

Gute medizinische Versorgung unabhängig vom Wohnort – Forderungen des Bayerischen Landkreistags zur Bundestagswahl 2021

Die akutstationäre Krankenhausversorgung ist eine Kernaufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge. Der Zugang muss also allen Bürgerinnen und Bürgern möglich sein – unabhängig davon, wo sie ihren Wohnort haben. Dies gilt insbesondere für ein Flächenland wie Bayern, in dem rd. 70 Prozent der Bevölkerung im sogenannten „ländlichen Raum“ leben. Wie wichtig eine flächendeckende Versorgung mit einem System von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen ist, hat nicht zuletzt die Versorgung der Covid-19-Patienten gezeigt.

Gleichzeitig hat die Bekämpfung der Corona-Pandemie verschiedene schon seit längerem bekannte Probleme der Krankenhäuser aufgedeckt. Vor allem der Fachkräftemangel und die schwierigen Arbeitsbedingungen am Krankenbett sind offenkundig geworden. Auch die jüngsten von der Bundespolitik auf den Weg gebrachten Entlassungsgesetze zur Abmilderung der wirtschaftlichen Belastungen aufgrund von Covid-19 können nicht über die chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Rahmen des komplizierten DRG-Fallpauschalensystems hinwegtäuschen.

Schon in den zurückliegenden Jahren wurde die Lage vieler Einrichtungen trotz der engagierten Arbeit von Klinikmitarbeitern und der Politik vor Ort aufgrund der Konzepte, Strategien und Vorstellungen von Krankenkassen und Bundespolitik immer schwieriger. Generelles Grundproblem ist die Schere zwischen Kosten und Erlösen. Tarifsteigerungen im Personalbereich wurden und werden nicht vollständig berücksichtigt und ausgeglichen. Die Krankenhäuser sind strukturell unterfinanziert. Reformschritte wie das Krankenhausstrukturgesetz oder die geplante Reform der Notfallversorgung spiegeln die Realitäten im ländlichen Raum nicht wider und belasten die Krankenhausversorgung. Schlechthin gleichzeitig sollen die Häuser in der Fläche immer dann einspringen, wenn kein anderer mehr da ist, um die medizinische Versorgung zu gewährleisten. Diese Tendenz zeigt sich u.a. im niedergelassenen Bereich, vor allem seit Beginn der Corona-Pandemie.

Der Bayerische Landkreistag hat die bundespolitischen Gesetzesvorhaben und Entwicklungen der letzten Jahre deswegen mit großer Sorge begleitet. Als besonders kritisch angesehen werden die beschleunigte Verkomplizierung der rechtlichen Grundlagen für die Krankenhäuser sowie der zunehmende Einfluss von gesundheitsökonomisch ausgerichteten Interessenvertretern auf die Bundespolitik. Bei ihnen steht meist ein marktliberales Verständnis der Gesundheit im Vordergrund, das einem an der Daseinsvorsorge orientierten Verständnis der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse auch in Medizin und Pflege widerspricht. Die Kreiskliniken kommen diesem gemeinwohlorientierten Auftrag nach und erfüllen die Qualitätsansprüche ihrer Patienten sowie die gesetzlichen Qualitätsanforderungen und beteiligen sich überwiegend freiwillig an Qualitätsbenchmarks.

Für die neue Legislaturperiode auf Bundesebene und die laufende Legislaturperiode des Bayerischen Landtags richtet der Bayerische Landkreistag deswegen folgende Forderungen an die politisch Verantwortlichen auf beiden Ebenen.

Forderungen an die Bundespolitik

1. Die Bundespolitik muss die Zusicherung erfüllen, dass die Krankenhäuser aufgrund der Corona-Pandemie keine wirtschaftlichen Einbußen erleiden! Die Ausgestaltung der Ausgleichszahlungen für das Freihalten von Betten an Krankenhäusern (§ 21 KHG n.F.) wird aktuell aber dazu benutzt, eine Strukturbereinigung vorzubereiten. Die Grundversorgungshäuser der sog. Basisnotfallstufe müssen am Ausgleichsmechanismus teilhaben können.
2. Eine qualitativ hochwertige und zugleich flächendeckende Versorgung der Patienten muss bei der Krankenhausstrukturpolitik oberste Prämisse sein. Die bayrischen Landkreise verwehren sich nicht einer Diskussion über die Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen.
3. Die Krankenhausversorgung ist wesentlicher Bestandteil der Daseinsvorsorge und darf nicht dem Marktgeschehen überlassen werden. Die im Krankenhausplan als bedarfsnotwendig festgestellten Krankenhäuser haben unabhängig von ihrer Größe Anspruch auf eine auskömmliche Finanzierung ihrer Betriebs- und Investitionskosten.
4. Leitmodell für die Krankenhauspolitik muss ein an der Versorgung der Bevölkerung orientiertes und mit dem niedergelassenen medizinischen Sektor wie auch mit dem pflegerischen Bereich zu vernetzendes System von Krankenhäusern sein. Gerade in ländlichen Gebieten muss die Versorgung sektorenübergreifend geplant werden. Der Bundesgesetzgeber ist aufgefordert, die intersektorale Versorgung als Win-win-Situation für alle Kostenträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigten auszugestalten.
5. Bei der Betriebskostenfinanzierung müssen die Leistungen der Grund- und Regelversorgung bzw. die Vorhaltekosten in allen Krankenhäusern über eine Weiterentwicklung des Systems der DRG-Fallpauschalen und ihrer Kalkulation sachgerecht und auskömmlich finanziert werden. Die bisherige Lösung, Systemdefizite über Sicherstellungszuschläge auszugleichen, ist an sich zu begrüßen, führt jedoch zu einer weiteren Verkomplizierung.
6. Die Einpreisung des laufenden Bauunterhalts in die anfängliche DRG-Kalkulation der Betriebskosten mit 1,1 % ist längst von den Personalkostensteigerungen über die Jahre hinweg aufgebraucht worden. Der Bund muss sich bereit erklären, den kleinen Bauunterhalt bei den Betriebskosten neu in Ansatz zu bringen. Den Ländern ist es durch höchstrichterliche Entscheidung verwehrt, diese Finanzierungslücke aus der Landesförderung der Investitionskosten auszugleichen.
7. Um die Krankenhauslandschaft zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, muss die Betriebskostenfinanzierung sowohl intersektorale Entwicklungen (Beispiel: kostendeckende Ausfinanzierung der ambulanten Notfallversorgung für die Krankenhäuser) als auch technologische Trends (Beispiel: Digitalisierungs-Zuschlag, insbesondere zur Abdeckung der erheblichen Betriebs- und Wartungskosten für den IT-Bereich) berücksichtigen.

8. Die wachsende Schere bei den Personalkosten muss auch mit Blick auf den immer stärker werdenden Fachkräftemangel unverzüglich geschlossen werden. Alle Tarifsteigerungen müssen vollständig refinanziert werden. Dies gilt für die Zukunft wie für die Vergangenheit und in allen Personalbereichen der Krankenhäuser. Daher greifen Pflegepersonaluntergrenzen zu kurz. Statt immer kleinteiligerer und verwaltungsmäßig kaum noch umsetzbarer Vorgaben für den Personaleinsatz muss die schon lange geforderte systematische Pflegepersonalbemessung aufgebaut und eingeführt werden. Der Bayerische Landkreistag bekennt sich zu dem vom Deutschen Pflegerat und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgelegten Instrument zur Pflegepersonalbemessung (PPR 2.0).
9. Der Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen (Ärzte, Pflege, Funktionsdienste, Hebammen, usw.) gefährdet die medizinische Versorgung. Bund und Länder haben erste Maßnahmen für Heilhilfs- und Pflegeberufe ergriffen, wie die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung, die Einleitung einer Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin oder die Konzertierte Aktion Pflege. Zusätzlich müssen die Ausbildungskapazitäten zur Bereitstellung der notwendigen pflegerischen und therapeutischen Fachkompetenz weiter ausgebaut und bestehende Zugangsbeschränkungen flexibilisiert werden, auch um Fachkräfte aus dem Ausland gewinnen zu können.
10. Der Ausbildung der Ärzte muss noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, insbesondere mit dem Fokus auf die Niederlassungsbereitschaft bzw. Anstellung im ländlichen Raum. Die Einführung einer Landarztquote im Medizinstudium, zusätzliche Studienplätze und der Auf- und Ausbau von Weiterbildungsverbänden sind erste wichtige Schritte. Um dem gewandelten Berufsverständnis, der zunehmenden Spezialisierung und dem allgemeinen medizinischen Fortschritt besser gerecht zu werden, bedarf es aber einer deutlichen Verstärkung dieser Maßnahmen wie auch einer grundlegenden Reform der Approbationsordnung. Die Mediziner Ausbildung muss in viel stärkerem Maße als bisher auf dem Land stattfinden als in den Universitätsklinika in den großen Städten!
11. Entgegen aller Kritik in den vergangenen Jahren überträgt der Bundesgesetzgeber weiterhin gesundheits- und krankenhauspolitische Grundentscheidungen auf die Selbstverwaltung. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fehlt jedoch die politische Legitimation für strukturelevante Entscheidungen (wie etwa beim Beschluss zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern)! Unabhängig davon müssen die Kommunen als Vertreter öffentlicher Belange in den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in die Zulassungsausschüsse für den niedergelassenen Bereich aufgenommen werden.
12. Im Krankenhauszukunftsgesetz greift der Bund mit dem Ausbau der Intensiveinheiten an den Krankenhäusern und der Digitalisierung wichtige Zukunftsthemen auf. Mit den notwendigen Investitionen in Anlagegüter der Krankenhäuser allein wird es aber nicht getan sein. Der Bund und die Länder müssen auch die personellen und funktionalen Voraussetzungen sicherstellen, damit die Krankenhäuser die Anlagegüter nutzen können.

Spezielle Forderungen an den Freistaat Bayern:

13. Das zuständige Staatsministerium wird dringend aufgefordert, die bestehende und über lange Zeit bewährte Krankenhausplanung für den Freistaat Bayern weiterzuentwickeln. Sie muss geöffnet werden für eine sektorenübergreifende Planung und die Notfallmedizinische Versorgung viel stärker in den Blick nehmen. Die Staatsregierung muss die dafür notwendigen Planungsressourcen auch zur Verfügung stellen.
14. Der Bayerische Landkreistag begrüßt die Bereitschaft des Freistaats, die notwendige Kofinanzierung der im Krankenhauszukunftsgesetz des Bundes vorgesehenen Maßnahmen zur Ertüchtigung der Intensivkapazitäten in den Krankenhäusern sowie zur Digitalisierung der Häuser aus dem Staatshaushalt bestreiten zu wollen. Da jedes Krankenhaus gleichzeitig mehrere Förderanträge stellen wird, wird das Bundesamt für Soziale Sicherung es mit hunderten Antragsverfahren zu tun haben. Der Freistaat muss seinen Förderanteil rechtzeitig bereitstellen und ggf. auch eine Vorfinanzierung sicherstellen.
15. Der Freistaat Bayern fördert die Investitionsmaßnahmen in den Krankenhäusern gemeinsam mit den kreisfreien Städten und Landkreisen, die im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs über die Krankenhausumlage (Art. 10b FAG) die Hälfte der Kosten tragen. Mit 643,5 Mio. Euro pro Jahr liegt Bayern bei der Investitionsförderung im Bundesvergleich in absoluten Zahlen mit Abstand an der Spitze. Dies ist positiv hervorzuheben. Die Investitionsförderung in Bayern sollte gleichwohl in folgenden Punkten nachgebessert werden:
 - Die Baunebenkosten, allen voran die Kosten nach der Honorarordnung für Architekten und Ingenieure (HOAI) steigen immer weiter und erreichen in Einzelfällen bereits 30 % der Antragssumme. Förderfähig sind jedoch nur 15 %.
 - Die nicht förderfähigen Kosten (Außenanlagen, Küchen, Apotheken usw.) müssen wieder in die Förderung einbezogen werden. Auch zahlreiche Kürzungen von förderfähigen Flächen im Raumprogramm (etwa im Verwaltungsbereich) müssen überprüft werden. Die 2003/04 vorgenommene Konzentration der Förderung auf „das Bett“ ist heute nicht mehr zeitgemäß. Krankenhäuser können nur funktionieren, wenn sie auch vollständig finanziert sind.
 - Die pauschalen Fördermittel müssen dringend weiter aufgestockt werden, um den Krankenhäusern bei kleineren Baumaßnahmen oder der Investitionen in die Informationsverarbeitung größeren Handlungsspielraum zu geben. Das Gegenargument, dass einzelne Häuser die Mittel nicht abrufen, zu lange ansparen oder nicht zielgerichtet verwenden würden, darf nicht dazu führen, dass alle Häuser abgestraft werden. Das System der Pauschalförderung müsste ggf. weiterentwickelt werden.