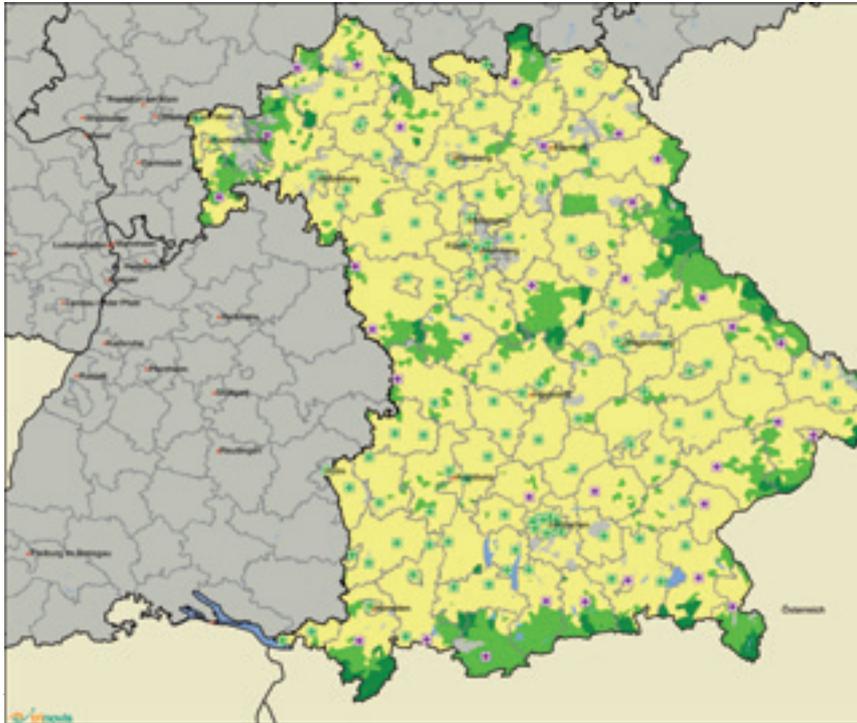


Marktaustrittskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert 30 km (grün) – 824/1.162 KHs



Marktaustrittskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert 25 km (grün) – 649/1.162 KHs

ReFo- und Sicherstellungshäuser in Bayern (Arbeitsstand: 10.09.2014)



Grundversorger 144

Grün: ReFo-Haus
(111)

Lila: Sicherstellungshaus
(33)

Simulation von Marktaustritten und Marktbereinigung durch Strukturanforderungen



Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen:

Marktaustritte sicherstellen

Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der
Strukturbereinigung im Krankenhaussektor

in: Klauber, Geraedts, Friedrich, Wasem (Hrsg.):
Krankenhaus-Report 2015 – Strukturwandel,
Schattauer, Stuttgart 2015, S. 187 – 210.

Umstrukturierungshilfen im Koalitionsvertrag gestrichen

~~Investitionsfonds i. H. v. 500 Mio. Euro aus Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Unterstützung von Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen in den Ländern (max. 50 % der jeweiligen Kosten)~~

Investitionsfinanzierung, Strukturfonds

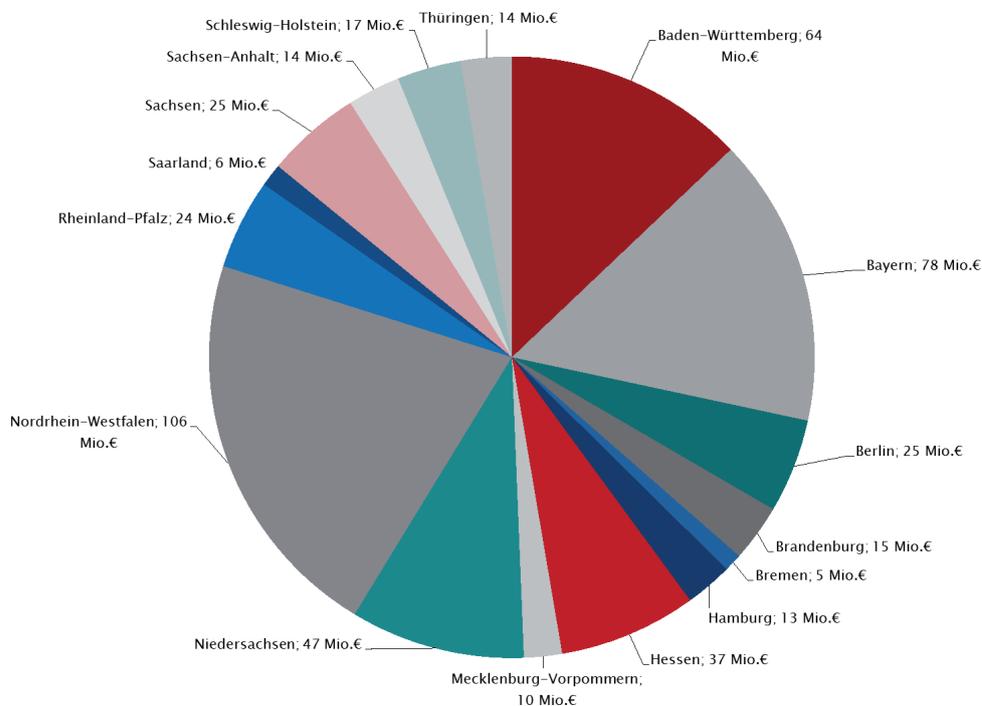
- ▶ **Abbau von Überkapazitäten, Konzentration und Umwandlung**
- ▶ **Max. eine Mrd. Euro zur Hälfte aus Gesundheitsfonds und Ländern; keine parallele Reduktion der Investitionsfördermittel**
- ▶ **Kriterien durch GKV-Spitzenverband, BMG und Länder**

GKV-Position:

- ▶ **Begrüßenswertes Programm zur Strukturbereinigung**
- ▶ **Das Problem der Investitionsfinanzierung bleibt ungelöst!**
- ▶ **Nur Schließung kompletter Standorte förderungswürdig**

- ▶ **Höhe des Betrages für Strukturreform ausreichend?**

Verteilung der 500 Mio. Euro nach dem Königsteiner Schlüssel



Der Strukturfonds hat einige zentrale Mängel

- ▶ Grundproblem des Auseinanderfallens von Krankenhausplanung und schleichender Monistik wird nicht gelöst.
- ▶ Der Strukturfonds wird so nicht funktionieren,
 - da die Länder antragsberechtigt sind und nicht die Träger.
 - da die Kontrolle der Mittelverwendung nicht dem BVA, sondern den Ländern obliegt.
 - da einer Zweckentfremdung der Fondsmittel zur Kompensation unterbliebener Investitionen damit Tür und Tor geöffnet sind.
- ▶ Negativ: Griff in den Gesundheitsfonds, PKV nicht beteiligt.
- ▶ Neu: Palliativmedizin
- ▶ Aber: Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Strukturfonds. Er kann grundsätzlich dazu beitragen, Überkapazitäten abzubauen.

Strukturbereinigung einleiten

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Strukturbereinigung einleiten

Dänemark



5,6 Mio. Einwohner
Fläche: 43.000 Quadratkilometer

Niedersachsen



7,8 Mio. Einwohner
Fläche: 47.600 Quadratkilometer

75 % der kleinen Häuser liegen in verdichteten Räumen

Krankenhausgröße	1. Kreisfreie Großstädte	2. Städtische Kreise	3. Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	4. Dünn besiedelte ländliche Kreise	Summe
XXL	56%	24%	9%	11%	100%
XL	33%	33%	19%	15%	100%
L	30%	42%	17%	11%	100%
M	19%	39%	22%	20%	100%
S	12%	42%	19%	26%	100%
Gesamt	30%	36%	17%	17%	100%

Quelle: GKV-SV 2013, BBSR 2011

- ▶ Über 50 % der kleinen Krankenhäuser liegen im urbanen Raum,
- ▶ ca. 75 % in verdichteten Räumen!



Liebe Krankenhausträger!

Die Länder werden eure Krankenhäuser nicht schließen!

Die Kassen werden eure Krankenhäuser nicht schließen!

Schließen müsst ihr eure Krankenhäuser schon selber!

Wer auf München wartet,
der wartet vergebens!

Standortschließungen



Quelle: Deutsche Bundesbank, Bankstellenstatistik, 2013

Standortschließungen



► Kirchenschließungen
2004 bis 2009

Quelle: Zeit Online unter www.zeit.de/2009/18/Karte-18

Neue Aufgaben für die gemeinsame Selbstverwaltung

Neue Aufgabe G-BA	Aufgaben für die Selbstverwaltung
Indikatoren für die Krankenhausplanung	Qualitätszu- und -abschläge (Vergütung)
Einhaltung der QS-Richtlinien des G-BA	Notfallversorgung (Vergütung)
Qualitätszu- und -abschläge	Zentrumszuschläge (Konzept)
Qualitätsverträge	Klinische Sektionen
Sicherstellungszuschläge	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Notfallversorgung	Sinkende Sachkosten
Zweitmeinung	Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag
Weiterentwicklung von Aufgaben des G-BA	Absenkung von Bewertungsrelationen
<i>Mindestmengenregelung</i>	Empfehlungen zum LBFW
<i>Qualitätsbericht</i>	Expertenkommission Pflege
<i>OP-Checklisten (QM-Richtlinie)</i>	Hochschulambulanzen
<i>Bewertung von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse</i>	Strukturfonds

Enge Fristsetzung für die gemeinsame Selbstverwaltung

- bis 31.12.2015: Strukturfonds – Vereinbarung der Grundstrukturen
- bis 31.03.2016: Zentrumszuschläge/besondere Aufgaben, Sicherstellungszuschläge (G-BA)
- bis 31.05.2016: Absenkung von Bewertungsrelationen
- bis 30.06.2016: Sinkende Sachkosten
- bis 30.09.2016: Katalog von Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag
- bis 31.12.2016: Repräsentative Kalkulationsstichprobe; Klinische Sektionen; Qualitätsverträge; Indikatoren für Krankenhausplanung (G-BA); Hygiene (G-BA); Notfallversorgung (G-BA), Qualitätszu- und -abschläge (G-BA)
- bis 30.06.2017: Qualitätszu- und -abschläge (Vergütung); Notfallversorgung (Vergütung)
- bis 31.12.2017: Expertenkommission Pflege



Gang der Handlung

1. Krankenhausreform in großer Koalition
2. Qualität ! Qualität ! Qualität
3. Preise und Mengen
4. Strukturbereinigung durch Marktregulierung
5. Fazit

Fazit

- ▶ Es ist eine Krankenhausreform, aber keine „große“. Ungelöst ist das Problem rückläufiger Länderinvestitionen.
- ▶ Qualitätsorientierung ist gut, wirkt aber erst langfristig.
- ▶ Einiges ist rückwärts gewandt, so z. B. das Pflegesonderprogramm und der Trend zu hausbezogenen Basisfallwerten.
- ▶ Der „Strukturfonds“ ist nur ein Startschuss – aber immerhin.
- ▶ Die Reform ist voller Vertrauen in die gemeinsame Selbstverwaltung (rund zwei Dutzend neue Aufgaben).
- ▶ Die finanzielle Mehrbelastung ist beitragsrelevant. Leider ist der Anteil für strukturelle Reformen zu klein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Aktuelle Informationen unter:
www.gkv-spitzenverband.de

Rede von Staatsministerin Melanie Huml

Älterwerden im ländlichen Raum: Anforderungen an Medizin und Pflege

Es gilt das gesprochene Wort!

Begrüßung

Anrede!

Sehr geehrte/r

- **Herr Landrat Bernreiter**, lieber Christian
- **Herr Alois Glück**, Präsident des Zentralkomitees deutscher Katholiken
- **Damen und Herren!**



Staatsministerin Melanie Huml erläutert ihre Vision von der Zukunft der medizinischen und pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum.

Schon alt? Noch jung?

„Die ist ja noch jung“, habe ich neulich eine alte Dame sagen hören, „die ist ja erst 70!“

Worüber wir jetzt schmunzeln ist doch symptomatisch für den tiefgreifenden demographischen Wandel in unserer Gesellschaft.

Die Menschen haben heute die Chance auf ein sehr langes Leben. Noch jung? Schon alt? Hier verschieben sich die Sichtweisen.

Versorgung im Alter

Alt werden zwar immer nur die anderen. Das ist doch klar.

Aber für die ist es wichtig, dass sie sich auf eine **qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung** verlassen können. Auch und erst recht in den ländlichen Räumen.

Darum müssen wir uns gemeinsam kümmern. Und so freue ich mich sehr, dass es das Thema Ihrer Jahrestagung ist.

Grüß Gott!

Ein herzliches Grüß Gott hier in Bayerisch Eisenstein. Ich bin heute sehr gerne in den Landkreis Regen gekommen, um aktuelle Anliegen in puncto medizinische Versorgung und Pflege mit Ihnen zu diskutieren.

Und ich habe noch zwei Förderbescheide Gesundheitsregionen^{plus} im Gepäck, die werde ich am Ende überreichen.

Herausforderung Demographie

Wandel

Eine alternde aber bunter werdende Gesellschaft, Strukturwandel in den ländlichen Räumen, stark veränderte Familienbilder, selbstbewusste Senioren, die das Leben genießen wollen.



Veränderte Krankheitsbilder

Das ist in etwa die Lage auf die sich unsere **medizinische Versorgungs- und Pflegelandschaft einstellen** muss. Zum Beispiel darauf, dass sich die **häufigsten Krankheitsbilder** hin zu **altersbedingten und chronischen Erkrankungen verschieben werden**. Auch die Fallzahlen werden sich erhöhen. Doch darauf komme ich noch zu sprechen.

Ganz kurz: Prävention

Es ist mir wichtig vorzuschicken, wie unerlässlich es in dieser Situation ist, **die Chancen, die uns Gesundheitsförderung und Prävention eröffnen**, voll auszu-schöpfen.

Denn **am besten ist es unbestritten**, erst gar nicht bzw. so spät wie möglich krank zu werden.

Ich möchte das **Thema heute nicht vertiefen**. Ich denke, für Sie stehen heute andere Aspekte im Vordergrund. Ich wollte nur betont haben, dass man Prävention und Gesundheitsförderung mitdenken muss, wenn man sich über die **gesundheitliche Versorgung in den ländlichen Räumen** Gedanken macht.

Ambulante medizinische Versorgung

Ärzte bei den Menschen

Beginnen wir mit der **ambulanten medizinischen Versorgung**.

Hier ist für ältere Menschen wichtig, dass sie in **Wohnortnähe medizinisch versorgt** werden können. Da wo sie krank sind und wieder gesund werden wollen.

Vor allem **Hausärzte** spielen hier eine große Rolle. Sie kennen die Krankengeschichte der Patienten und können mit diesem Überblick notwendig werdende, auch fachärztliche, Behandlungen koordinieren.

Aktuell gute Versorgungslage

Erfreulicherweise ist Bayern hier sehr gut aufgestellt. Alle **Landesteile sind sehr gut mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten versorgt**.

Aber: Dranbleiben!

Aber wir **müssen am Ball bleiben**, wenn wir die gute Ausgangslage **in Zukunft erhalten** wollen.

Auch die Bundesregierung stellt sich aktuell mit dem **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz den zukünftigen Herausforderungen**.

Problem: Altersstruktur der Hausärzte

Da ist **zum einen die Altersstruktur der Ärzte**, vor allem der Hausärzte. Aktuell sind im Freistaat über 30 Prozent der Hausärzte über 60 Jahre alt.

90 % fachärztliche Weiterbildungen

Zugleich zielt sich der **Nachwuchs**, um es mal salopp zu sagen. **90 Prozent der angehenden Ärzte** wählen eine Weiterbildung, die **nicht in eine hausärztliche Tätigkeit** mündet.

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Hier setzt der Gesetzgeber **im GKV-VSG einen Kontarpunkt**:

- Mindestens **2.500 zusätzliche, geförderte Weiterbildungsstellen** sollen in der Allgemeinmedizin geschaffen werden (damit insges. mindestens 7.500).
- Zusätzlich soll die **Weiterbildungsvergütung in der Allgemeinmedizin angehoben werden**. Bayern hat diese geplante Änderung daher von Anfang an unterstützt.

Verteilung der Ärzte

Ein **weiterer wichtiger Punkt** ist die **Verteilung der Ärzte**. Wir haben zwar genügend Ärzte, aber heute schon nicht überall dort wo sie gebraucht werden.

GKV-VSG setzt hier an vielen kleinen Stellschrauben an

Das GKV-VSG nimmt sich dieser Thematik gleich an mehreren Stellen an:

- Sei es durch **verstärkte Anreize zur Niederlassung** in schwächer versorgten Gebieten,
- **verbesserte Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Niederlassungssteuerung**
- oder durch den Anspruch auf **vorübergehende Er-**

mächtigung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung - wenn und solange niedergelassene Ärzte in der Region fehlen.

Regionale Besonderheiten beachten

Eine gute Versorgungspolitik muss aber auch immer die **Versorgungsstrukturen vor Ort** berücksichtigen. Dies ist seit Langem unsere Überzeugung in Bayern.

Einsatz Bayerns für regionale Abweichung

Deshalb hat **Bayern** zusammen mit anderen Ländern bei der Novellierung der Bedarfsplanung **durchgesetzt**, dass die Selbstverwaltungspartner vor Ort von den grundsätzlich **bundesweit geltenden Vorgaben abweichen** können - wenn dies auf Grund **regionaler Besonderheiten** für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist.

Auf dieser Basis konnten beispielsweise im Bereich der **hausärztlichen Versorgung** schon **15 Mittelbereiche weiter geteilt** werden.

Weitere 25 Teilungen werden durch die zuständigen Selbstverwaltungspartner aktuell geprüft.

Diese Teilungen machen den Weg frei für Neuzulassungen von Ärzten, der ohne eine Teilung des Planungsbereichs versperrt gewesen wäre.

Maßnahmen Staatsregierung

Darüber hinaus hat die Staatsregierung **längst selbst Maßnahmen** ergriffen, um Versorgungsengpässe gar nicht erst **entstehen zu lassen**.

Förderprogramm

Sie kennen sicher unser **Förderprogramm**, das wir 2012 aufgelegt haben. Im Doppelhaushalt 2015/2016 stehen **weitere 11,7 Millionen Euro dafür bereit**.

Das Förderprogramm steht auf 3 Säulen:

- **Wir fördern die Niederlassung** von Haus- und Fachärzten im ländlichen Raum.
- **Außerdem fördern wir innovative medizinische Versorgungskonzepte**, die uns helfen können, den Strukturwandel zu bewältigen.
- **Und das Dritte ist ein Stipendienprogramm**, mit dem Studentinnen und Studenten motiviert werden, sich nach ihrem Studium im ländlichen Raum als Ärzte niederzulassen.

Es wirkt

Die Programme zeigen bereits die **gewünschte Wirkung** [Stand 30.04.2015]:

- Wir konnten **139 Niederlassungen** und **Filialbildungen** fördern (darunter 1 Frauenarzt und 3 Psychotherapeuten).
- **Daneben haben wir 76 Stipendien** vergeben.

Wir machen den jungen Ärzten das Landleben schon noch schmackhaft. Wenn nicht für eine Niederlassung als Hausarzt, dann vielleicht für eine **Tätigkeit in einer bayerischen Klinik**.

Krankenhäuser für Stadt und Land

Flächendeckendes Krankenhausnetz

Leider wird bei zunehmendem Alter ein **Krankenhausaufenthalt immer öfter unausweichlich**.

Komplementär zur ambulanten Versorgung brauchen wir deshalb ein ausreichend **flächendeckendes Netz stationärer Versorgungsangebote**.

Krankenhäuser sind **wichtige Bestandteile der Daseinsvorsorge**. Die Bürgerinnen und Bürger im ländlichen Raum haben denselben Anspruch auf Gesundheitsversorgung wie die Stadtbewohner.

Umso mehr können wir uns in **Bayern** über eine **medizinisch leistungsfähige Krankenhausversorgung überall im Land** freuen, einschließlich spezieller Angebote der **Altersmedizin und geriatrischer Rehabilitation**.

2/3 der Krankenhäuser im ländlichen Raum

Von den derzeit in **Bayern** zugelassenen **über 400 Krankenhausstandorten** sind **rund zwei Drittel im ländlichen Raum**. Von den **über 77.000 Betten** und teilstationären Plätzen befindet sich **die Hälfte** in Krankenhäusern **ländlicher Regionen**.

60% Geriatrien im ländl. Raum

Wir haben **71 Akutgeriatrien** und **4 akutgeriatrische Tageskliniken**, die das in Bayern bestehende dichte Netz an wohnortnahen **geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ergänzen**.

Ungefähr **60%** der gesamten **stationären geriatrischen Behandlungskapazität** [Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation] befindet sich im **ländlichen Raum**.



Staatliche Krankenhausplanung im Dialog

Diese hochwertige Krankenhauslandschaft ist der Beweis für den **Erfolg einer staatlichen Planung, wie wir sie im Dialog** mit den **beteiligten Leistungserbringern und Kostenträgern** praktizieren.

Auf der einen Seite wenige unverzichtbare Vorgaben - dazu gehören Gesamtbettenzahl, Versorgungsstufe, Fachrichtungen. Auf der anderen **nötige unternehmerische Freiräume. Das ist für beide Seiten von Vorteil.** Denn **nur im Konsens** können wir die Krankenhausstrukturen so gestalten, dass sie zukunftsfest sind.

Abstimmung der Leistungsangebote

Zum Beispiel:

- Durch die **Zusammenarbeit einzelner Krankenhäuser** – auch über kommunale Gebietsgrenzen hinaus.
- Oder durch die **Abstimmung der Leistungsangebote** und die Bildung von Behandlungsschwerpunkten in den einzelnen Regionen.

Kopplung Planung - Finanzierung

Die **Koppelung von Planung und Finanzierung** gewährleistet dann, dass die **Ausstattung** der bayerischen Krankenhäuser – auch im ländlichen Raum – **flexibel neuen Herausforderungen** angepasst werden kann.

500 Mio. Euro für bay. Krankenhäuser

Seit Jahrzehnten setzt Bayern erhebliche Mittel zur Sicherung der stationären Versorgungsstruktur ein - **aktuell sind es jährlich eine halbe Milliarde Euro.**

Dieser grundsätzlich ausreichenden Finanzierung ist es zu verdanken, dass in den letzten Jahren **alle entscheidungsreif entwickelten Bauvorhaben zeitgerecht finanziell abgesichert** wurden.

Im Gegensatz zu anderen Ländern gibt es in Bayern **weder einen Investitionsstau noch Wartelisten für Bauvorhaben!**

2,42 Mrd. Euro für ländlichen Raum

Allein in den **vergangenen zehn Jahren** (2005 - 2014) haben wir für die Modernisierung der Krankenhäuser **außerhalb von Ballungsgebieten rund 2,42 Milliarden Euro** ausgegeben.

Aktuell sind **über die Hälfte der im Jahreskrankenhausbauprogramm veranschlagten Fördergelder** für den Ausbau der stationären Versorgung **außerhalb der Ballungsräume** vorgesehen. Weitere Projekte werden derzeit für die finanzielle Absicherung vorbereitet.

Damit sind die **Krankenhäuser im ländlichen Raum** – in Bayern sind sie nach wie vor überwiegend in kommunaler Trägerschaft – **in bestmöglicher Weise in die Förderung einbezogen.**

Um auch in Zukunft die notwendigen Anpassungen an den medizinischen, technischen und baulichen Fortschritt finanzieren zu können, ist eine **ausreichende Mittelausstattung für die Krankenhäuser essentiell.**

Ich werde mich daher auch in den kommenden Jahren für eine **ausreichende Ausstattung der Krankenhausfinanzierung** einsetzen. Ich bitte den Landkreistag insbesondere in den Haushaltsgesprächen mit den kommunalen Spitzenverbänden um seine Unterstützung.

Krankenhausreform auf Bundesebene

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Bei der **akutstationären Versorgung** spielen neben der **Daseinsvorsorge** immer auch Aspekte der **Qualitätssicherung** und **Wirtschaftlichkeit** mit hinein.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Um dieses Dreigestirn kreisten folglich auch die **Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe** für eine **Krankenhausreform auf Bundesebene**, bei der ich dabei sein durfte.

Eckpunkte

Die **Eckpunkte** dafür liegen seit Dezember 2014 auf dem Tisch. Einige wichtige bayerische Interessen konnte ich dabei durchsetzen.

Aber ich möchte nicht zu sehr ins Detail gehen und mich auf den Punkt **Finanzierung** konzentrieren.

Abschaffung der doppelten Degression

Hier haben wir erreicht, dass die **doppelte Degression abgeschafft** wird. Ab 2017 werden mengenbedingte Kostenvorteile nur noch bei **den Krankenhäusern** be-

rücksichtigt, **die auch tatsächlich Mehrleistungen erbringen**. Die ungerechte kollektive Absenkung der Krankenhausvergütungen wird dann abgeschafft.

Bessere Ermittlung des Orientierungswerts

Des Weiteren: Der **tatsächlichen Kostenentwicklung** in den Krankenhäusern soll in Zukunft besser Rechnung getragen werden!

Dafür soll der **Orientierungswert passgenauer**, d.h. **insbesondere krankenhausspezifischer, und damit gerechter ermittelt werden**.

Denn was wir durch die Abschaffung der Fallzahldegression zugunsten der Krankenhäuser erreicht haben, darf nicht durch einen zu niedrigen Orientierungswert wieder gekappt werden.

Voller Orientierungswert

Sobald der **Orientierungswert** sachgerecht ermittelt werden kann (realistisch dürfte dies nicht vor 2018 der Fall sein), wird **geprüft**, ob bzw. inwieweit er künftig die **alleinige Bezugsgröße** für die möglichen Vergütungssteigerungen der Krankenhäuser wird.

D.h. also, ob die bisherige Kombination aus Grundlohnsumme und anteiligem Orientierungswert abgeschafft wird.

Sicherstellung gut erreichbarer Krankenhausversorgung

Außerdem habe ich in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, dass wir auch **in ländlichen Regionen Krankenhäuser erhalten**, die ein ausreichendes medizinisches Versorgungsangebot sicherstellen.

Bessere Vergütung der stationären Notfallversorgung

Denken Sie nur an die stationäre **Notfallversorgung**. Sie soll **in Zukunft besser vergütet** werden. Krankenhäuser, die Notfallstrukturen in hohem Umfang vorhalten, werden Zuschläge erhalten, solche die es nicht tun, müssen mit Abschlägen rechnen.

Krankenhaustrend 2013

Beim „Bayerischen Krankenhaustrend 2013“, der aktuellen **Umfrage der Bayerischen Krankenhausesell-**

schaft, gab rund die Hälfte der bayerischen Kliniken an, 2013 ein Defizit erwirtschaftet zu haben. (Auswertungsstand: April 2014).

Umso wichtiger war es mir, den Weg für eine **nachhaltig gesicherte Finanzierung** der Krankenhäuser zu bahnen.

Referentenentwurf

Das Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene läuft jetzt an. Seit Kurzem liegt ein **Referentenentwurf** des Bundesgesundheitsministeriums vor.

Ziel verfehlt

In **einigen Punkten** zeigt sich, dass die Eckpunkte zwar **formal umgesetzt** werden. Unser **erklärtes Ziel – die nachhaltige Verbesserung der Finanzierungssituation der Krankenhäuser** – wird aber nicht oder wenigstens nicht vollständig erreicht.

Kritik der Krankenhäuser

Die teils **heftige Kritik der Krankenhäuser** auf diesen Entwurf zeigt deutlich, dass ihre Hoffnungen auf eine nachhaltige Verbesserung der Rahmenbedingungen bisher enttäuscht wurden.

Ich werde versuchen, im weiteren Gesetzgebungsverfahren **Änderungen** zu erreichen, die uns zu unserem **ursprünglichen Ziel wieder zurückbringen**.

Neue Wege in der Pflege

Angst vor Pflegebedürftigkeit zerstreuen

Sehr geehrte Damen und Herren, das Thema Älterwerden schließt auch das Thema Pflege mit ein. Denn kein Mensch ist davor gefeit im **Alter auf Hilfe angewiesen** zu sein.

Davor **graut den Menschen**. Vor allem aus Angst, dann nicht gut versorgt zu sein. Umso mehr ist es Aufgabe der Politik, Vertrauen zu schaffen in gute und vielfältige Pflege in unserem Land.

Dazu gehört für mich **auch die Motivation, selbst vorzusorgen**. Ich erinnere daran: Die Pflegeversicherung ist nur eine **Teilkaskoversicherung**. Aber dadurch hat der pflegebedürftige Mensch auch die Wahl, wie er **versorgt bzw. unterstützt** werden will.



Erstes Pflegestärkungsgesetz

Das **Erste Pflegestärkungsgesetz auf Bundesebene, an dessen Gestaltung wir intensiv mitgewirkt haben, ist bereits in Kraft**. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind jetzt besser und flexibler. Das kommt unmittelbar bei den Betroffenen an.

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Weitere Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden kommen. Sie sind gerade im Auf- und Ausbau begriffen und werden Pflegekräfte, pflegende Angehörigen und auch die Pflegebedürftigen entlasten.

2015

Noch in diesem Jahr soll das **Zweite Pflegestärkungsgesetz** verabschiedet werden. Der **neue Pflegebedürftigkeitsbegriff** soll zum 1.1.2017 umgesetzt sein.

PSG II

Ganz aktuell liegen die **Ergebnisse der Erprobung des neuen Begutachtungssystems vor**. Wir werden den Bund weiter mit unserer Expertise dabei unterstützen, **kognitiv und körperlich eingeschränkte Pflegebedürftige gleichzustellen**.

Demenzkranke und ihre Angehörigen brauchen unsere Hilfe und das ist ein wichtiger Schritt.

Stärkung der Rolle der Kommunen

Klar ist, dass die Pflege **auch ein kommunales Handlungsfeld** ist. Denn da leben die Menschen und wollen in der Regel am liebsten dort versorgt werden. Einen alten Baum verpflanzt man nicht, wie es so schön heißt.

Und natürlich sind es die Kommunen, die selbst den **besten Überblick über die Bedürfnisse, Angebote und weiterer Möglichkeiten** zum Beispiel in puncto Pflegevermeidung haben. Stichwort: Altersgerechte Wohnungen, Nachbarschaftshilfen und so weiter.

Bisher stehen allerdings den Kommunen nur **begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten** in Planung, Beratung und Steuerung zur Verfügung.

Arbeitsgruppe

In den vergangenen Monaten hat sich deshalb unter der

Leitung des Bundesgesundheitsministeriums eine **Arbeitsgruppe** damit befasst, wie man die Rolle der Kommunen im Bereich der Pflege stärken könnte. Bayern war in der Arbeitsgruppe mit dabei.

Ihre Empfehlungen sollen in der kommenden Woche verabschiedet werden. Ich bin zuversichtlich, dass den **Kommunen Instrumente in die Hand gegeben werden**, die ihren Einfluss stärken. So dass sie sich besser um die Versorgung pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger vor Ort kümmern können.

Reden über Umsetzung

Sobald die Empfehlungen vorliegen, werden wir uns mit den Kommunalen Spitzenverbänden zusammensetzen und über **konkrete Umsetzungsschritte** in Bayern reden.

Auf Landesebene für starke Pflege aktiv

Demenz

Lassen Sie mich noch ein Thema aufgreifen, das wir alle nur allzu gerne kollektiv ausblenden würden, aber genau das ist der falsche Weg.

Immer mehr ältere Menschen heißt, so sagt es die Statistik, **immer mehr ältere demente Menschen**. Und immer mehr Menschen in unserer Mitte sind heute schon mit dieser Realität konfrontiert und pflegen einen demenzten Angehörigen.

Pflegemix - Ehrenamt

Das ist ein ziemliches Päckchen zu tragen und das schultern die Angehörigen ab einem gewissen Punkt nicht mehr allein.

Dafür ist ein **individuell angepasster Betreuungs- und Pflegemix** aus Fachpersonal, Angehörigen und geschulten bürgerschaftlich Engagierten erforderlich. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer können pflegenden Angehörigen hier die notwendige Entlastung und Unterstützung geben.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Sogenannte **niedrigschwellige Betreuungsangebote** verschaffen pflegenden Angehörigen stundenweise Zeit zum Durchatmen und Kraft tanken.

500 Angebote

Der Freistaat Bayern fördert **über 500 niedrigschwellige Angebote für Menschen mit Demenz**. In Form von Betreuungsgruppen, ehrenamtlichen Helferkreisen und qualitätsgesicherter Tagesbetreuung in Privathaushalten (Tipi) sowie Angehörigengruppen.

Agentur zum Aus- und Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote

Wir fördern außerdem die **Agentur zum Aus- und Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote**. Ihre Aufgabe ist unter anderem, die Angebote in Bayern flächendeckend voranzubringen und interessierte Träger zu beraten und zu begleiten.

Überall in Bayern sollen Menschen Hilfe und Unterstützung erfahren, die Angehörige pflegen. Das ist mir ein echtes **Herzensanliegen**. Pflege kann eine sehr erfüllende Erfahrung sein, aber sie bringt nicht selten Angehörige an den Rand ihrer Kräfte.

Ehrenamt

Hier ist auch das ehrenamtliche Engagement für mehr Pflege daheim und weniger im Heim unentbehrlich.

Hospiz- und Palliativversorgung

Es ist eine **besondere Aufgabe im Miteinander der Generationen** dafür zu sorgen, dass **Menschen in Würde alt werden** und auch, dass Sie in Würde sterben können.

Hospiz- und Palliativversorgung

Deshalb sind auch der **Ausbau und die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung wichtige Ziele** meiner Gesundheitspolitik für Bayern.

Wir haben heute schon eine Versorgungslandschaft, die ein **Sterben in Würde ohne Angst und Schmerzen verspricht**. Wir haben

- an 94 Krankenhäusern palliativmedizinische Angebote
- 32 SAPV-Teams (weitere werden folgen),
- 17 stationäre Hospize (weitere werden folgen) und
- über 130 Hospizvereine mit rund 6.600 aktiven ehrenamtlichen Hospizhelfern.

Strukturen ausbauen

Und wir unterstützen nach Kräften den weiteren **Aufbau hospizlicher und palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen**.

Sei es zum Beispiel durch:

- die **Anschubfinanzierung für SAPV-Teams** (15.000 €/Team)
- **eine Investitionskostenförderung für stationäre Hospize** (10.000 €/Bett)
- Die **Förderung der ambulanten Hospizarbeit** (100.000 € über die Bayerische Stiftung Hospiz)
- und die **Unterstützung der Fort- und Weiterbildung** an den vier bayerischen Akademien für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit.

Ängste nehmen

Ich bin mir sehr sicher: Wenn wir den Menschen die **Ängste vor dem Tod nehmen**, vor Einsamkeit, Schmerzen, gesichtsloser Apparatedizin, dann werden auch die **Forderungen leiser**, über Art und Zeitpunkt des Todes selbst bestimmen zu wollen.

Ich persönlich lehne das ab. Ich betrachte das Leben als Geschenk, das wir nicht einfach zurückgeben können, wenn es uns passt.

Lob dem Ehrenamt

Aber es ist wichtig, dass wir den Tod und das Sterben zurückholen in die Mitte der Gesellschaft.

Dabei kommt auch dem **Ehrenamt** eine ganz **besondere Bedeutung** zu. Denn ohne ehrenamtliches Engagement wäre Sterbebegleitung weder im ambulanten noch im stationären Bereich möglich.

Dank!

An dieser Stelle ein ganz herzliches Dankeschön an alle, die mit ihrer Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung tagtäglich einen großen Beitrag zu einer menschlichen Gesellschaft leisten.

Vernetzung und Kooperation

Gerade auch im Hospiz- und Palliativbereich ist **Vernetzung und Kooperation** für eine optimale Versorgung sehr wichtig.



Modell Netzwerkmoderatoren

Dafür haben wir das Modellprojekt „**Netzwerkmoderatoren zum Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke im hospizlich-palliativen Bereich**“ ins Leben gerufen. Wir unterstützen den Aufbau solcher Netzwerke ideell und auch finanziell nach Kräften.

Deshalb, liebe Landrätinnen und Landräte in Bayern: Schließen Sie **Kooperationsverträge** mit benachbarten Landkreisen, kreisfreien Städten und den ansässigen Hospizvereinen und knüpfen Sie ein dichtes Netz hospizlicher und palliativer Angebote.

Das ist in **einem weiteren Sinn** auch die Idee der Gesundheitsregionen^{plus}.

Gesundheitsregionen^{plus}

Regionale Unterschiede

Denn insgesamt werden gesundheitspolitische Fragestellungen zunehmend auch an die **Kommunalpolitik** herangetragen.

Pflege, medizinische Versorgung, Prävention. Die Bürger erwarten passgenaue **Lösungen** für die **örtliche Gesundheitsversorgung**.

Passgenaue lokal erarbeitete Lösungen

Die **Herausforderungen sind allerdings regional sehr unterschiedlich**. Hier können wir nur sinnvolle Antworten geben, wenn wir die regionalen Erkenntnisse bündeln und die individuellen Bedürfnisse und unterschiedlichen Strukturen vor Ort berücksichtigen.

Tradition

Gesundheitsregionen sind dafür ein wichtiger Ansatzpunkt. Sie haben in **Bayern eine lange Tradition**. In verschiedenen Landkreisen haben sie sich aufgrund örtlicher Initiativen und viel ehrenamtlichen Engagements gebildet.

Das **Gesundheitsministerium** unterstützt schon seit **mehreren Jahren solches regionales Engagement zur Stärkung** der medizinische Versorgung und Prävention:

Also neben

- den **Gesundheitsregionen auch**
- „**Regionale Gesundheitskonferenzen**“ mit Schwer-

punkt medizinische Versorgung, **und**

- „**Gesunder Landkreis**“ mit Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung.

Weiterentwicklung bisheriger Programme

Um die **vorhandenen Strukturen** vor Ort **weiter zu stärken**, habe ich die **bestehenden Ansätze** zu den **Gesundheitsregionen^{plus}** **zusammengeführt**.

Voraussetzungen

Die Teilnahme an einem bisherigen Programm ist dabei aber nicht Voraussetzung dafür, Gesundheitsregion^{plus} zu werden.

Im Zentrum steht, die **Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern**. Hierfür bearbeiten die Gesundheitsregionen^{plus} zwei Handlungsfelder:

Zum einen die **Gesundheitsversorgung**. Hier steht für viele Gemeinden eine möglichst wohnortnahe **Hausarztpraxis für ihre Bürger im Mittelpunkt**. Dazu gehört aber auch die **Versorgung** älterer Menschen oder die Palliativ- und Hospizversorgung.

Zum anderen widmen sich alle Gesundheitsregionen^{plus} der **Prävention**. Ein fester Bestandteil ist unter anderem das jeweilige **Jahresschwerpunktthema** meines Hauses. Dieses Jahr ist dies die **Kinder- und Jugendgesundheit**.

Förderung

Dabei will ich sie unterstützen.

Geschäftsstellen sollen jeweils mit maximal **50.000 Euro pro Jahr für bis zu 5 Jahre** gefördert werden (Anteilfinanzierung i. H. v. **bis zu 70 % der förderfähigen Ausgaben**). Das heißt: Jede Gesundheitsregion^{plus} kann **bis zu 250.000 Euro** erhalten!

Programm läuft sehr gut

Im Doppelhaushalt 2015/2016 haben wir finanzielle Mittel für 24 Gesundheitsregionen^{plus} erhalten. Diese Mittel waren bereits nach ca. **2,5 Monaten ausgeschöpft**, ein großer Erfolg.

Einsatz NHH 2016

Ich werde mich daher dafür einsetzen, dass die Förde-

rung weitergeführt wird und wir im **Nachtragshaushalt** dafür **weitere Mittel** erhalten.

Bescheidübergabe Passau und Regen

Ich freue mich, dass ich heute die Förderbescheide an Herrn **Landrat Meyer von Passau** (Zuwendungshöhe: 236.301,61 €) und unserem heutigen Gastgeber, dem **Regener Landrat Adam** (Zuwendungshöhe: 233.460,00 €) überreichen darf.

Beide Landkreise sind bereits **Pioniere** als **langjährige Gesundheitsregionen**, Passau ist zudem "Gesunder Landkreis".

Liebe Herren Landräte, liebe stellvertretenden Landräte, liebe Mitarbeiter im Landratsamt.

Ihre **Anträge** auf Förderung als Gesundheitsregion^{plus} waren erfolgreich. **Herzlichen Glückwunsch.**

Ich bin sehr froh, dass die bayerischen Kommunen **tragfähige Konzepte** und **innovative Ansätze** für eine **hochwertige medizinische Versorgung** im ländlichen Raum entwickeln wollen. **Auch, damit Menschen dort in Ruhe alt werden können.** Und das soll jetzt mein Schlusswort sein.

Bitte kommen Sie zu mir zur Bescheidübergabe auf die Bühne.



Erhalten das Qualitätsmerkmal „Gesundheitsregion plus“: Landrat Franz Meyer, Passau, (2.v.l.) und Landrat und Gastgeber Michael Adam, Regen, (2.v.r.) mit dem Präsidenten des Bayerischen Landkreistags Christian Bernreiter und der Gesundheitsministerin Melanie Huml.



Landrat Thomas Reumann, Reutlingen, und zugleich Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft beantwortet die Frage nach der Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser im ländlichen Raum.



Alexander Kain (Mitte) führt durch die Podiumsdiskussion mit (v.l.n.r.) Siegfried Hasenbein, Geschäftsführer BKG, Staatsministerin Melanie Huml, StMGP, Tamara Bischof, Landrätin Kitzingen, und Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband.

„Das Land richtig aufstellen“

Kommunalpolitiker und -experten zum Inhalt der Tagung – und ihren eigenen Vorstellungen für das Alter



Gerhard Wügemann (Landrat, Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen): „Die Landkreisversammlung hat mich fachlich weitergebracht. Ich sitze im Gesundheitsausschuss des Deutschen Landkreistags und bin als Landrat ebenso mit dem Thema Gesundheitsvorsorge befasst. Eine Klinik in meinem Kreis befindet sich in der Trägerschaft des Landkreises, die Zukunft eines weiteren, städtischen Hauses ist noch offen. Hier gilt es, eine Nachnutzung zu finden – ein Thema, das der Bayerische Landkreistag richtigerweise aufgreift. Als Gesundheitsregion Plus und mit einem seniorenpolitischen Gesamtkonzept versuchen wir, hier gute Rahmenbedingungen zu schaffen. Für meine eigene Zukunft wünsche ich mir, möglichst gesund und möglichst lange in den eigenen vier Wänden älter zu werden.“



Günter Kopp (Stellvertretender Landrat, Landkreis Tirschenreuth und Bürgermeister der Gemeinde Kulmain): „Krankenhauspolitik ist immens wichtig. Wir müssen an den richtigen Stellschrauben drehen, um uns auf dem Land richtig aufzustellen: etwa Ärzte entsprechend bezahlen. Wir sind ein Flächenlandkreis und stellen fest, dass die Bürger in dem Ort, in dem sie immer schon gelebt haben, in Würde alt werden wollen. Alte Menschen wollen nicht versetzt werden – wenn wir das verhindern können, ist es ein Stück Lebensqualität für sie. Ohnehin verbringen zwei Drittel der Senioren ihre letzte Lebensphase zuhause. Über diese Gruppe und jene, die sie pflegen, spricht man zu wenig. Auch ich möchte im Alter da bleiben, wo ich jetzt lebe – ich denke, das wollen die allermeisten.“

Martin Esterl (Stellvertretender Landrat, Landkreis Ebersberg): „Ich bin aus Interesse am Thema zu Gast bei der Landkreisversammlung, denn es geht alle an. Vor allem zur Krankenhausvorsorge nehme ich viele Informationen mit nach Hause. Es ist klar geworden, dass es das Ende vieler kleinerer Krankenhäuser bedeuten würde, käme die Krankenhausreform so wie im Entwurf umrissen. Die Grundversorgung gehört in kommunale Hand, nicht in die private – das ist das, was der Bürger auch einfordert. Im ländlichen Raum braucht nicht jede Klinik eine Spezialisierung. Ich mache mir generell Sorgen um die nachfolgende Generation, die auf Privatvorsorge angewiesen ist. Für meine eigene Zukunft wünsche ich mir, möglichst gesund daheim alt werden zu können - in einer barrierefreien Wohnung.“



Tanja Mönkboff (Leiterin Vertriebsdirektion Kommunalkunden Bayern, BayernLB): „Das Positionspapier des Bayerischen Landkreistags finde ich sehr interessant. Es umreißt mit der Gesundheitsversorgung und dem Thema Pflege das gesamte Thema und wirft wichtige Fragen für den ländlichen Raum auf. Auch die Wohnsituation für Senioren wird angesprochen. Neue Wohnformen wie etwa generationenübergreifende Projekte finde ich besonders spannend. Auch ich selbst will in den eigenen vier Wänden älter werden – und das natürlich so gesund wie möglich.“



Reform der Gemeindeschlüsselzuweisungen ab 2016



Von Emil Schneider, Referent für Finanzen, Haushaltsrecht und Ehrenamt beim Bayerischen Landkreistag

Der Bayerische Landkreistag begrüßt die zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden und dem Freistaat Bayern am 2. Juli 2015 bei den Verhandlungen zum Finanzausgleich 2016 vereinbarte Reform der Gemeindeschlüsselzuweisungen zugunsten strukturschwacher Gemeinden. Durch sie werden ab 1.1.2016 Steuereinnahmen aus der Grund- und Gewerbesteuer in höherem Umfang in die Steuerkraft eingerechnet und Aufwendungen der Gemeinden im Zusammenhang mit Kindertageseinrichtungen berücksichtigt. Zugleich werden die kommunalen Ausgaben für soziale Leistungen objektiver nach der Zahl der Personen in Bedarfsgemeinschaften angesetzt. Die Reform basiert vorbehaltlich der abschließenden Behandlung des Finanzausgleichsänderungsgesetzes 2016 durch den Bayerischen Landtag nunmehr auf folgenden Eckpunkten:

1. Gerechtere Erfassung der Grund- und Gewerbesteuer durch
 - Anhebung der Nivellierungshebesätze auf einheitlich 310 %,
 - die erstmalige Berücksichtigung von 10 % der Steuereinnahmen, die die Nivellierungshebesätze übersteigen.
2. Unveränderte Beibehaltung der Einwohnergewichtung, die erst 2013 zugunsten kleinerer Gemeinden angepasst wurde.
3. Für eine gerechte Abbildung der Ausgabenseite werden die sog. Ergänzungsansätze wie folgt fortgeschrieben:
 - Einführung eines neuen Ansatzes für alle Gemeinden für ihre Belastungen durch Kindertageseinrichtungen. Hierzu wird neben der gewichteten

Einwohnerzahl die Zahl der Kinder in Tageseinrichtungen mit einer Gewichtung von 1,0 berücksichtigt.

- Ablösung des bisherigen, auf tatsächliche Ausgaben beruhenden Ansatzes für Belastung durch Sozialhilfe und durch Grundsicherung für Arbeitsuchende bei kreisfreien Städten und Landkreisen durch einen modernen, indikatorbasierten Ansatz für Sozillasten. Hierzu wird neben der gewichteten Einwohnerzahl, die Zahl der Personen in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II mit einer Gewichtung von 3,10 berücksichtigt.
4. Bewährte Elemente zugunsten strukturschwacher Gemeinden bleiben erhalten, wie z. B.
 - der Demografiefaktor,
 - der Strukturschwächeansatz,
 - die Sonderschlüsselzuweisungen für Gemeinden mit deutlich unterdurchschnittlicher Steuerkraft.

Beim Reformergebnis ist zu berücksichtigen, dass diese Reform als vierter Schritt zugunsten strukturschwacher Gebiete zu sehen ist. Im Einzelnen wird auf folgende Reformschritte verwiesen:

- 2013 Wegfall des Großstadtzuschlags und Anhebung des Hauptansatzes von 108 auf 112 v.H.,
- Erhöhung der Mindestinvestitionspauschale,
- Schaffung der Stabilisierungshilfen.



EU-Altersbericht 2015: Bevölkerungsalterung und ihre wirtschaftlichen Folgen

Am 13. Mai veröffentlichte die EU-Kommission den englischsprachigen EU-Altersbericht 2015. Die Langzeitprojektionen der wirtschaftlichen und haushaltspolitischen Auswirkungen der Bevölkerungsalterung bis zum Jahr 2060 zeigen aktuelle und künftige gesellschaftspolitische Herausforderungen auf.

Der Bericht „The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)“ wird von der Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen der EU-Kommission herausgegeben und deckt die 28 EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen ab. Auf Basis der Analysen zur Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung sowie Migration werden möglichen Folgen u. a. für den Arbeitsmarkt sowie die sozialen Sicherungssysteme untersucht. Laut der Schlussfolgerungen des Rates Wirtschaft und Finanzen vom 13. Mai sind wachstumsfreundliche Haushaltskonsolidierung und weitere Strukturreformen unerlässlich, um die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen/Ausgaben für Renten, Gesundheitsversorgung, Langzeitpflege und Leistungen bei Arbeitslosigkeit zu verbessern.

Bevölkerungsentwicklung in der EU bis zum Jahr 2060

Absolut gesehen liegt die Bevölkerungszahl der EU im Jahr 2060 mit 523 Mio. Menschen über der Anzahl von 507 Mio. des Jahres 2013 – vorausgesetzt der Migrationsfluss nach Europa bleibt bestehen. Allerdings wird sie ab dem Jahr 2050 langsam schrumpfen. Die Bevölkerungsentwicklung ist in den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich ausgeprägt. In der Hälfte der EU-Länder, darunter Deutschland, wird sie rückläufig sein. In anderen Staaten wie Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien oder Österreich nehmen die Einwohnerzahlen zu. Die Fertilitätsrate wird EU-weit zwar insgesamt ansteigen, allerdings bleibt sie unterhalb des natürlichen Reproduktionsniveaus. Die Lebenserwartung bei Geburt wird für die Zeitspanne 2013-2060 für Männer um 7,1 Jahre auf 84,8 Jahre und für Frauen um 6 Jahre auf 89,1 Jahre steigen. Die positiven Netto-Wanderungsbewegungen in die EU bleiben bestehen. Sie werden bis zum Jahr 2040 auf 1,364 Mio. anwachsen, danach auf 1,037 Mio. Menschen bis zum Jahr 2060 abnehmen.

Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Unter der Voraussetzung, dass mehr Frauen und ältere Menschen (55-64 Jahre) im Arbeitsmarkt integriert sind und die Rentenreformen gegriffen haben, können die Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf den Arbeitsmarkt in drei Perioden unterschieden werden.

- 2007-2011: Die Bevölkerungsentwicklung stützt das Wirtschaftswachstum, bei steigender Erwerbsbevölkerung und verlangsamten Arbeitsplatzwachstum durch die Wirtschafts- und Finanzkrisen.
- 2012-2022: Steigende Beschäftigungsraten gleichen die sinkende Bevölkerungsentwicklung aus.
- Ab 2023: Der Effekt der Bevölkerungsalterung dominiert, d. h. sowohl die Erwerbsbevölkerung als auch die Anzahl der Beschäftigten sinkt.

Auswirkungen auf Systeme der sozialen Sicherung

Die Alterung der Bevölkerung in der EU berührt auch die öffentlichen Haushalte und wird voraussichtlich im nächsten Jahrzehnt deutlich spürbar werden. Insgesamt werden bis zum Jahr 2060 ansteigende öffentliche alterungsbedingte Ausgaben (gemessen als Prozentpunkte des Bruttoinlandsprodukts) v. a. durch die Ausgaben im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege bestimmt werden (+2 Prozentpunkte). Die öffentlichen Aufwendungen für Pensionen steigen bis zum Jahr 2040 (+0,4 Prozentpunkte) an und werden bis zum Jahr 2060 voraussichtlich wieder auf das Niveau des Basisjahres 2013 (-0,2 Prozentpunkte) sinken. In Deutschland und neun weiteren Mitgliedstaaten wie Finnland oder Österreich wird die Quote der öffentlichen alterungsbedingten Ausgaben v. a. im Bereich der Aufwendungen für die Alterssicherung sehr stark ansteigen (2,5 auf 6,8 Prozentpunkte). (*ebbk*)

Landkreis Cham: Oberösterreichischer Landtagspräsident zu Gast

Auf Einladung von Landrat und Bezirkstagspräsident Franz Löffler besuchte der Landtagspräsident von Oberösterreich, Victor Sigl, in Begleitung der Landtagsabgeordneten Gabriele Lackner-Strauß den Landkreis Cham. Löffler und Sigl gehören zu den „Gründungsvätern“ der Europaregion Donau-Moldau (EDM), die neben Oberösterreich und der Oberpfalz weitere fünf Regionen in Deutschland, Österreich und Tschechien umfasst. Ziel der EDM ist es nach den Worten von Franz Löffler „die gemeinsame Heimat in der neuen Mitte Europas untereinander gleichwertig als eigenständigen Wirtschafts- und Lebensraum zu entwickeln“. Sigl betonte, dass ihm die Weiterentwicklung der gemeinsamen Region ein

Herzansliegen sei und er die einzelnen Regionen der EDM auch besser kennenlernen wolle.

Landrat Franz Löffler stellte den Gästen den Landkreis Cham als innovative Wirtschaftsregion vor. Um den hohen Fachkräftebedarf und die Wertigkeit der Arbeitsplätze zu sichern, setzte der Landkreis Cham auf qualifizierte Bildung und Ausbildung bis hin zum Studium. Mit dem Technologie Campus Cham und der neuen Berufsschule Cham habe man berufliche und akademische Bildung auch räumlich zusammengebracht. Bei einem Besuch im Technologie Campus Cham und in der Berufsschule konnten sich die Gäste von den bildungspolitischen Aktivitäten des Landkreises Cham überzeugen.

Beide waren sich einig: Wissenschaftliches Potenzial der Regionen stärken und vernetzen.



V.l.n.r.: Siegfried Zistler (Leiter Staatl. Berufsschule Cham), Landtagsabgeordnete Gabriele Lackner-Strauß, Landtagspräsident Victor Sigl sowie Landrat und Bezirkstagspräsident Franz Löffler

Landkreis Cham: Besuch aus der Oberpfalz in Pilsen

Auf Einladung des Bezirkshauptmannes von Pilsen, Václav Šlajs, besuchte eine Delegation von Kommunalpolitikern und Wirtschaftsvertretern aus der Oberpfalz unter der Leitung von Landrat und Bezirkstagspräsident Franz Löffler und Regierungspräsident Axel Bartelt am 18. und 19. Mai die Europäische Kulturhauptstadt 2015. Neben einem Empfang im Bezirksamt und einer Stadtbesichtigung ging es in drei Gesprächsgruppen vor allem um den Ausbau der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit.

Kooperation mit der Westböhmisches Universität

In der Westböhmisches Universität in Pilsen trafen sich

Bezirkshauptmann Václav Šlajs, Bezirkstagspräsident Franz Löffler, Regierungspräsident Axel Bartelt, der Regensburger Bürgermeister Jürgen Huber und der Geschäftsführer der IHK Regensburg Jürgen Helmes mit dem Rektor der Universität, Miroslav Holek und den Prodekanen der technischen Fakultäten. Thema war insbesondere die Vertiefung verschiedener Kooperationsformen. Die tschechische Seite lud zu den regelmäßigen Tagen der Wissenschaft und Technik in Pilsen ein, in deren Rahmen die deutschen Technischen Hochschulen die Möglichkeit hätten, ihre Aktivitäten zu präsentieren. „Wissensvermittlung kann nicht an der Grenze Halt machen. Außerdem entwickeln wir auf beiden Seiten

ähnliche technische Bereiche. Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit wird also auch von unseren technischen Hochschulen und Firmen unterstützt, die an Innovation und Entwicklung neuer Technologien sehr interessiert sind“, so Landrat und Bezirkstagspräsident Franz Löffler. Potenzial sah man auch im Bereich des wechselseitigen Studentenaustauschs.

Pilsener Oberbürgermeister empfing die deutschen Gäste

Im Rathaus empfing Oberbürgermeister Martin Zrzavecký die deutsche Delegation. Oberbürgermeister Martin Zrzavecký betonte, dass die wechselseitige Unterstützung der Regionalentwicklung und die Vernetzung der Regionen für beide Seiten von Vorteil sei. „Wir möchten die Bedingungen für deutsche Firmen, die bei uns ihren Sitz haben, weiterhin verbessern. Wir können ihnen qualifizierte Arbeitskräfte bieten“, sagte der Oberbürgermeister. Im weiteren Diskussionsverlauf ging es vor allem um die Bedeutung und den nötigen Ausbau der Verkehrsverbindung Prag – Pilsen – Regensburg. „Für unsere Regionen ist unter anderem auch die Kooperation mit Unternehmen wichtig. Was die Entwicklung in der Tschechischen Republik betrifft, steht Pilsen nach Prag an zweiter Stelle. Allerdings basiert eine Entwicklung auf einer hochqualitativen Verkehrsanbindung, die wir mit dem Bahnkorridor gewinnen würden“, sagte Hauptmann Šlajs.

Treffen der Kommunalpolitiker

Zu einer weiteren Gesprächsrunde trafen sich die Bürgermeister von Klattau/Klatovy, Taus/Domažlice, Tachau/Tachov, Rokitzan/Rokycany, stellvertretender Hauptmann Ivo Grüner und Bezirksrat Jaroslav Šobr

mit Bürgermeistern und Landräten aus Deutschland. Es wurden geplante und bereits umgesetzte Projekte der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit vorgestellt. Sehr interessiert waren die Teilnehmer an der Skizzierung der künftigen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Zeitraum vom 2014 bis 2020, die sich auf die Entwicklung des Grenzraumes fokussieren wird. Es sind fünf Prioritäten vorgesehen, die sich zum Beispiel der Förderung der Erforschung von Entwicklungs- und Innovationstechnologien, dem Umweltschutz oder der effektiven Ressourcennutzung widmen. In der folgenden Diskussion stellten die tschechischen Bürgermeister Projekte vor, die sie mit ihren Partnerstädten umsetzen und zeigten die Möglichkeit einer Zusammenarbeit u.a. bei Denkmalrenovierung, im Schulwesen, aber auch im Verkehr auf. Auch in dieser Runde wurde von allen Seiten der Ausbau der Verkehrsanbindung Prag – Pilsen – München betont. Beide Seiten sehen außerdem eine große Möglichkeit der Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Sprachvermittlung für Studierende.

Auch die Wirtschaftsvertreter kamen zusammen

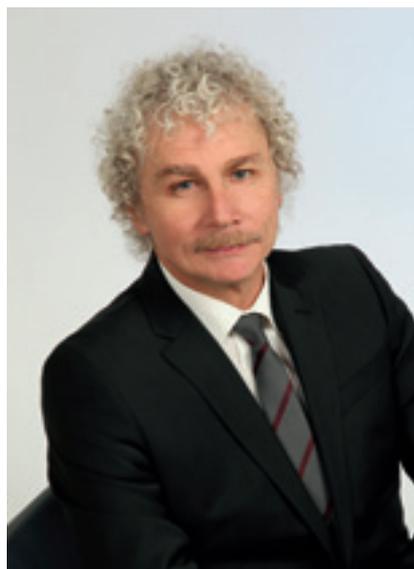
In einer dritten Gruppe kamen die Vertreter der Handels- und Industriekammern im Bezirksamt Pilsen zusammen. Die tschechische Seite war durch den Vorsitzenden der Wirtschaftskammer-Assoziation Südwest Miloslav Zeman, den Vorsitzenden der Vorstandschaft der Regionalen Wirtschaftskammer (RHK) Jan Michálek und die Leiterin der RHK PK Radka Tryl ová vertreten. Die bayerische Seite vertraten Abteilungsleiter Ludwig Rechenmacher und Geschäftsführer Richard Brunner von der IHK Regensburg sowie Klaus Schedlbauer vom Landratsamt Cham.



Jürgen Helmes (4.v.l.), Franz Löffler (5.v.l.), Miroslav Hole ek (6.v.l.), Václav Šlajs(7.v.l.), Axel Bartelt (8.v.l.)



*Landrat **Anton Knapp** feierte am 31. Mai 2015 den 60. Geburtstag. Anton Knapp ist seit 2008 Landrat des Landkreises Eichstätt. Beim Bayerischen Landkreistag wirkt er u. a. mit im Präsidium und im Ausschuss für Wirtschaft und Verkehr. Er vertritt den Bayerischen Landkreistag im Kommunalbeirat der Versicherungskammer Bayern und ist Stellvertreter im Vorstand des Bayerischen Kommunalen Prüfungsverbands. Er ist Träger der Kommunalen Verdienstmedaille in Silber.*



*Landrat **Wolfgang Lippert** feierte am 6. Juni 2015 den 60. Geburtstag. Wolfgang Lippert ist seit 2008 Landrat des Landkreises Tirschenreuth. Beim Bayerischen Landkreistag wirkt er u. a. mit im Landesausschuss und in den Fachausschüssen für Wirtschaft und Verkehr und für Landesentwicklung und Umwelt. Er vertritt den Bayerischen Landkreistag im Aufsichtsrat der gsb Sonderabfall-Entsorgung Bayern GmbH und im Hauptausschuss der Bayerischen Krankenhausgesellschaft. Er ist Stellvertreter in der Hauptversammlung der Anstalt für Kommunale Datenverarbeitung in Bayern.*

Die niederbayerischen Landräte gratulieren Regierungspräsident Heinz Grunwald zum 65. Geburtstag

Aus Anlass seines 65. Geburtstages hat Regierungspräsident Heinz Grunwald Vertreter aus Kirche, Politik, Wirtschaft, Kultur und Verwaltung in den Alten Schlachthof nach Landshut eingeladen. Mit dabei waren auch die niederbayerischen Landräte. Der Bezirksvorsitzende, Landrat Franz Meyer, würdigte in seinen Glück-

wünschen insbesondere die hohe Wertschätzung, die der Regierungspräsident genießt und die auch durch die Verlängerung seiner Dienstzeit zum Ausdruck kommt. Mit der Gratulation verband er auch den Dank für die vertrauensvolle Zusammenarbeit.



Im Bild von links nach rechts die niederbayerischen Landräte: Josef Laumer, Landkreis Straubing-Bogen; Heinrich Trapp, Landkreis Dingolfing-Landau; Christian Bernreiter, Landkreis Deggenedorf/Präsident des Bayerischen Landkreistages; Franz Meyer, Landkreis Passau/Bezirksvorsitzender Niederbayern; Regierungspräsident Heinz Grunwald; Peter Dreier, Landkreis Landshut; Michael Fahmüller, Landkreis Rottal-Inn; stellvertretender Landrat Willi Killinger, Landkreis Regen; Sebastian Gruber, Landkreis Freyung-Grafenau

Publikationen der Bayerischen Akademie Ländlicher Raum e.V.

Vorfahrt für die Innenentwicklung

Pro Tag werden in Bayern 17 Hektar Fläche für Verkehr und Siedlung in Anspruch genommen. Der Gesetzgeber hat mit der Innenentwicklungsnovelle zum Baugesetzbuch ein Signal für eine Trendwende gesetzt. Diese kann aber nur von unten erwachsen – über bewusste städtebauliche Zielsetzungen und über ihre Umsetzung in der kommunalen Bauleitplanung.

36 Seiten, ISBN 978-3-931863-67-0, Preis: 10,--

Impulse zur Zukunft des ländlichen Raums in Bayern

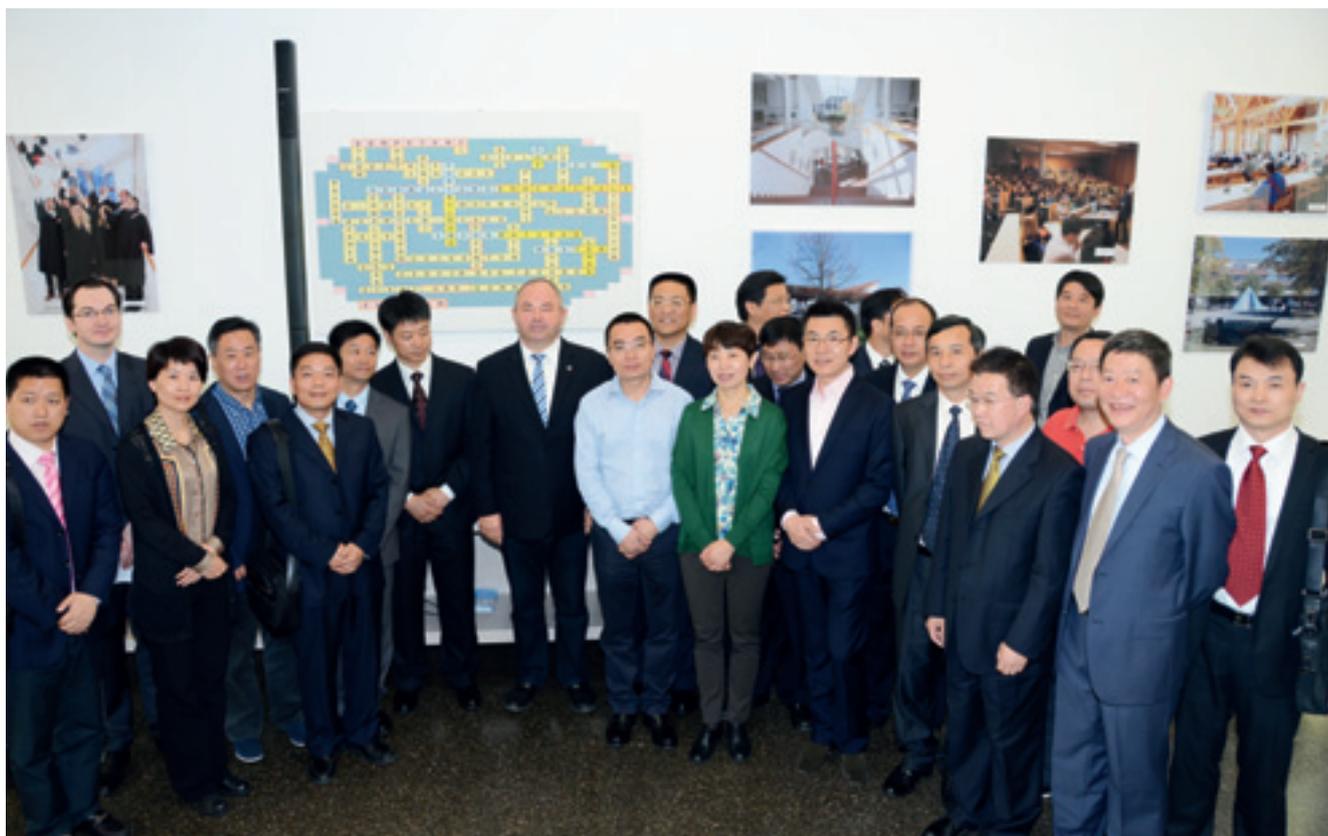
Die Publikation beleuchtet den ländlichen Raum in allen Facetten: von der Nachbarschaftshilfe und Dorferneuerung über regionale Gerechtigkeit und Wertschöpfung durch die Energiewende bis hin zur interkommunalen Kooperation und Kulturgeschichte.

115 Seiten, ISBN 978-3-931863-68-9, Preis 14,--

Beide sind zu beziehen bei der Geschäftsstelle der Bayerischen Akademie Ländlicher Raum e.V.



Präsident Christian Bernreiter wurde zum ordentlichen Mitglied der Bayerischen Akademie Ländlicher Raum e.V. benannt. Auf dem Bild ist er umgeben vom Präsidenten Professor Dr.-Ing. Holger Magel (links) und dem Vizepräsidenten, dem Geschäftsführenden Präsidialmitglied des Bayerischen Gemeindetags, Dr. Jürgen Busse (rechts). Die Bayerische Akademie Ländlicher Raum ist ein gemeinnütziger Verein, der sich seit nunmehr 25 Jahren für die Belange des ländlichen Raums einsetzt. Vereinsaufgaben sind die Förderung von Untersuchungen, Zweckforschungen, Erkenntnissen und Informationen über den ländlichen Raum mit dem Ziel, die Lebens- und Arbeitsgrundlagen in den ländlichen Gebieten zu verbessern.



Im Rahmen einer Studienreise zum Thema „Moderner öffentlicher Dienst“ hat eine Delegation der Stadtverwaltung Ningbo (China) auch die Geschäftsstelle des Bayerischen Landkreistags besucht. Direktor Emil Schneider (8. v. l.) und Verwaltungsamtsrat Klaus Geiger (2. v. l.) erläuterten die Arbeit des Bayerischen Landkreistags und berichteten über das E-Government bei den Landkreisen. Ningbo ist das südliche wirtschaftliche Zentrum des Shanghai Economic Circle, zählt zu den entwicklungsstärksten Städten Chinas und hat 10 Millionen Einwohner. Nach Shanghai ist Ningbo der zweitgrößte Hafen Chinas. Unter den 50.000 Industrieunternehmen spielt der Maschinenbau eine besondere Rolle.





Der Bayerische Landkreistag ist einer der vier Kommunalen Spitzenverbände in Bayern.

Neben dem Bayerischen Landkreistag sind dies der Bayerische Gemeindetag, der Bayerische Städtetag und der Bayerische Bezirktetag. Die 71 bayerischen Landkreise haben sich freiwillig zu diesem Kommunalen Spitzenverband zusammengeschlossen, der gleichzeitig eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Dienstherreneigenschaft ist. Wesentliches Ziel des Bayerischen Landkreistags ist es, die kommunale Selbstverwaltung auf der Kreisebene zu sichern und zu stärken: Nach außen, insbesondere gegenüber dem Gesetzgeber und den Ministerien, werden die gemeinsamen Interessen der bayerischen Landkreise vertreten, nach innen werden die Mitglieder informiert und beraten.



Bayerischer Landkreistag

Kardinal-Döpfner-Straße 8 - 80333 München
Telefon: +49 (0) 89/286615-0 - Telefax: +49 (0) 89/282821
info@bay-landkreistag.de - www.bay-landkreistag.de